

Revista de Enfermería y Humanidades

ASOCIACIÓN DE HISTORIA Y
ANTROPOLOGÍA DE LOS CUIDADOS



CULTURA DE LOS CUIDADOS

2º Cuatrimestre 2021. Año XXV. N°60



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

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

SUMARIO

Editorial

- Prácticas asistenciales en salud y enfermería, ética, humanización y comunicación

Fenomenología

- Aspectos emocionales de los profesionales de enfermería en atención oncológica pediátrica: narrativa fenomenológica
- La deconstrucción de la humanización: hacia la dignificación del cuidado de la salud
- El sentir del cuidador familiar en una institución de tercer nivel
- La ética de la virtud para lograr la excelencia en el cuidado enfermero

Historia

- Los desafíos de la descentralización de los cuidados de enfermería: El Servicio Nacional de Salud Chileno y la Profesionalización de la Enfermería 1950-1970
- Ayudas transatlánticas: la actuación de la Casa de la Misericordia de Sevilla ante la gran peste de 1649
- Profesionalización de Enfermería Rural, circulación de saberes y políticas estatales de salud en La Araucanía-Chile, años 1970-1990
- Mujer Escarlata: Amante, musa y esclava sexual (1904-1947)
- El lugar epistemológico de la Enfermería como arte desde una mirada aristotélica
- Percepción popular sobre el Cantón de Cartagena (1873-74)
- Fiebre Amarilla: Representación en imágenes de una epidemia en el Río de Janeiro del Siglo XIX
- Cuidados profesionales en Tu Sello, fuente para la Historia de la Enfermería

Antropología

- Acerca de los Comienzos de la Antropología en España (1939-1972), según Joan Prat Carós
- Cuidados de enfermería y promoción de la salud en las salas de consumo higiénico
- Una mirada intercultural a la prevención del cáncer de piel en zonas altamente expuestas a rayos ultravioleta
- Formación sin vinculación social. Dicotomías en torno a las prácticas comunitarias de los estudiantes de enfermería

Teoría y Método

- Percepción sobre bienestar espiritual en estudiantes de enfermería
- Adaptación al español y validación de la Escala de Continuidad de Vínculos (ECV) con el ser querido fallecido
- Sobrecarga de los cuidadores familiares del pacientes en tratamiento oncológico
- Efecto de una intervención con terapia comunitaria integrativa sobre la autoestima y la autoeficacia de los usuarios de sustancias psicoactivas
- La Terapia Asistida con Animales. Un análisis de concepto

Miscelánea

- Un tesoro como fuente de historia del arte y de la enfermería: El prodigio de la filatelia. Razón histórica de la enfermería (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

Práticas asistenciales en salud y enfermería, ética, humanización y comunicación

Care practices in health and nursing, ethics, humanization and communication

Práticas do cuidado em saúde e enfermagem, ética, humanização e comunicação

Lídia Rocha de Oliveira,¹ José Erivelton de Souza Maciel Ferreira,² Tahissa Frota Cavalcante³

¹ Enfermeira, Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), (Brasil). Membro do grupo de pesquisa e extensão em tecnologias do cuidado de enfermagem no contexto das doenças crônicas da UNILAB. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7716-1388>. Correo electrónico: lidiarocha2021@gmail.com

² Enfermeiro, Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), (Brasil). Membro do grupo de pesquisa e extensão em tecnologias do cuidado de enfermagem no contexto das doenças crônicas da UNILAB. Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-2668-7587>. Correo electrónico: eriveltonsmf@gmail.com

³ Enfermeira. Doutora e Pós-doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará, (Brasil). Professora adjunto do Instituto de Ciências da Saúde e Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do grupo de pesquisa e extensão em tecnologias do cuidado de enfermagem no contexto das doenças crônicas da Universidade da Integração Internacional dos Afro-Brasileiros Lusófonos (UNILAB), (Brasil). Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-2594-2323>. Correo electrónico: tahissa@unilab.edu.br

Correspondencia: Lídia Rocha de Oliveira. Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira: Redencao, CE, BR

Para citar esta editorial: Oliveira, L. R., Cavalcante, T. F., & Ferreira, J. E. S. M. (2021). Práticas asistenciales en salud y enfermería, ética, humanización y comunicación. *Cultura de los Cuidados*, 25(60). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.60.01>

Recibido:23/01/2020 Aceptado: 07/04/2021



RESUMEN

El término cuidado deriva del latín "cogitatu", referido a algo pensado e imaginado, a la dedicación y al celo. El cuidado de la salud impregna el modelo teórico y práctico, considerando al individuo en su totalidad y no sólo el proceso salud-enfermedad, y ha sido identificado como objeto de la enfermería. En este contexto, se discute la importancia de la ética para el autocuidado de la salud, alejándose de la hegemonía de los referentes normativos que dictan cómo deben ser las relaciones en el campo de la salud, tomando como referencia teórica el análisis de la ética, el saber y el poder realizado por el filósofo Michel Foucault. En este sentido, es fundamental que exista una comunicación clara y eficaz entre estos actores, para que la atención se realice de forma efectiva. Por lo tanto, es cada vez más importante discutir estos procesos de la práctica del cuidado de enfermería, la ética, la humanización y la comunicación, para que se pueda adquirir más conocimiento sobre el tema y así entender su importancia.

Palabras clave: Enfermería; Principio moral; Humanización de la asistencia; Cuidado de enfermera.

ABSTRACT

The term care derives from the Latin "cogitatu", referring to something thought and imagined, to dedication and zeal. Health care permeates the theoretical and practical model, considering the individual as a whole and not only the health-disease process, and has been identified as an object of nursing. In this context, the importance of ethics for health self-care is discussed, moving away from the hegemony of the normative referents that dictate how relationships should be in the field of health, taking as a theoretical reference the analysis of ethics, knowledge and power realized by the philosopher Michel Foucault. In this sense, it is essential that there is clear and effective communication between these actors, so that the care is carried out effectively. Therefore, it is increasingly important to discuss these processes of nursing care practice, ethics, humanization and communication, so that more knowledge can be acquired on the subject and thus understand its importance.

Keywords: Nursing; Ethic; Humanization of Assistance; Nursing care.

RESUMO

O termo cuidado deriva do latim "cogitatu", referindo-se a algo pensado e imaginado, a dedicação e zelo. O cuidado à saúde permeia o modelo teórico-prático, considerando o indivíduo como um todo e não apenas o processo saúde-doença, e tem sido identificado como objeto da enfermagem. Nesse contexto, discute-se a importância da ética para o autocuidado em saúde, afastando-se da hegemonia dos referentes normativos que ditam como devem ser as relações no campo da saúde, tomando como referencial teórico a análise da ética, do saber e do poder, realizado pelo filósofo Michel Foucault. Nesse sentido, é imprescindível que haja uma comunicação clara e efetiva entre esses atores, para que o cuidado seja realizado de forma eficaz. Portanto, é cada vez mais importante discutir esses processos de prática assistencial de enfermagem, ética, humanização e comunicação, para que se possa adquirir mais conhecimento sobre o assunto e, assim, compreender sua importância.

Palavras-chave: Enfermagem; Ética; Humanização da Assistência; Cuidados de Enfermagem.

O termo cuidado deriva da palavra latina "cogitatu", que se refere a algo pensado e imaginado, a dedicação e zelo (Ferreira, 1999; Houaiss e Salles, 2001). O cuidado à saúde permeia os modelos teórico-práticos, considerando o indivíduo como um todo e não apenas o processo saúde-doença, e tem sido identificado como objeto da enfermagem (González, & Ruiz, 2012; Siles, 2010).

Nesse contexto, discute-se a importância da ética para o autocuidado em saúde, afastando-se da hegemonia dos referenciais normativos que ditam como devem ser as relações no cuidado à saúde, tomando como referencial teórico a análise da ética, do saber e do poder realizada por o filósofo Michel Foucault (Andrade, Givigi, & Abrahao, 2018; Siles, 2011).

As relações de cuidado entre os indivíduos devem ser pautadas na liberdade e na ética, e não como práticas de controle e poder, reduzindo sua autonomia. É fato que o poder está sempre presente nas relações humanas, sejam elas quais forem. Porém, hoje, na perspectiva foucaultiana (Andrade, Givigi, & Abrahao, 2018), o que vai nortear o cuidado é menos o protocolo, a norma e a regra, e mais a possibilidade de criação que se abre no cuidado à saúde a cada encontro. É nesse sentido que a ética deve ser entendida: como atitude crítica permanente de se reinventar nas relações, ajudando a promover o cuidado (Siles, 2019).

No cenário das práticas sanitárias, a formação do vínculo entre o indivíduo e a família torna-se essencial (González, & Ruiz, 2012; Siles, 2010). O ato de vincular-se ao outro conecta a interioridade do sujeito com a exterioridade. O liberalismo moderno fornece ao indivíduo um espaço mínimo para empreender seu próprio desenvolvimento. Cada indivíduo tem a liberdade de decidir quanto quer investir em si, seja em seus relacionamentos ou em sua saúde (Bernardes, Pelliccioli e Marques, 2013).

O princípio da humanização deve estar intrinsecamente ligado às práticas de cuidado. Portanto, a assistência de enfermagem deve ser prestada considerando o cliente como um todo, numa relação de respeito e reciprocidade. Dessa forma, devem ser consideradas as condições psicológicas, sociais e físicas do paciente, e não apenas o processo de adoecimento em si, como era feito no modelo do biólogo, que enfatiza a doença em detrimento da promoção do ser humano como um. tudo (Corbani, Bretas, & Matheus, 2009). Esse modelo também dificulta o vínculo entre profissional de saúde e paciente, por ser mais mecanizado e não contemplar o cuidado holístico.

A prática de cuidar, seja direta ou indireta, implica intervir no corpo do outro, e este pode demonstrar por meio da linguagem verbal ou não verbal como se sente sobre essa prática durante o processo de cuidar. A enfermagem, como arte de cuidar, deve promover a interação entre o enfermeiro e o cliente que participa do processo de cuidar. Nesse sentido, a comunicação clara e eficiente entre esses atores é essencial para a prestação de um cuidado efetivo (Ferreira, 2006).

Nesse sentido, a escuta ativa do paciente é essencial no cuidado, visto que essa relação empática entre profissional e cliente muitas vezes pode servir de consolo para quem já vive um processo de adoecimento tão devastador, que às vezes pode auxiliar positivamente na recuperação do cliente. . Portanto, é fundamental que, ao cuidar de um paciente, a mensagem que você deseja transmitir seja lembrada. Porque este complexo ato de comunicação não se expressa apenas com palavras, mas com gestos e ações. Concluimos que a efetividade da comunicação fundamenta-se na empatia que se estabelece entre os sujeitos na relação de cuidado, bem como no respeito ao outro, seus saberes e sua condição de participante do processo comunicativo.

Assim, o cuidado de enfermagem deve ser pensado não apenas como uma técnica, mas como uma prática que envolve lidar com o próprio ser humano, e para isso é necessário conhecer sua história de vida, suas crenças, emoções e desejos que permeiam a relação entre as pessoas. , que pode ser acessado por meio de comunicação eficaz. Porque o tratamento e a cura não ocorrem apenas pelos meios biológicos, mas pela união do bem-estar físico e mental, numa perspectiva ampliada de saúde.

Além disso, a prática do cuidado de enfermagem deve ser baseada em evidências científicas, portanto, deve-se utilizar os resultados dos estudos na prática clínica. Isso é de fundamental importância, visto que se sabe que a prática de enfermagem deve estar alicerçada em um suporte teórico, como as taxonomias de enfermagem: NANDA Internacional (NANDA-I), que classifica os diagnósticos de enfermagem, a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e os Resultados de Enfermagem Classificação (NOC). A utilização dessas taxonomias é essencial para a formulação do plano de cuidados do paciente, com base nas etapas do processo de enfermagem, que são: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem.

Para isso, entende-se que o enfermeiro, como líder da equipe, tem papel prioritário na construção e aplicação do processo de enfermagem. Porque o uso do plano de cuidados de enfermagem baseado em evidências para o paciente pode permitir cuidados de saúde eficazes para o paciente. Nesse contexto, a liderança do enfermeiro pode ser considerada uma das estratégias

relevantes para a utilização da pesquisa na prática clínica, além de visualizar as dificuldades que o enfermeiro deve superar para implementar o processo de enfermagem baseado em evidências.

Entende-se, portanto, que o cuidado de enfermagem permeia todas as fases do ciclo vital das pessoas, desde o nascimento até o processo de morte. Portanto, pensar os modos ou modelos de cuidado de enfermagem requer compreender o sentido e o significado desse cuidado, sua dimensão político-social e suas implicações na vida dos cidadãos. Portanto, é cada vez mais importante discutir esses processos de prática assistencial de enfermagem, ética, humanização e comunicação, para que se adquira mais conhecimento sobre o assunto e, assim, compreenda sua importância.

BIBLIOGRAFIA

- Andrade, E. O., Givigi, L. R. P., & Abrahao, A. L. (2018). A ética do cuidado de si como criação de possíveis no trabalho em Saúde. *Interface*, 22(64), 67-76. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0643>
- Bernardes, A. G., Pelliccioli EC. & Marques, C. F. (2013). Vínculo e práticas de cuidado: correlações entre políticas de saúde e formas de subjetivação. *Ciência e saúde coletiva*, 18(8), 2339-2346. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800018>
- Corbani, N. M. S., Bretas, A. C. P., & Matheus, M. C. C. (2009). Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso?. *Revista brasileira de enfermagem*, 62(3), 349-354. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000300003>
- Ferreira, M. A. (2006). A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. *Revista brasileira de enfermagem*, 59(3), 327-330. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000300014>
- Ferreira, A. B. H (1999). *Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- González, J. S., & Ruiz, M. D. C. S. (2012). 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.
- Houaiss, A., Salles, V.M. (2001). *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- 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

FENOMENOLOGÍA

Aspectos emocionales de los profesionales de enfermería en atención oncológica pediátrica: narrativa fenomenológica

Emotional aspects of nursing professionals in pediatric oncology care: phenomenological narrative

Aspectos emocionais dos profissionais da enfermagem no cuidado em oncologia pediátrica: narrativa fenomenológica

Isabelle Arruda Barbosa¹, Kamilla Arruda Barbosa², Cynara Rodrigues Soares da Silva, Adélia Dayane Guimarães Fonseca, Mariana Mapelli de Paiva⁵, Carla Silvana de Oliveira e Silva⁶

¹Instituto Federal do Norte de Minas Gerais (Brasil). Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-3121-0505>.

Correo electrónico: isabelle_arruda@yahoo.com.br

² Universidade Católica de Santos (Brasil). Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2155-3440>. Correo

electrónico: kamilla_barbosa@yahoo.com.br

³ Universidade Estadual de Montes Claros (Brasil). Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-2155-3440>.

Correo electrónico: aranyc.soares@yahoo.com.br

⁴ Universidade Estadual de Montes Claros (Brasil). Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-1168-7106>.

Correo electrónico: adeliadayane@yahoo.com.br

⁵ Universidade Estadual de Campinas (Brasil). Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4947-7523>. Correo

electrónico: mariana.paiva@ifnmg.edu.br

⁶ Universidade Federal de São Paulo (Brasil). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2752-1557>. Correo

electrónico: profcarlasosilva@gmail.com

Correspondencia: Isabelle Arruda Barbosa. Instituto Federal do Norte de Minas Gerais Almenara, MG, academic/campus: Almenara, Minas Gerais, BR

Para citar este artículo: Barbosa, I.A., Barbosa, K.A., Silva, C.R.S., Fonseca, A.D.G., Paiva, M.M., Silva, C.S.O. (2021). Aspectos emocionales de los profesionales de enfermería en atención oncológica

pediátrica: narrativa fenomenológica. *Cultura de los Cuidados*, 25(60). Recuperado de

<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.60.02>

Recibido:23/10/2020 Aceptado: 17/01/2021



RESUMEN

Objetivo: describir los aspectos emocionales de los profesionales de enfermería involucrados en la atención oncológica pediátrica. **Método:** Estudio cualitativo exploratorio descriptivo, realizado en 2014, con 14 profesionales de enfermería que trabajan con oncología pediátrica en hospitales generales. Para la recolección de datos utilizamos la entrevista semiestructurada. Los datos presentados en forma narrativa y sometidos a análisis de contenido temático, tienen como perspectiva teórica de interpretación de datos, fenomenología. **Resultados:** se observó que la participación, la solidaridad entre ellos estaban presentes en la mayoría de las declaraciones de los entrevistados. Sin embargo, hubo quienes utilizaron el distanciamiento de vivir con niños, la racionalización de acciones para enfrentar la realidad oncológica infantil. **Conclusión:** Tratar con niños con cáncer provocó emociones relacionadas con el afecto, el sufrimiento, el escape y la compasión en los profesionales de enfermería. La oferta de apoyo emocional especializado a estos profesionales puede contribuir a aliviar la posible interrupción resultante del trabajo con oncología pediátrica.

Palabras clave: Niño; oncología; enfermería; búsqueda narrativa; fenomenología.

ABSTRACT

Objective: To describe the emotional aspects of nursing professionals involved in pediatric oncology care. **Method:** Qualitative, exploratory-descriptive study, conducted in 2014, with 14 nursing professionals working with pediatric oncology in general hospitals. For data collection we used the semi-structured interview. The data presented in narrative form and submitted to thematic content analysis, having as a theoretical perspective of data interpretation, phenomenology. **Results:** It was noticed that the involvement, solidarity with each other were present in most of the interviewees' statements. However, there were those who used the distancing of living with children, rationalization of actions to deal with childhood oncological reality. **Conclusion:** Dealing with children with cancer elicited emotions related to affection, suffering, escape and compassion in nursing professionals. The offer of specialized emotional support to these professionals can contribute to alleviate possible disruption resulting from work with pediatric oncology.

Keywords: Child; oncology; nursing; narrative search; phenomenology.

RESUMO

Objetivo: Descrever os aspectos emocionais dos profissionais da enfermagem envolvidos no cuidado em oncologia pediátrica. **Método:** Estudo qualitativo, exploratório-descritivo, realizado em 2014, com 14 profissionais da enfermagem que trabalham com oncologia pediátrica em hospitais gerais. Para a coleta de dados utilizou-se a entrevista semiestructurada. Os dados apresentados sob a forma de narrativa e submetidos à análise temática de conteúdo, tendo como perspectiva teórica de interpretação dos dados, a fenomenologia. **Resultados:** Percebeu-se que o envolvimento, o solidarizar-se com o outro estiveram presentes em grande parte das falas dos entrevistados. No entanto, houve quem se valesse do distanciamiento do convívio com as crianças, racionalização das ações, para lidar com a realidade oncológica infantil. **Conclusão:** O lidar com

crianças com câncer suscitou nos profissionais da enfermagem emoções relacionadas ao afeto, sofrimento, fuga e compaixão. A oferta de amparo emocional especializado a esses profissionais pode contribuir para amenizar possíveis abalos decorrentes do trabalho com oncologia pediátrica.

Palavras-chave: Criança; oncologia; enfermagem; pesquisa narrativa; fenomenologia.

INTRODUÇÃO

A mortalidade por câncer em crianças e adolescentes comporta-se de modo distinto geograficamente. Em países desenvolvidos, a neoplasia é considerada a segunda causa de morte na infância, o que corresponde a aproximadamente 4% a 5% (crianças de 1 a 14 anos) dos óbitos nessa faixa etária, todavia, essa proporção diminui consideravelmente em países em desenvolvimento, cerca de 1%, tendo em vista as mortes por doenças infecciosas, responsáveis por serem as principais causas de óbito (Ward, 2014).

No Brasil, os óbitos por câncer infantil, de adolescentes e adultos jovens satisfazem à segunda causa de morte. A taxa média de mortalidade, ajustada por idade, entre 2009 a 2013, foi de 32,07 por milhão na faixa etária de 0 a 14 anos e de 44,25 por milhão na faixa etária de 0 a 19 anos (INCA, 1996-2017). A estimativa para o Brasil, biênio 2016-2017, aponta a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos de câncer (INCA, 2015).

Estima-se que em torno de 70% das crianças acometidas de câncer possam alcançar a cura, isto, devido ao progresso no desenvolvimento do tratamento do câncer infantil nas últimas quatro décadas, e desde que haja diagnóstico precoce e tratamento em centros especializados (INCA, 2011).

Dada a complexidade do câncer, a assistência à criança acometida por essa doença deve ser bastante abrangente, uma vez que essa patologia é considerada uma das que mais geram dor, sofrimento, medo, ansiedade e estresse ao paciente, família e aos profissionais que cuidam de tais crianças (Lages, 2011).

A enfermagem é a categoria profissional que geralmente permanece maior tempo em contato com a criança com câncer ao longo do tratamento (Souza, et al., 2012). O presente estudo direciona o olhar para esses profissionais, atores cruciais na assistência a crianças oncológicas. À enfermagem, recaem conflitos frequentes, seja para a realização de atividades técnicas, seja para com a necessidade de encontrar um equilíbrio interior no ambiente de trabalho, que por suas peculiaridades é revestido de insalubridade.

A vivência de situações complexas em uma unidade oncológica pode suscitar uma gama de sentimentos ao cuidador, com repercussões de ordem física e emocional (Kluser, 2011).

Contudo, o modo de encarar circunstâncias diversas estará condicionada à percepção individual (Salimena, 2013).

Diante do exposto, e tomando-se por base toda a sistemática que envolve a relação entre a enfermagem que exerce assistência junto a crianças oncológicas, o objetivo deste estudo foi descrever os aspectos emocionais dos profissionais da enfermagem envolvidos no cuidado em oncologia pediátrica.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, realizada em dois hospitais gerais da cidade de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil que atendem crianças com diagnóstico oncológico. Os técnicos de enfermagem envolvidos necessitavam ter lidado com oncologia pediátrica há pelo menos um ano. Este período foi determinado levando-se em conta que a complexidade desses serviços exige um espaço de tempo para que os profissionais se adaptem à rotina e sejam capazes de identificar suas limitações e facilidades em prol de um cuidado mais efetivo.

Utilizou-se para a coleta de dados, a entrevista semiestruturada, e como forma de nortear esta pesquisa, o seguinte questionamento: “Conte-me, como você enquanto membro da equipe de enfermagem hospitalar percebe o cuidado destinado à criança com câncer?”. Questões adicionais foram feitas para aprofundar as discussões. A coleta de dados foi encerrada em agosto de 2014. Entrevistaram-se 14 auxiliares de enfermagem no próprio ambiente e horário de trabalho, em local reservado. A saturação das informações foi o critério adotado para concluir a inserção de novos colaboradores e suas identidades foram resguardadas. Os depoimentos foram gravados em dispositivos digital de áudio. Dados pessoais relativos a questões sócio-demográficas foram obtidos antes do início das entrevistas.

O produto das entrevistas foi apresentado por meio da construção narrativas. Isto, tendo em vista que o relato do participante sobre a experiência vivida é o elemento principal, essência deste método, e consiste no acesso à experiência primeira, tal qual representada pela pessoa que a vivencia (Hoga, 2010).

A fenomenologia não é um sistema filosófico ou um conjunto de ensinamentos, mas um modo de pensar, apreender e investigar o mundo. Trata-se de um método que pretende alcançar o fenômeno através de uma visão imediata, espontânea, pré-reflexiva; sem separar sujeito e objeto, buscando acessar a totalidade no vivenciar imediato da vida cotidiana (Forghieri, 1984; Forghieri, 2010).

As cinco etapas previstas neste método, são seguidas por meio dos procedimentos de organização de dados proposto por Trindade (1991). Na primeira etapa, realiza-se a transcrição

integral das entrevistas, pelo próprio pesquisador, incluindo aspectos emocionais percebidos (choros, risadas, silêncios e pausas). Constitui-se no relato bruto da entrevista. A segunda etapa, leitura exaustiva da transcrição das entrevistas, permitiu determinar as “unidades de significado”, aspectos importantes para o objetivo proposto no estudo. Posteriormente, deu-se seguimento à reorganização das falas dos entrevistados pelas unidades de significado, sem atentar-se para a sequência de verbalização, podendo um mesmo trecho ser atribuído a mais de uma unidade. Procedeu-se então, à padronização da linguagem com foco no fenômeno sob observação, utilizando-se a terceira pessoa do discurso, na forma de narrativa. As características subjetivas de expressão foram conservadas, e os erros gramaticais, corrigidos. Por fim, as unidades de significado foram transformadas em estrutura articulada dos aspectos significativos dos fenômenos, relacionados à experiência do vivido pelos entrevistados, tornando o relato o mais próximo possível da realidade dos participantes.

Partindo-se da construção dessa estrutura para cada entrevista, promoveu-se a discussão tais vivências e elementos teóricos, com base em revisão da literatura. Não obstante o cerne sejam as experiências particulares de cada narrativa, na discussão dos resultados realizou-se um agrupamento das mesmas e por meio dele, as comparações entre os diferentes constituintes dos temas abordados tornaram-se relevantes para análise dos fenômenos comuns (Bullington e Karlsson, 1984; Queirós, 2001; Trindade, 2001; Menandro, 1995 e Gianordoli-Nascimento, 2006).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros sob o número de projeto 473.386. Foram respeitadas as normas éticas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde acerca de pesquisa com seres humanos. Todos os colaboradores assinaram o Termo de Consentimento, em que havia também, a explicitação dos seus direitos.

RESULTADOS

Os profissionais tinham entre 26 e 54 anos de idade. No que se refere à situação conjugal, dez eram casados, um vivia em união estável, dois eram separados e um, solteiro. Em média eles possuíam de um a dois filhos. Seis participantes possuíam jornada dupla de trabalho em hospitais, com jornada de 12 horas de trabalho por 36 de descanso. Sete deles trabalhavam com criança oncológica no período de três a dez anos, e cinco participantes o faziam durante 12 a 21 anos.

Acerca dos dados oriundos da análise das entrevistas pela construção de narrativas à luz da fenomenologia, o discurso sobre os sentimentos da enfermagem frente a criança com câncer foi organizado em torno de narrativas das verbalizações de cinco participantes, cuja identificação se deu a partir de trechos da entrevista, eleitos pelos pesquisadores como o eixo principal das falas dos entrevistados.

“[...] para nós, é complicada a perda”

Com 30 anos de idade, casada, um filho, dupla jornada de trabalho na enfermagem, e três anos trabalhando com oncologia infantil, esta personagem da vida real em sua baixa estatura, mostra-se uma pessoa alegre, expansiva e dinâmica. Relata que a criança oncológica em si, é uma criança com a qual se estabelece uma longa convivência, visto que a rotatividade é baixa e elas ficam internadas no mínimo entre oito e quinze dias. Apegar-se é inevitável. Carinhos e afetos são criados, fica-se feliz diante da cura: *“[...] é o melhor de tudo, e às vezes acontece, não são todas, mas às vezes acontece.”*. O fato de ser mãe a faz questionar: *“[...] se fosse seu filho, você faria isso?”*, e argumenta que essa condição a faz lidar com a criança de forma mais humana, mais carismática, porque acaba se colocando no lugar da mãe que acompanha seu filho. Quando mencionado o estágio terminal, ela diz: *“Nossa, essa é difícil... [risos disfarçados] estágio terminal é daquele jeito, a gente sabe que vai acontecer, mas não quer que aconteça”*. Complementa mencionando um fato que acontecera dias antes da entrevista. Um paciente que havia recebido alta e ido embora para casa, voltou, e menos de meia hora que havia dado entrada no hospital, foi a óbito. Segundo informa, essa é uma fase dolorosa para o profissional, que se apegava, chama pelo nome, conhece desde o início do tratamento, do diagnóstico: *“[...] para nós, é complicada a perda”*. Diante deste convívio diário, ela se diz mais humana, que a condição debilitada de saúde dessas crianças torna-se um exemplo de vida, uma luta diária para aqueles que nem mesmo entendem as consequências de sua enfermidade, da gravidade das metástases. Ressalta que hoje, sua forma de enxergar as pessoas é diferente.

“[...] a dor é muito forte, é muito triste ver eles agonizando”

A próxima entrevistada, compartilha com a profissional anteriormente mencionada, as mesmas características de vida, a saber, idade, estado civil, número de filhos, vínculo empregatício, exceto pelo fato de já trabalhar na oncologia pediátrica há nove anos. A mulher em questão é robusta e possui certa melancolia ao falar. Princípiam a conversa contando sua experiência de quando começou o trabalho no setor: *“No início eu fiquei muito triste, porque eu peguei, logo que eu entrei, uma criança que sofreu muito, a criança estava descolando a mucosa todinha da boca, toda vez que eu aspirava saía carne da boca, então eu fiquei muito afetada, fiquei muito tempo traumatizada, porque foi bem no início e essa criança chegou a vir a óbito.”*. Ela se envolve, não a ponto de chorar, mas de preocupar-se em assistir a criança e familiares. O fato de ter filho com idade próxima a dos internados no setor, a faz sofrer junto com o paciente, sentir-se mais fragilizada: *“[...] a dor é muito forte, é muito triste ver eles agonizando, e a maioria repete várias vezes: ‘vou morrer, estou morrendo’*. Compartilha uma experiência, em que uma criança disse à mãe: *“[...] ‘mãe, não chora, não chora que eu estou morrendo’, fechou os olhinhos e morreu”*.

Para ela, a questão da terminalidade da criança é mais dificultosa, tendo em vista que os pais estão fragilizados, o paciente perde a lucidez e o profissional da enfermagem ao realizar seu trabalho, empenha-se para ser solidário e ter compaixão.

“[...] eu fico ar-ra-sa-da.”

Esta é uma das profissionais mais experientes na área de oncologia pediátrica. Aos 47 anos, passou mais de 20 anos dedicada às crianças da pediatria. Vive em união estável, possui um filho e dois empregos na área da enfermagem de 12 horas de trabalho por 36 hora de descanso. Trata-se de uma pessoa comunicativa e de feição marcante. Os anos de convívio com as mazelas da oncologia infantil fizeram com que ela tornasse mais paciente, atenciosa, carinhosa, dedicada e comprometida, porque nas palavras dela mesmo: *“[...] esses meninos são abençoados, não é? E Deus cuida deles [...] menino da oncologia, se eu pudesse [pausa] nem existiriam essas doenças que eles (médicos) falam que não têm cura.”* O trabalho com a oncologia pediátrica torna-se estressante, porque ela se apega, se compadece e não sabe explicar como consegue lidar com essas situações. Seu coração não muda mais. Quando se trata de crianças em estágio final: *“[...] ah minha filha... se eu ficar sabendo de alguma coisa [pausa], se eu pudesse eu nem ficava com o paciente [pausa], eu fico ar-ra-sa-da.”* Não há possibilidade de não se envolver, mesmo diante das orientações que recebe – segundo informa - para não se emocionar na frente dos pacientes. Ela é assim, e não vai mudar não. Em casa não seria diferente, ela pensa, lembra, comenta com seus familiares o que vivencia no trabalho. Diante de tudo isso, solidariza-se com os familiares da criança, procura ajudar, orientar, falar uma palavra amiga, de fé, e levar a palavra de Deus. Professora que se houver confiança, Jesus enviará a cura. Ela está estressada e acha que o serviço a está matando, conclui que já é hora de se afastar.

“[...] vou trazer sua bonequinha no próximo plantão”

Com postura recatada, cabelos impecavelmente arrumados, presos ao alto da cabeça, e de fala ligeira, a técnica de enfermagem de 41 anos, casada, um filho, dedica-se há cinco anos ao trabalho em pediatria oncológica. Confessa manter contato com os pacientes mais graves, fora do trabalho, em redes sociais ou mesmo por telefone. Alega ser resultado do tempo de convivência com eles. Não vê possibilidade de separar as coisas, ainda mais tendo filho na idade deles. *“A gente acaba aproximando muito das crianças daqui (oncologia pediátrica). Eu fico pensando nelas em casa [...], ligo... pergunto por elas, procuro nas redes sociais... Sempre que eu estou com paciente de oncologia e ele morre, eu choro... sempre... porque não tem jeito... a gente acaba aproximando muito deles.”* . Agora, quando o assunto é interagir com a criança para realização de procedimentos, ela possui uma técnica pitoresca: *“[...] a gente teve um paciente com anemia aqui que ela falou assim: ‘ah eu queria tanto uma bonequinha, uma Barbie de vestido verde’, aí eu*

falei: está bem, se você for boazinha e deixar puncionar sua veia, vou trazer sua bonequinha no próximo plantão. Aí eu trouxe a bonequinha em um plantão e no outro plantão, ela morreu.”. Revela que sempre se abala quando as crianças falecem: “Esse é um lado que não dá pra esconder... é triste.”.

“[...] você tem que ter um limite [...]”

Aos 33 anos, casado, dois filhos, quinze anos trabalhados em instituições hospitalares, sendo que em pelo menos dez deles, o tenha feito em duas instituições ao mesmo tempo, contando sua vivência com crianças da oncologia durante cinco anos. Carismático e com discurso objetivo, ele afirma que há mais dificuldade em cuidar de criança, devido a restrições que o profissional deve respeitar, como o lado emocional, a dependência dos pais no que se refere a qualquer procedimento a ser realizado: *“[...] qualquer procedimento que você vai fazer, você tem que explicar direitinho, tem que esperar ela [criança] se dispor a querer atender.”*. Ele inicia o procedimento brincando e as crianças acabam permitindo que ele o faça. Reforça que só deixam que algo seja feito, se o vínculo com o profissional for estabelecido antes, e que para tudo há um limite: *“[...] vai ficando difícil, difícil, difícil, você tenta puncionar a veia do paciente uma, duas, três vezes, [...] aí eu paro, volto outra hora. Eu já tive filho na situação, não oncológica, mas com tratamentos, e eu mesmo tinha hora que eu parava de fazer procedimento, porque você tem que ter um limite, eu acho que você vai estressando tanto a criança, que você tem que se afastar um pouco, depois você volta [risos].”*. Acrescenta que quando o paciente está grave, dependente de muitos cuidados ou mesmo em estágio terminal, ele não se sente afetado, que apesar de gostar e cuidar muito bem das crianças, não se envolve o suficiente para que haja sofrimento pessoal.

DISCUSSÃO

No presente estudo, evidenciou-se que no decorrer do processo de hospitalização da criança com doença oncológica, laços foram estabelecidos entre a enfermagem e as crianças, com repercussões emocionais para esses profissionais. Aspectos emocionais diversos foram evidenciados por meio das narrativas apresentadas, com destaque para questões de ordem afetiva, de sofrimento, de fuga e de compaixão, suscitados pelo cuidado destinado a essa clientela.

Uma vez que as experiências de apego podem promover a qualidade dos cuidados fornecidos ou causar problemas na implementação do cuidado, a compreensão adequada do setor de oncologia é necessária para minimizar seus efeitos negativos sobre o cliente e o prestador de cuidados e, portanto, melhorar o processo de prestação de cuidados (McLeod, 2010).

Neste sentido, a hospitalização prolongada e numerosas referências de pacientes com doença de natureza crônica, associados a períodos de quimioterapia recorrentes, culminam numa

relação emocional entre a enfermagem e os pacientes e seus familiares. Devido às experiências diferenciadas destes profissionais para com crianças com câncer, estes concluem que elas precisam de mais suporte (Borhani, 2013). O envolvimento entre os profissionais da enfermagem e os familiares pode propiciar uma assistência abrangente e resolutiva, que proporcione recuperação e adaptação do paciente e seus familiares às novas condições de saúde conferidas pelo câncer (Didoné, Aumondi & Ascari, 2017). Neste sentido, suprir a demanda de informação dos pais, facilita o processo de tomada de decisões, reduzindo o estresse e a ansiedade, contribuindo para o cuidado integral e humanizado à criança com câncer (Silva-Rodrigues, 2019).

O medo e as necessidades físicas e emocionais das crianças e dos pais, a experiência assustadora de se aproximar da morte sem sequer conhecer o seu significado, as mudanças de aparência e face da criança durante o período de tratamento, o processo complexo e às vezes frustrante da doença e, finalmente, as medidas de tratamento complicadas, requerem cuidados de suporte substanciais para uma criança em uma enfermaria de oncologia (Borhani, 2013).

A atitude de cuidado de enfermagem em demonstrar solidariedade e sensibilidade ao outro, denota preocupação com a integridade moral e dignidade do paciente como ser humano que é; demonstra consideração pelos aspectos não somente físicos, mas também os aspectos psíquicos do ser humano (Baggio, 2006).

A assistência em enfermagem abrange procedimentos e conhecimentos técnicos, mas também demanda presença, flexibilidade, responsabilidade, além do compreender solidário. Percebe-se que a interação dos técnicos de enfermagem com o paciente e os demais envolvidos pode abranger relações de amizade, conversas, manifestações de afeto e outros modos de aproximação (Fontes, 2008).

Quando são estabelecidas relações emocionais intensas entre os trabalhadores de enfermagem e a criança com câncer e sua família, esses profissionais tornam-se expostos a perdas e insucessos relacionadas ao tratamento oncológico (Conte, 2014). Essas reações emocionais podem ser potencializadas quando a criança se encontra fora de possibilidade terapêutica de cura. Assim, a enfermagem que lida com o processo de morrer da criança, que envolve dor e sofrimento, desenvolvem sentimento de tristeza, insegurança e culpa, gerando um conflito pessoal que interfere na qualidade do cuidado, pois apresenta dificuldade em aceitar a morte da criança, sentindo-se incapaz de oferecer uma morte digna (Souza, 2013). A morte abarca paradigmas e preconceitos culturais negativos, suscitando sentimentos de derrota e impotência, sendo considerado algo inconcebível por envolver criança (Avanci, 2009).

O vínculo que a equipe de enfermagem constrói com o paciente, por vezes, é apontado como negativo para o profissional, isto porque seu envolvimento o leva a tomar para si o

sofrimento dos pacientes e familiares, o que abala sua vida. Portanto, como reação às situações complicadas, parte considerável dos trabalhadores se distancia dos pacientes com vistas a não se envolver (Moreira, 2013). Pereira (2015) reforça essa assertiva ao afirmar que os profissionais da enfermagem vivenciam vários sentimentos a partir dos acontecimentos ao longo do dia de trabalho, os quais variam do pesar a movimentos de fuga e negação do sofrimento (Pereira, 2015).

Devido ao contato constante com crianças doentes, às vezes a enfermagem considera um certo padrão para a doença, seu tratamento e complicações e seguem inconscientemente este padrão nos cuidados fornecidos (Borhani, 2013). Isto reflete na elaboração de estratégias de defesa e de enfrentamento, sejam elas de cunho individual ou coletivo, com particulares da organização do trabalho onde o profissional encontra-se inserido, que têm como objetivo, o alívio do sofrimento (Dejours, 2015).

Ressalta-se, porém, que não serão todos os profissionais que irão aderir aos movimentos de fuga do sofrimento (Viero, 2017). Alguns profissionais referiram na presente pesquisa, conversar abertamente com os colegas, amigos e família sobre o trabalho, visando verbalizar suas angústias, dividir suas experiências e falar de situações geradoras de sofrimento.

Entretanto, ao se deparar com situações em que se obteve êxito no tratamento e alcance da cura os trabalhadores sentem-se realizados e felizes. É possível apreender, de maneira implícita nos relatos, que a morte é percebida como um sinal de fracasso e a vida como um sinal de glória. Mesmo constituindo-se um fenômeno natural, a finitude reflete o temor pelo desconhecido, porque é vivido enquanto experiência do outro (Carvalho, 2006).

Assim, o emocional desses profissionais pode ser abalado também, mesmo quando a criança conclui com sucesso o tratamento. Pesquisa evidenciou que, apesar dos danos emocionais sofridos pela enfermagem atuante em oncologia pediátrica, os mesmos compreendiam que o trabalho possibilitava transformações em suas visões de mundo e acerca da vida. O trabalho em oncologia pediátrica pode possibilitar que o trabalhador resinifique sua visão em torno da doença e da morte. Ainda, a convivência com crianças que sofrem e morrem, bem como com famílias que perdem seus entes amados, faz com que os profissionais sintam a necessidade de valorizar de maneira especial os momentos de união e alegria junto à própria família (Conte, 2014).

CONCLUSÃO

A partir dos dados revelados pelos profissionais de enfermagem, foi possível identificar os aspectos emocionais relacionados ao cuidado destinado à criança com câncer. Este cuidado suscitou nos profissionais da enfermagem emoções relacionadas ao afeto, sofrimento, fuga e compaixão. Atentar para um preparo e amparo emocional especializado destinado a esses

trabalhadores, pode contribuir para uma rotina menos traumática frente ao trabalho com oncologia pediátrica.

BIBLIOGRAFÍA

- Avanci B. S., Carolindo, F. M., Góes, F. G. B., & Cruz Netto, N. P. (2009). Cuidados paliativos à criança oncológica na situação do viver/morrer: a ótica do cuidar em enfermagem. *Esc. Anna Nery*, 13 (4), 708-716. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000400004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- Baggio, M. A. (2006). O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 08 (1), 09–16. Recuperado de <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/949/1163>
- Borhani F. A. A., Abbaszadeh, A., Mohsenpour, M., & Asadi, N. (2013). Lived experiences of pediatric oncology nurses in Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 8 (5), 349–354. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3877455/?report=reader#ref18>
- Bullington, J., & Karlsson, G. (1984). Introduction to phenomenological psychological research. *Scandinavian Journal of Psychology*, 25, 51-63.
- Carvalho, L.S., Oliveira, M. A. S., Portela, S. C., Silva, C. A., Oliveira, A. C. P., & Camargo, C. L. (2006). A morte e o morrer no cotidiano de estudantes de enfermagem. *Rev. enferm. UERJ*, 14 (4), 551-557. Recuperado de <http://www.facenf.uerj.br/v14n4/v14n4a10.pdf>
- Conte, T. M. (2014). The lived experience of work-related loss and grief among pediatric oncology nurses. *J Hosp Palliat Nurs*, 6 (1), 40-46.
- Dejours, C. (2015). *A Loucura do Trabalho: Estudo de Psicopatologia do Trabalho*. São Paulo: Cortez.
- Didoné, P.H., Aumondi, C., & Ascari, R.A. (2017). Percepción del paciente con cáncer sobre la práctica de los cuidados de enfermería. *Cultura de los Cuidados*, 21(49). doi: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.49.02>
- Fontes, C. A. S., & Alvim, N. A. T. (2008). Human relations in nursing care towards cancer patients submits to antineoplastic chemotherapy. *Acta Paul. Enferm.*, 21 (1), 77-83. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000100012&lng=en&nrm=iso
- Forghieri, Y. (1984). *Fenomenologia e Psicologia*. São Paulo: Cortez.
- Forghieri, Y. C. (2010). *Psicologia Fenomenológica: Fundamentos, Métodos e Pesquisas*. São Paulo: Cengage Learning.

- Gianordoli-Nascimento, I. F. (2006). *Mulheres e militância no espírito santo: encontros e confrontos durante a ditadura militar*. (Tese de Doutorado não publicada). Pós-graduação em Psicologia, Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo: Recuperado de http://repositorio.ufes.br/bitstream/10/3151/1/tese_447_.pdf
- INCA. (2011). *Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA. Recuperado de http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/estimativas-de-incidencia-de-cancer-2012/estimativas_incidencia_cancer_2012.pdf
- INCA, I. N. (22 de 12 de 2015). *Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer. Recuperado de <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/index.asp?ID=2>
- Kluser S.R. T. M., Terra, M. G., Noal, H. C., Annie Lacchini, J. B., & Padoin, S. M. M. (2011). Vivência de uma equipe de enfermagem acerca do cuidado aos pacientes com câncer. *Rev. Rene*, 12 (1), 166-172. Retirado de <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4179>
- Hoga, L. A. K., Borges, A. L. V., & Reberte, L. M. (2010). Razões e reflexos da gravidez na adolescência: narrativas dos membros da família. *Esc Anna Nery Rev enferm*, 14 (1), 151-57. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000100022&lng=en&nrm=iso
- Lages, M. G. G., Costa, M. A. O., Lopes, T. R., Amorim, F. C. S., Araújo Neto; A. P., Nascimento, I. R. D., & Costa, C. L. S. (2011). Estratégias de enfrentamento de enfermeiros frente ao paciente oncológico pediátrico. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 57 (4), 503-510.
- McLeod, D.L.T. D., Tapp, D. M., Moules, N. J., & Campbell, M.E. (2010). Knowing the family: Interpretations of family nursing in oncology and palliative care. *Eur J Oncol Nurs*, 14 (2), 93-100. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1462388909001124>
- Menandro, M.C.S. (1995). *Convivência familiar com afetado por distrofia muscular de Duchenne: da comunicação do diagnóstico às estratégias de enfrentamento*. (Dissertação de mestrado não publicada). Pós-Graduação em Psicologia, Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo.
- Moreira, A. O., Sousa, H. A., & Ribeiro, J. A. (2013). Vivências e estratégias defensivas dos enfermeiros frente ao cuidado em unidade de terapia intensiva. *Rev Enferm UFSM*, 3 (1), 102-111. Recuperado de <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/7207/pdf>
- Pereira, D. M. B., Bertoldi, K., & Roese, A. (2015). Percepções dos profissionais de enfermagem na assistência a crianças portadoras de câncer. *Rev Enferm UFSM*, 5 (1), 112-120. Recuperado de <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/13426/pdf>

- Queirós, A. A. (2001). *Investigação Qualitativa: a Fenomenologia na investigação: características do método fenomenológico aplicado à investigação*. Recuperado de www.anaqueiros.com
- Salimena, A. M. O., Teixeira, S. R., Amorim, T. V., Paiva, A. C. P. C., & Melo, M. C. S. C. (2013). O vivido dos enfermeiros no cuidado ao paciente oncológico. *Cogitare Enferm*, 18 (1), 142-147.
- Silva-Rodrigues, F. M., Moraes K. S. R., Duarte, A. M., Polita, N. B., Padula, M. P. C., & Nascimento, L. C. (2019). Información a los padres durante el tratamiento del cáncer infantil: un estudio descriptivo. *Cultura de los Cuidados*, 23 (54). doi: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.26>
- Souza L. F, Misko, M. D., Silva, L., Poles, K., Santos, M. R., & Bousso, R. S. (2013). Morte digna da criança: percepção de enfermeiros de uma unidade de oncologia. *Rev Esc Enferm USP*, 47 (1), 30-37. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100004&lng=en&nrm=iso
- Souza, L. P. S., Silva, R. K. P., Amaral, R. G., Souza, A. A. M., Mota, E. C., & Silva, C. S. O. (2012). Câncer infantil: sentimentos manifestados por crianças em quimioterapia durante sessões de brinquedo terapêutico. *Rev Rene*, 13 (3), 686-692. Recuperado de <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/736/pdf>
- Trindade, Z. (1991). *As representações sociais da paternidade e da maternidade: implicações no processo de aconselhamento genético*. São Paulo: Instituto de Psicologia.
- Viero, V., Beck, C. L. C., Coelho, A. P. F., Pai, D. D., Freitas, P. H., & Fernandes, M. N. S. (2017). Trabalhadores de enfermagem em oncologia pediátrica: o uso de estratégias defensivas no trabalho. *Esc Anna Nery*, 21 (4), e20170058. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400217&lng=en&nrm=iso
- Ward, E., DeSantis, C., Robbins, A., Kohler, B., & Jemal, A. (2014). Childhood and adolescents cancer statistics, 2014. CA: *Cancer J. Clin.*, 64, 83-103, Recuperado de <http://www1.inca.gov.br/wcm/incidencia/2017/pdf/versao-completa.pdf>

La deconstrucción de la humanización: hacia la dignificación del cuidado de la salud

The deconstruction of humanization: towards the dignity of health care

A desconstrução da humanização: rumo à dignidade da atenção à saúde

John Camilo García Uribe¹

¹Enfermero, Magister en Bioética Universidad Ces, Grupo de Investigación ETICES, Bello Colombia.
Orcid: 0000-0002-3810-5583. Correo electrónico: johnc.garcia@udea.edu.co

Correspondencia: Grupo de investigación SFC, Facultad de Ciencias de la Salud, Corporación Universitaria Remington, calle 51 n.º 51-27, Medellín, Colombia.

Para citar este artículo: García, J.C. (2021). La deconstrucción de la humanización: hacia la dignificación del cuidado de la salud. *Cultura de los Cuidados*, 25(60). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.60.03>

Recibido:20/11/2020 Aceptado: 19/02/2021



RESUMEN

Este es un artículo de carácter crítico – argumentativo sobre el concepto de humanización del cuidado de la salud, es una apuesta por ir al trasfondo de la humanización y deshumanización en salud, con el objetivo de la deconstrucción y reconstrucción de los términos; buscando un cambio en el paradigma o del marco conceptual de la humanización para apuntar nuevamente hacia un concepto que parece estar en las postrimerías, el concepto de dignidad. A través de un viaje metodológico-hermenéutico entre las dicotomías humanas, egoísmo y compasión, eros y tánatos, los cuales, confluyen en un solo ser, siendo parte de una misma unidad existencial, para ello se toman varios referentes conceptuales como Jacques Derrida, Joan Carles Melich y Steven Pinker, entre otros, para finalmente retomar y proponer el concepto de dignidad para renombrar la “humanización”, en el marco de la atención en salud, que toma como punto de partida la igualdad para encontrar la diferencia y las necesidades del otro, a través de una relación de cuidado.

Palabras clave: Humanización de la Atención; dignidad; atención dirigida al paciente; deconstruccionismo.

ABSTRACT

This is a critical - argumentative article about the concept of humanization of health care, it is an approach to go to the background of humanization and dehumanization in health, with the aim of deconstruction and reconstruction of the terms; looking for a change in the paradigm or the conceptual framework of humanization to point again towards a concept that seems to be in the aftermath, the concept of dignity. Through a methodological-hermeneutical journey between the human dichotomies, selfishness and compassion, eros and thanatos, which converge in a single being, being part of the same existential unit, for this various conceptual references are taken, such as Jacques Derrida, Joan Carles Melich and Stiven Pinker, among others, to finally return and propose the concept of dignity to rename "humanization", within the framework of health care, which takes equality as a starting point to find the difference and the needs of the another, through a caring relationship.

Keywords: Humanization of Care; dignity; patient-directed care; deconstructionism.

RESUMO

Este é um artigo crítico-argumentativo sobre o conceito de humanização da atenção à saúde, trata-se de uma abordagem para percorrer o pano de fundo da humanização e da desumanização em saúde, com vistas à desconstrução e reconstrução dos termos; em busca de uma mudança de paradigma ou de quadro conceitual de humanização para apontar novamente para um conceito que parece estar em seu rescaldo, o conceito de dignidade. Por meio de uma viagem metodológico-hermenêutica entre as dicotomias humanas, egoísmo e compaixão, eros e tãatos, que convergem em um único ser, fazendo parte de uma mesma unidade existencial, para isso são tomadas várias referências conceituais, como Jacques Derrida, Joan Carles Melich e Stiven Pinker, entre outros, para enfim voltar e propor o conceito de dignidade para renomear "humanização", no âmbito da atenção à saúde, que toma a igualdade como ponto de partida para encontrar a diferença e as necessidades do outro, por meio de um cuidar relação.

Palavras-chave: Humanização dos cuidados; dignidade; cuidados orientados para o doente; desconstrucionismo.

INTRODUCCIÓN

Repensando la humanización y deshumanización en salud

Este texto es una apuesta por ir al trasfondo de la humanización y deshumanización en salud, con miras a la desconstrucción y reconstrucción de una expresión un tanto polisémica, en ocasiones un tanto profunda, y en otras, un tanto instrumentales y serviles a un sistema de salud mercantilizado. Para hablar de deshumanización, es necesario abordar en primera instancia, el concepto de humanización. La palabra “humanizar está conformada por raíces latinas y a groso modo significa dar características de humano. Sus componentes léxicos son *humanus*

(perteneciente a la tierra) e *izare* (convertir en)”(Corominas and Pascual, 2010). Lo humano, lo perteneciente a la tierra, de acuerdo al mito de cura (Heidegger, 2018) está hecho no solo de tierra, sino que también, goza de cuerpo, nombre, espíritu y tiempo limitado, fue forjado esmeradamente por el cuidado y, dicha forja fue un gesto técnico, en el que se estructura y se modela el barro hasta lograr la forma humana. Por ello ontológicamente, lo humano es la suma de lo técnico y lo cuidado, ya bien decía Hipócrates (Estrada, 2012)“una misma cosa es el amor a la técnica y el amor a la humanidad”

Convertir, etimológicamente está “conformado por *cum*, el cual hace referencia a una reunión, agregación. Y *verteré*, dar un giro cambiar o transformar”(Definiciona, s.f). En otras palabras, se requiere de mínimo dos agentes, en este caso puntual un humano ontológicamente cuidador y técnico, y un proceso asociado a los humanos, como lo sería en este caso la atención o el cuidado de la salud. De modo que, uno de los agentes hace de transformador y otro de transformado. O al menos eso es lo que se pretende hacer creer. Pero humanizar, hace referencia a una relación, y como relación se configura un mecanismo de reciprocidad, un dar y recibir, una relación de reciprocidad, en la que aquel transforma es también transformado y aquel transformado aún conserva algo propio. ¿si el cuidado de la salud es algo esencialmente humano como puede deshumanizarse? ¿a que se refiere entonces humanización?

En el contexto colombiano históricamente se ha utilizado la humanización en tres ámbitos esenciales como la guerra, la educación y la salud (*La Humanización de la salud: conceptos, críticas y perspectivas*. 1. ed, 2017). Todas estas actividades son esencialmente humanas, “el hombre es la única especie que se compone de asesinos de masas”. La educación es la capacitación para responder a todas las exigencias de la vida humana (Acosta Sanabria, 2010) y el cuidado de la salud en ante todo una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad (Báez-Hernández *et al.*, 2009). En este sentido quedan algunos interrogantes aparte del cuidado y la técnica, la guerra, la educación, ¿cuáles son las otras características que definen un humano? ¿Cuáles son aquellas características de lo humano que se pretenden inyectar a través del discurso de humanización al proceso de atención en salud? Algunos autores (Barnard and Sandelowski, 2001) han hecho uso del término deshumanizar para hacer referencia a la creciente tecnificación de la salud, no es la tecnología como tal, sino el uso de la tecnología en un contexto dado, lo que determina unos significados para los individuos o los grupos culturales respecto a lo que es y no es humano, ante esto cabría replicar ¿acaso el uso de herramientas técnicas es esencialmente ajeno a lo humano?

Otros autores (Paz, 2017), han asociado la deshumanización con la pérdida de valores y otros (Ávila- Morales 2017) a la supeditación de la salud frente a los intereses económicos, también se ha asociado dicho fenómeno como una consecuencia del modelo racional científico (Universidad Militar Nueva Granada and Ávila-Morales, 2017) que escinde sujeto y objeto, en este caso profesional sanitario-paciente, en el que se olvida por completo el viejo aforismo Hipocrático “curar a veces, aliviar a menudo y consolar siempre”. También se ha contemplado el término como una consecuencia asociada todos estos factores (sociales, políticos, económicos y humanos) y que puede expresarse de formas variadas, desde la anulación de la autonomía del médico o el paciente, hasta la mala calidad o la inaccesibilidad a la atención en salud (*La Humanización de la salud: conceptos, críticas y perspectivas*. 1. ed, 2017). Aunque en términos generales la pelea contra la deshumanización en salud ha permitido algunos avances, desde favorecer la autonomía de los pacientes, sus derechos y sus deberes. Aun “es necesario examinar críticamente la humanización en cuanto configura un discurso que puede contribuir, paradójicamente, a ocultar el verdadero origen de los problemas más que a resolverlos” (Instituto de Bioética Universidad Javeriana, 2017).

Hablar de humanización, puede ser un término que denota el egocentrismo como característica humana, dado que le confiere a la categoría humana un carácter superlativo benevolente, hoy en día se humanizan desde perros y gatos hasta salud y educación, ¿Qué hay de diferente en humanizar un perro y humanizar la salud o la educación? ¿realmente se le están confiriendo características humanas a las mascotas o la salud? Cuando hablamos de humanizar a los animales se hace referencia a asignar características y actividades a animales que no las poseían, no las necesitan y por ello pueden ser contraproducentes (Capo y Frejo Moya, 2010), por ejemplo, una fiesta de disfraces para perros, compartir la mesa y los mismos alimentos con las mascotas, sobrecargarlos con objetos decorativos o excederse en las medidas de higiene. Ahora bien, cuando se hace alusión a humanizar una salud deshumanizada, en el sentido de la pérdida de valores humanísticos, la mercantilización y tecnificación (son actividades humanas) de la salud están íntimamente ligadas a lo humano, es necesario asumir que lo humano implica, perfectibilidad y no la perfección, que es humano el intercambio, lo técnico y por supuesto algunos defectos o antivaleores, como el egoísmo, la crueldad, la avaricia, entre otras. Por lo que hablar de humanizar la salud podría constituir un término detrás del cual se ejercen no solo múltiples significados, sino que a la hora de implementar estrategias con el eslogan de humanización pueden ser un tanto confusas. De otro lado, catalogar el cuidado de la salud como algo deshumanizado, es un

oxímoron, en la medida que se yuxtapone a la naturaleza del cuidado. Las practicas de salud han cambiado y seguirán cambiando, mas ello no significa que se han deshumanizado.

Retomando el ejemplo de las mascotas (no poseen características humanas, no las necesitan y podrían ser contraproducentes) y traslapándolo al cuidado de la salud sería posible afirmar, el cuidado de la salud tiene ya de por si características humanas, algunas de ellas parecen sobreponerse a las otras, se necesita retomar el punto medio entre ellas, porque de lo contrario los efectos adversos seguirán afectando a pacientes, profesionales y a la sociedad en general. Caben entonces algunos cuestionamientos ¿Qué ha hecho ponderar ciertos rasgos humanos sobre otros?,¿realmente existe una ponderación de unas características sobre otras?, si la humanización de la salud no es el termino adecuado, ¿cuál sería?,¿Cómo lograr un balance entre técnica y cuidado?

DESARROLLO DEL TEMA

Lo humano una eterna disputa: del egoísmo a la empatía y compasión.

Esta problemática ha sido ampliamente discutida a lo largo de la historia. Desde el enunciado oscuro de Hobbes “el hombre es lobo para el hombre”, hasta el prerromanticismo de Rousseau, pasando por algunas zonas a escala de grises, como el Eros y Tánatos Freudiano o el conflicto existencial de lo humano planteado por Fromm. Dado que la vida no es a blanco y negro, sino a escala de grises, y lo virtuoso desde una perspectiva Aristotélica tiende al justo punto medio, se pretende argumentar la confluencia de ambas pulsiones y el conflicto existencial desde la posibilidad de ser o no ser, de acoger o no acoger desde la posibilidad de ser. Esta confluencia de opuestos ya ha sido ampliamente expuesta por Hegel (1996) con la parábola del botón y la flor . “El botón desaparece con el surgimiento de la flor y se podría decir que aquél es negado por ésta [...] Pero su naturaleza fluida las transforma al mismo tiempo en momentos de la unidad orgánica, las cuales no sólo no se rechazan, sino que se demuestran tan necesarias la una como la otra”. En otras palabras, la vida humana se constituye de las dicotomías, de las elecciones y abandonos. La pregunta es ¿qué polo atrae más?

Según los hallazgos arqueológicos y las recientes teorías evolutivas fue la capacidad de cooperar a gran escala lo que catapultó el ascenso del Homo sapiens (Harari, 2011), en la cadena alimenticia, pasar de presa a depredador, pero allí detrás de la cooperación a gran escala, la fundación de mitos, la formación de instituciones, y el gran avance tecnológico, ¿acaso había un interés propio, en los cercanos, o un interés común? Desde el darwinismo, se podría afirmar que el impulso humano de crear formas de vivir y estructuras sociales más complejas no es más que

una manifestación de la necesidad innata de asegurar nuestra supervivencia individual y nuestro potencial reproductor (Dawkins, 2004). Sin embargo, es posible contraargumentar desde otra perspectiva, afirmando como la retroalimentación empática constante es el aglutinante social que hace posible unas sociedades cada vez más complejas. Sin empatía sería imposible imaginar la vida social y la organización de la sociedad. Se hace imposible imaginar una sociedad estrictamente egoísta o autista. La sociedad exige ser social y ser social exige extensión empática (Rifkin, 2010).

La empatía es esencial para reconocer que los demás son similares a la individualidad, es introyectar, que por el mero hecho de ser en el mundo y compartir una casa común, sus vidas y su bienestar son tan importante como el nuestro. Sin embargo, puede que la empatía se quede corta en actos y se requiera de una compasión para actuar y movilizarse, por y con el otro. Ahora bien, si tomamos la empatía como el proto sentimiento del compasivo, aun queda un cuestionamiento por dirimir, ¿se es empático por interés propio o por el otro?, ¿Está en la compasión el gen egoísta? Retomando un ejemplo propuesto por Peter Singer en su obra vivir éticamente (Singer, 2017):

Tomas Hobbes iba un día caminando por Londres y le da una limosna a un mendigo. Un acompañante le acusó de inmediato de refutar su propia teoría basada en el egoísmo, pero Hobbes replicó que le complacía ver que hacia feliz al mendigo, por lo que el hecho de darle limosna era coherente con el egoísmo. Pero suponiendo que Hobbes hiciera eso todo el día, todos los días que buscara activamente gente necesitada y les ofreciera ayuda hasta el punto de mermar su fortuna y vivir de forma más sencilla para poder dar más. ¿Sería este Hobbes imaginario un egoísta?

Y el mismo autor (Singer, 2017) replica que, si ello fuera afirmativo, la idea de que todos somos egoístas, no tendría sentido, en la medida que durante el proceso se acoge y hay una preocupación por el otro. Lo importante es lo que mueve a las personas, la intención, y no la consecuencia de ganar o perder algo. ¿Podría entonces considerarse una utopía que la naturaleza humana en lugar de ser intrínsecamente malvada, interesada y egoísta fuera empática y compasiva, y que el egoísmo, que se ha considerado primario, fuera un impulso secundario fruto de la represión o la negación del instinto empático básico?

Si ambos sentimientos confluyen en una sociedad y en los individuos, sin tener en cuenta el orden de importancia o su origen. Y si la idea de felicidad o bienestar permite tanto acoger como excluir al otro, ¿seguirá siendo correcto hablar de una salud deshumanizada para referirse al egoísmo, al mercantilismo o la ponderación de los antivalores?

Más que un juego de palabras ¿Humanizar lo humano o deshumanizar lo inhumano?

El proceso de humanización del hombre como especie, es un proceso continuo, ligado a los lazos evolutivos denominados hominización. “Sin hominización no puede haber humanización; sin humanización no puede haber conciencia de nosotros mismos” (Carbonell, s.f). Si lo uno está ligado a lo otro, podría entonces afirmarse que la falta de hominización conllevaría a una poca humanización. La relación entre lo sociocultural y lo biológico no es una relación unidireccional, dado que los cambios socioculturales también modelan la genética y evolución humana (Bermudez de Castro, 2002) de manera que algunos de los cambios en la función de los genes que son heredables por mitosis y/o meiosis, no entrañan una modificación en la secuencia del DNA y pueden ser reversibles, a esto se le ha denominado epigenética (Holliday, 2002). De esta manera, factores ambientales prenatales y postnatales tienen injerencia en sobre la estructura biológica del ser humano, por lo que se hace necesario volver a reflexionar sobre la calidad de nuestra relación con el medio ambiente y sobre nuestras relaciones sociales, en que la persona humana es y debe ser el centro (Bedregal *et al.*, 2010)

La humanización no es un proceso aislado, sino por el contrario interdependiente y como proceso ligado a lo evolutivo también ha evolucionado, de manera que ser humano hace 1 siglo tenía una connotación diferente a lo que implicar ser humano en los albores del siglo XXI. En términos generales y de acuerdo con Carbonell (Carbonell, s.f), la humanización es entendida como el proceso que ha permitido la capacidad de pensar sobre nuestra inteligencia, de entender el proceso de la vida y de adaptarse al entorno través del conocimiento, la tecnología y el pensamiento. La humanización está representada en la historia de nuestra humanidad a través de las diferentes formaciones sociales, formas de agrupar o desagruparse, y cooperar a gran escala.

Pero si la humanización es un proceso evolutivo, ¿acaso este se ha estancado? Hoy en día es común escuchar a vociferadas, atención y servicios deshumanizados, falta de sensibilidad y compasión. Sin embargo, el mero hecho de reconocer e identificar la “deshumanización” de los servicios, las técnicas y las personas, es un acto humanizado y una muestra del progreso moral. Este progreso, se ha visto reflejado en parte por la disminución de actos violentos como homicidios y agresiones físicas, la abolición de la esclavitud y las penas de muerte. Por otra parte, a lo que Pinker (Pinker, 2012) denomina, la revolución humanitaria y de los derechos humanos, gracias a la cual ha crecido la aversión a la agresión, incluyendo la violencia contra minorías étnicas, mujeres, niños, homosexuales y animales.

¿Por qué se tiene una concepción tan negativa de la vida? De acuerdo con Rifkin (Rifkin, 2010) los relatos de maldades y tragedias causan sorpresa. Al ser inesperados, provocan inquietud y hacen crecer el interés, son nuevos, rompen con la normalidad y por ello tienen atractivo periodístico, no es noticia un avión lleno de pasajeros que llegan a tiempo a su destino en 100.000 vuelos diarios sobre la tierra. Es material de noticiero el avión que muy de cuando en vez sufre una avería o se cae. De esta misma forma, tampoco son noticia los cientos de pacientes que se recuperan exitosamente, pero sí lo es el error de los profesionales de la salud. Las malas noticias, se esparcen rápidamente, mientras que las buenas rara vez se configuran como noticias. Hoy se asiste a un mundo hiperconectado gracias a los avances tecnológicos y el pensamiento racional. Ambos han conllevado a una apertura de oportunidades, riesgos, críticas y desafíos, y asimismo de progreso moral (Pinker, 2019).

La ciencia abre el panorama y un mundo de posibilidades, pero no todo lo que se puede hacer desde la ciencia se debe hacer desde un ámbito moral y ético. El avance científico-tecnológico ha impulsado un avance ético-crítico, un tanto corto, tardío, tácito e itinerante. Solo por mencionar algunos ejemplos recientes, luego de la revolución industrial, surgen las teorías socioeconómicas de Engels y Marx. Al finalizar la segunda guerra mundial que acarreó millares de muertes, pero también un enorme desarrollo armamentístico y tecnológico, se crea la ONU y el código de Nuremberg, posterior al desarrollo e implementación de la diálisis se crea el primer comité de ética, el comité de Seattle, con los avances de la ciencia médica surge en los 70 la Bioética y hoy en día existe formación e investigación en ética y bioética. Todo ello es una muestra de avance y progreso ético-moral. Desde las comunidades neolíticas hasta los nazis han tenido sus propios códigos morales y posterior a lo normativo, se realizan nuevas reflexiones éticas para colorear aquellas zonas grises de la moral”. (Mélích, 2013) Pues, “basta un poco de sensibilidad para que nos sintamos a veces impotentes y atemorizados” (Melich, 2014), pero este sentir se convierte en el paso previo a un acto de acogida, apertura, cuidado y atención hacia el otro. “Es en y desde la impotencia, el temor, la indefensión, la finitud y la vulnerabilidad que se comprende la necesidad de otro y del otro” (Mélích, 2013).

Un cambio en las sensibilidades es lo que ha permitido este progreso ético y moral. Respecto a esto Pinker (2012) propone: “A medida que cambian las sensibilidades, es más probable que aparezcan pensadores que pongan un práctica en entredicho y también que sus argumentos sean escuchados y posteriormente se impongan. los razonamientos quizá no solo convencen a los individuos que manejan los hilos del poder, sino que a lo mejor se filtran en las sensibilidades de la cultura, donde acaso modifiquen el consenso cambiando cada vez una mente”

(...). El cambio más amplio en las sensibilidades humanas es la relación frente al sufrimiento de otros seres vivos” (Pinker, 2012). Por lo que se ha optado por maquillar y solapar las expresiones de aquellos demonios interiores del ser humano tras nuevos nombres, nuevas formas, técnicas y mascararas. Entre eufemismos y eficacia, la violencia se ha tecnificado y solapado, porque duele más el otro, son más punibles y reprochables aquellos comportamientos violentos.

Hace unos siglos como bien lo describía Vargas Llosa (2010), era “a través de la incredulidad como se defendía el ser humano contra todo aquello que mostraba las indescriptibles crueldades a las que podía llegar azuzado por la codicia y sus malos instintos en un mundo sin ley”. Ahora, luego de los horrores de la guerra, la gloria de la literatura y la inmediatez de la comunicación, se posee un conocimiento fatigo y fatídico de los diversos modos y formas de crueldad. También se posee una empatía avivada por las sociedades cooperativas, puesto que “en la medida que el hombre se da cuenta que requiere del otro (humano, animal, ambiente) cuida al otro, por lo que su conducta cambia”(Pinker, 2012). Aunque el sentimiento empático, no es el único ángel que llevamos dentro; que nos aleja de la violencia y la crueldad, es de considerar su rol en este ámbito.

En este sentido, hablar de deshumanización como un cuidado frío, apático, indolente o negligente, es un eufemismo que tiende a deconstruir el cuidado como categoría, en otras palabras, el cuidado como componente ontológico, no solo de los profesionales de la salud, sino también del ser humano mismo, debe ser lo suficientemente categórico para rechazar, desde la teoría o la práctica, cualquier adjetivo peyorativo. De igual forma, se hace ineludible reconocer la dualidad humana egoísta-compasiva, ello es necesario, para crear mecanismos de respuesta y hacer frente ante esta realidad, el primer paso para solventar una crisis es reconocerla y reconocerse como parte de ella (Diamond, 2019), por lo que hablar de un servicio de salud deshumanizado, es enajenar el problema de la dicotomía humana. Por ello, se hace forzoso repensar el uso de los términos humanización o deshumanización en los servicios de salud.

La deconstrucción de un termino

Desde una perspectiva deconstructivista, todo concepto supone siempre una política, una relación de poder, porque cuando se deconstruye, se muestra que, desde la perspectiva histórica de ese concepto, de las múltiples interpretaciones que se tienen de una categoría dada, una de ellas se sobrepone sobre las otras (Strathern, 2010). De esta manera, cuando definimos la humanización, como la definimos es porque se dejan de lado otras perspectivas y cuestionamientos que subyacen al concepto en cuestión, por ello, lo que aquí se busca es precisamente aquello que no se muestra

tras las palabras humanizar y deshumanizar. Es hacer una relectura del “nada hay fuera del texto”(Krieger, 2004), una palabra se refiere a otra palabra, la realidad se conforma a través del lenguaje, nuestro acceso a la realidad es el lenguaje. En este caso, aunque parezca paradójico, entre las palabras humanización y deshumanización en el contexto del cuidado de la salud, no configuran la realidad como tal, parecen abarcar mucho y poco a la vez, en la medida que tienden a generalizar características humanas y a la vez ignoran algunos defectos humanos. “Son como si fueran una imagen o un cuadro, que es y no es a la vez lo que retrata”(Sztajnszrajber, 2015). Algunos conceptos se han ido construyendo como si fueran incuestionables, detrás de aquellas ideas obvias o certeras u ocultas hay algo más, por lo que humanizar la salud es algo más que trascender la cosificación del otro, para considerarlo como humano, es más, ante esta afirmación aun quedaría otro interrogante. Si el lenguaje es el acceso a la realidad, y el lenguaje es esencialmente cosificador o nominativo, ¿cómo sería posible des-cosificar una atención en salud atravesada por el lenguaje? En primer lugar

Reivindicar el papel de la dignidad: una dignificación del cuidado de la salud

La propuesta es entonces en replantear el termino de humanización y apelar al concepto de dignidad, por una atención y cuidado dignos. Sin embargo, se debe reconocer que el concepto de dignidad es por sí mismo difícil de concretar, pero ello, no debe constituir una barrera, sino por el contrario avivar la búsqueda y la profundización para clarificarlo y llevarlo a práctica del cuidado de la salud. De acuerdo con Feito (Feito Grande, 2002) uno de los problemas de la concreción del concepto de dignidad está en sus raíces etimológicas «Dignidad» proviene del latín dignitas, hace referencia a «ser merecedor de algo», ya sea bueno o malo. También, en sentido absoluto, indica excelencia, decoro, honores. “El problema de esta definición (ser merecedor de algo) es que deja la dignidad vacía de contenido, se trata de un mero elemento formal que establece la necesidad del reconocimiento de que los seres humanos tienen la posibilidad de hacerse acreedores de algo, aunque no sabemos de qué”.

Históricamente la dignidad era puesta en el contexto social como un reconocimiento que otorgaba la comunidad en atención a los méritos del individuo por ejemplo dignidad de caballero y dignidad de sacerdotes, una dignidad asociada a las circunstancias, a los actos y no al ser. Fue durante la edad media, cuando la dignidad se asocia a la esencia de ser persona y no en función de las cualidades o actos realizados. Retomando estas dos concepciones en el contexto sanitario, se podrían plantear los siguientes interrogantes ¿Cuál es la concepción de dignidad que se tiene en la practica del cuidado de la salud? Si se afirma una visión de dignidad en función de los méritos,

esto sustentaría, en gran medida, el trato inequitativo en función de los logros y el valor social de los pacientes, pero deja por fuera el desinterés por el otro, por los logros, por la cercanía ¿es posible valorar algo sin acercarse, sin mirarlo, sin relacionarse? Esta primera acepción de dignidad implica establecer por lo menos un grado de cercanía, de relación y de empatía, lo cual, no siempre se hace, tomando matices de una dignidad selectiva, a travesada por los prejuicios.

De otro lado, si se sostiene una perspectiva de dignidad como esencia de lo humano, como el valor intrínseco de cada persona, el respeto mínimo a su condición de ser humano, respeto que impide que su vida o su integridad sean sustituidos por otro valor social; un trato ecuánime y respetuoso sería el común denominador de los servicios de salud. Sin embargo, ambas perspectivas, pareciera ser dos caras de una misma moneda, de las cuales, una dignidad hace referencia al valor social y subjetivo, mientras que la otra, hace alusión al valor de la naturaleza humana, de la persona. De acuerdo con Andorno (2012), la dignidad circunstancial se le ha denominado dignidad fenomenológica, mientras que a la dignidad intrínseca dignidad ontológica, la confluencia de las dos, dignidad total. De esto, se puede inferir entonces que los seres humanos son iguales en cuanto dignidad ontológica, por ello, no puede haber discriminaciones en cuanto a lo que se es, mientras que la dignidad fenomenológica implicaría un trato diferente respecto a lo que hace.

Si traslapáramos esto al contexto sanitario, a las relaciones profesional-paciente. Se podría afirmar entonces que posibilidad de enfermar, de necesitar atención y cuidados, y la posibilidad de morir, hacen parte de la misma esencia humana, de igual forma que la dignidad. Reconocer la finitud, la necesidad de cuidado desde la ontología, es situarse desde la interdependencia y las relaciones, para ver en el otro un ser tan vulnerable y extraño como uno mismo, para establecer una relación empática desde la categoría común de la vulnerabilidad y la falta de solidez. Sin embargo, el concepto de dignidad trasciende la igualdad, es decir, no basta con la dignidad ontológica, es necesario contemplar la fenomenológica, se debe contemplar el fenómeno por el que atraviesa la existencia del otro, es decir, una atención digna contempla el valor intrínseco de lo humano como parte de un colectivo, pero también el valor individual, es decir sus necesidades.

CONCLUSIÓN

Humanizar y deshumanizar pueden ser eufemismos, redundancias o contradicciones según el contexto, pudiendo no recoger las buenas intenciones epistemológicas y fácticas que encierran, en este sentido pueden desvirtuar, confundir y devaluar la categoría del cuidado. Por ello, su asociación al término cuidado como categoría conceptual, el cual, es enormemente rico

etimológica y fenomenológicamente, podría ser mas apropiado referirse a un cuidado digno que a un cuidado humanizado. Hablar de dignificar el cuidado de la salud, implica ante todo resignificar el cuidado, es decir un cuidado relacional, compasivo, un cuidado que parte del otro, con el otro y para el otro, es acoger al otro desde la carencia y la finitud, desde la igualdad y la diferencia, en otras palabras, es un cuidado desde una perspectiva Levinasiana (Giubbani, 2011), para contemplar en el rostro del otro, el valor y el significado de lo humano (Lo bueno y lo malo, la dualidad inscrita), pero también el valor, el significado y las necesidades de un individuo, de un sujeto (sujetado a un mundo relacional), de una persona. Es celebrar la vida del otro, su existencia. Se celebra lo bello, lo grandioso, lo bueno y lo valioso, de forma análoga se cuida y se preserva lo que se valora, es necesario partir de la dignidad para cuidar, pero a su vez del cuidado para ver en el otro la dignidad. Fácilmente el mero concepto de cuidado encierra la dignidad como categoría central, pero si se quieren utilizar pleonasmos para reforzar la idea de un cuidado compasivo, cálido y relacional, el concepto de dignidad puede ser mas cercano y humilde que el verbo humanizar.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta Sanabria, R. (2010). *La educación del ser humano: un reto permanente*. Caracas: Universidad Metropolitana.
- Andorno, R. (2012) *Bioética y dignidad de la persona*. Madrid: Tecnos.
- Báez-Hernández, F. J., *et al.* (2009) El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería, *Aquichan*, 9(2). Recuperado de <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1476> (Accessed: 15 October 2020).
- Barnard, A., & Sandelowski, M. (2001) Technology and humane nursing care: (ir)reconcilable or invented difference? *Journal of Advanced Nursing*, 34(3), 367–375. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01768.x.
- Bedregal, P., *et al.* (2010) Aportes de la epigenética en la comprensión del desarrollo del ser humano. *Revista médica de Chile*, 138(3). doi: 10.4067/S0034-98872010000300018.
- Bermudez de Castro, J. M. (2002). Origen y evolución del Hombre. *Aula abierta*. Madrid; Fundación Juan March. Recuperado de <https://www.march.es/es/madrid/origen-evolucion-hombre>

- Capó, M., & Frejo Moya, M. (2010). Humanización y deshumanización de los animales. *Bienestar Animal*. Recuperado de <http://www.colvema.org/PDF/Humanizacion.pdf>
- Carbonell, E. & Hortola, P. (2013). Hominización y Humanización, Dos Conceptos Clave Para Entender Nuestra Especie. *Revista Atlántica-Mediterránea*, 15, 7-11
- Corominas, J. and Pascual, J. M. (2010). *Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico*. CE-F. 1. ed, 7. reimpr. Gredos.
- Dawkins, R. (2004). *El gen egoísta: las bases biológicas de nuestra conducta*. Barcelona: Salvat.
- Definiciona (s.f) Significado y definición de convertir, etimología de convertir’.
- Recuperado de <https://definiciona.com/convertir/>
- *Sztajnszrajber D.* (2015) Derrida. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=oZG5Lq_wnHk.
- Diamond, J. (2019) *Crisis: como reaccionan los países en momentos decisivos*. Madrid: Debate.
- Estrada, J. V. G. (2012) *Humanismo Médico*, 44.
- Feito Grande, L. (2002). Los derechos humanos y la ingeniería genética: la dignidad como clave. *Isegoría*, 0(27), 151–165. doi: 10.3989/isegoria.2002.i27.559.
- Giubbani, A. G. (2011). Emmanuel Levinas: humanismo del rostro. *Escritos*, 19(43), 337-349. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/esupb/v19n43/v19n43a04.pdf>
- Harari, Y. N. (2011). *Sapiens: De animales a dioses*. Madrid: Debate.
- Hegel, G. (1996) *Fenomenología del espíritu*. 7a edn. Translated by W. Roces and R. Guerra. España: Fondo de cultura economica.
- Heidegger, M. (2018) *Ser y tiempo*. 3a edn. Translated by J. E. Rivera. Madrid: TROTTA.
- Holliday, R. (2002) ‘Epigenetics comes of age in the twentyfirst century’, *Journal of Genetics*, 81(1), pp. 1–4. doi: 10.1007/BF02715863.
- Krieger, P. (2004) ‘La deconstrucción de Jacques Derrida (1930-2004)’, *Anales del Instituto de Investigaciones Estéticas*, 26(84), pp. 179–188.
- Instituto de Bioética Universidad Javeriana. (2017) *La Humanización de la salud: conceptos, críticas y perspectivas*. 1. ed. Bogotá, D.C: Editorial Pontificia Universidad Javeriana: Instituto de Bioética (Colección Estudios en bioética).

- Mélich, J. C. (2013) *Ética de la compasión*. Barcelona: Herder.
- Melich, J. C. (2014) *Lógica de la crueldad*. Barcelona: Herder.
- Paz, S. (2017) 'La deshumanización de la sociedad', *Razón y palabra*, 21(4), pp. 688–697.
- Pinker, S. (2012) *Los Ángeles que llevamos dentro: el declive de la violencia y sus implicaciones*. España: Espasa Libros.
- Pinker, S. (2019) *En defensa de la ilustración: por la razón, la ciencia, el humanismo y el progreso*. Translated by H. Lazcano. Barcelona: Paidós.
- Rifkin, J. (2010) *La civilización empática: La carrera hacia una conciencia global en un mundo en crisis*. Translated by G. Sanchez and V. Casanova. España: Paidós.
- Singer, P. (2017) *Vivir éticamente. Cómo el altruismo nos hace mejor personas*. España: Paidós.
- Strathern, P. (2010) *Derrida en 90 minutos*. España: Mandius (Filosofos en 90 minutos).
- Universidad Militar Nueva Granada and Ávila-Morales, J. (2017) 'La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional', *IATREIA*, 30(2), pp. 216–229. doi: 10.17533/udea.iatreia.v30n2a11.
- Vargas Llosa, M. (2010) *El sueño del celta*. 2. ed. Madrid: Alfaguara.

El sentir del cuidador familiar en una institución de tercer nivel

The feeling of the family caregiver in a third level institution

O sentimento do cuidador familiar em uma instituição de terceiro nível

José Cruz Rivas Herrera¹, María Susana González Velázquez², Cecilia Reyes Juárez³, Rey Arturo Salcedo Álvarez⁴, Belinda de la Peña León⁵

¹ Doctor en Ciencias de la Enfermería. Profesor de tiempo completo asociado C, Carrera de Enfermería, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto Nacional de Cancerología, Secretaria de Salud. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7142-8800>. Correo electrónico: joserivash@gmail.com

² Doctora en Educación. Profesora de tiempo completo titular B, Carrera de Enfermería, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Autónoma de México. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5851-4886>. Correo electrónico: susanagove@msn.com

³ Maestra en Enfermería. Profesora de tiempo completo asociado C, Carrera de Enfermería, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México. Hospital Infantil de México “Federico Gómez”. Secretaria de Salud. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5405-0332>. Correo electrónico: cecifesz@gmail.com

⁴ Doctor en Ciencias de la Enfermería. Profesor de tiempo completo titular B, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Universidad Nacional Autónoma de México. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5321-3996>. Correo electrónico: rasalced@hotmail.com

⁵ Maestra en Educación. Técnico Académico tiempo completo titular A, Carrera de Enfermería, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2579-7699>. Correo electrónico: beli7207@yahoo.es

Correspondencia: José Cruz Rivas Herrera. Av. Guelatao no. 66 Col. Ejército de Oriente, Iztapalapa C.P. 09230, Ciudad de México, CDMX.

Correo electrónico de contacto: joserivash@gmail.com

Para citar este artículo: Rivas Herrera, J.C., González Velázquez, M.S., Reyes Juárez, C., Salcedo Álvarez, R.A., & De la Peña León, B. (2021). El sentir del cuidador familiar en una institución de tercer nivel. *Cultura de los Cuidados*, 25(60). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.60.04>

Recibido:10/12/2020 Aceptado: 13/02/2021



RESUMEN

Introducción: Las instituciones son áreas en donde el Cuidador familiar permanece por tiempo indefinido, interactuando con el personal de enfermería en el proceso de cuidado. La mayoría de las veces no contempla sus necesidades y miedos. **Objetivo:** Describir el sentir del cuidador familiar en una institución de tercer nivel. **Método:** Estudio descriptivo con orientación hermenéutica de corte interpretativo-inductivo, realizado en un hospital de tercer nivel de la Cd. de México. Se realizaron nueve entrevistas semiestructuradas; seis a cuidadores familiares y tres a enfermeras, además para tener un acercamiento en tiempo real de conductas y procesos se apoyó de la observación no estructurada. **Resultados:** Se obtuvieron dos categorías con sus respectivas subcategorías. 1. La institución como desarrollador del cuidador familiar: La dinámica del cuidado formal e informal y las aportaciones en el cuidar/cuidado del cuidador familiar. 2. La necesidad de cuidado del cuidador familiar: La implicación del cuidador familiar en el sistema institucional. **Conclusiones:** A pesar de contar con una presencia activa en los hospitales realizando un abanico de actividades en el proceso de cuidado, el cuidador familiar se sigue sintiendo “invisible” para el sistema sanitario.

Palabras clave: Institución tercer nivel; cuidador familiar; cuidado; enfermera.

ABSTRACT

Introduction: Institutions are areas where the family caregiver remains indefinitely, interacting with the nursing staff in the care process. Most of the time you do not consider your needs and fears. **Objective:** To describe the feelings of the family caregiver in a third level institution. **Method:** Descriptive study with hermeneutic orientation of interpretive-inductive cut, performed in a third level hospital in Mexico City. Nine semi-structured interviews were conducted; six to family caregivers and three to nurses, in addition to having a real-time approach to behaviors and processes was supported by unstructured observation. **Results:** Two categories were obtained with their respective subcategories. 1. The institution as a family caregiver developer: The dynamics of formal and informal care and contributions in the care / care of the family caregiver. 2. The need for family caregiver care: The involvement of the family caregiver in the institutional system. **Conclusions:** Despite having an active presence in hospitals carrying out a range of activities in the care process, the family caregiver continues to feel “invisible” to the health system.

Keywords: Third level institution; family caregiver; care, nurse.

RESUMO

Introdução: Instituições são espaços onde o cuidador familiar permanece indefinidamente, interagindo com a equipe de enfermagem no processo de cuidar. Na maioria das vezes, você não

considera suas necessidades e medos. Objetivo: Descrever os sentimentos do cuidador familiar em uma instituição de terceiro nível. Método: Estudo descritivo com orientação hermenêutica de corte interpretativo-indutivo, realizado em um hospital de terceiro nível na Cidade do México. Nove entrevistas semiestruturadas foram realizadas; seis para cuidadores familiares e três para enfermeiros, além de ter uma abordagem em tempo real aos comportamentos e processos, foi apoiada pela observação não estruturada. Resultados: Duas categorias foram obtidas com suas respectivas subcategorias. 1. A instituição como promotora familiar cuidadora: A dinâmica do cuidado formal e informal e as contribuições no cuidado / cuidado do cuidador familiar. 2. A necessidade do cuidado do cuidador familiar: o envolvimento do familiar cuidador no sistema institucional. Conclusões: Apesar de ter presença ativa em hospitais realizando diversas atividades no processo de cuidar, o cuidador familiar continua se sentindo “invisível” para o sistema de saúde.

Palavras chave. Instituição de terceiro nível; cuidador familiar; cuidadora; enfermeira.

INTRODUCCIÓN

La labor del Cuidador Familiar (CF) en instituciones de salud es de una relevancia primordial, por ser la vía por la cual se proveen cuidados específicos que atienden en primera instancia las necesidades físicas y emocionales del enfermo. Su permanencia es indiscutible, no solo es el medio de apoyo continuo en lo cotidiano de aquellos cuidados invisibles como el afecto, el tacto, el confort entre otras acciones que buscan proporcionar bienestar; sino porque, juega un papel importante en la reorganización y cohesión de la familia al participar de manera directa en la toma de decisiones.

Es precisamente este personaje el actor protagónico presencial de la enfermedad, conocedor de la dimensión existencial construida sobre la cual se planea la red de cuidado que se debe brindar. Por lo cual, su acercamiento al proceso de cuidado de forma intencionada es un intento en la negociación de la formalidad de su participación en el proceso de cuidado con la enfermera.

Al día de hoy, la necesidad de incorporar al CF por su talento y compromiso en las labores de cuidado es una realidad; el cuidado implica una dualidad enfermera-paciente/enfermera-cuidador familiar. Es ella quien a partir de las necesidades del entorno busca la integración de todos los esfuerzos disponibles para la satisfacción de las necesidades básicas del paciente de forma integral.

En este sentido, la hospitalización representa una experiencia particular única que es vivida de forma diferente por el CF y el propio sujeto de cuidado, genera una sensación de incertidumbre

la adaptación del nuevo medio, en el cual; tanto la participación del personal sanitario y en especial de la enfermera como figura de cuidado mediático tendrán una labor esencial en este primer contacto de marcadas diferencias; donde el significado incierto de la enfermedad antepone la influencia social sobre lo biológico, además; las barreras y limitantes de la comunicación propias del empoderamiento institucional son frecuentes, situaciones que manifiestan la desigualdad de la relación. Por lo que a partir de este hecho; se considera importante describir cual es el sentir del CF teniendo como referente el entorno hospitalario. Al respecto la OMS a partir del 2004 identificó la comunicación como un área de riesgo y propuso medidas de seguridad para la misma (OMS, 2020).

MATERIALES Y MÉTODO

El Análisis Institucional descrita por Lapassade (2000), como alternativa teórico-metodológica posibilita el conocimiento e interpretación de la realidad a niveles micro y macrosocial del sentir del CF en una institución de cuidado, al proporcionar evidencia de los escenarios reales e imaginarios de las normas de acción impuestas y sancionables presentes en los valores institucionales. Se trata de una investigación descriptiva con una orientación hermenéutica de corte interpretativo-inductivo, que permite describir el estado emocional del CF en una institución de tercer nivel a través de la observación de momentos y conductas en tiempo real, así como de entrevistas con el sujeto de estudio; donde se exploran la realidad de los procesos y espacios de percepción del CF dentro de la institución. Se utilizó un diario de campo como instrumento auxiliar para registrar oportunamente las impresiones, cambios de conducta o diferentes situaciones susceptibles como: omisiones, y comentarios del CF en los diferentes escenarios de cuidado donde participaba con otros cuidadores y personal médico y paramédico.

Además, se apoyó con entrevistas semi estructuradas al CF para detallar en lo trascendente; las angustias, miedos y satisfacciones, así como construir las experiencias de su sentir. Se consideraron seis CF y tres enfermeras de una institución sanitaria de tercer nivel de la Cd. de México; abordándose en áreas de hospitalización; sus nombres han sido cambiados para proteger la identidad e integridad de los entrevistados. En promedio, las nueve entrevistas se hicieron en un tiempo de 2 horas cada una de forma ininterrumpida, los testimonios se almacenaron en medios magnéticos y se transcribieron inmediatamente para garantizar la credibilidad y confiabilidad de los datos. Se llegó a la saturación porque ya no se aportaba datos nuevos, reiteradamente se escuchaban ideas repetitivas.

La selección de los participantes fue de forma intencionada (Hernández et al., 2010) y solo se tomó en cuenta que al momento de la investigación su paciente estuviera hospitalizado y que tuvieran un lazo de consanguinidad. Además, se les confirmó que la información proporcionada no influiría en el proceso cuidar/cuidado que se les prestaba. Para profundizar más en este fenómeno de estudio, se entrevistó a tres enfermeras cuyo requisito fue solo que contarán con una experiencia mínima de tres años al cuidado de pacientes. No se realizaron generalizaciones a partir de los datos proporcionados, las entrevistas se consideraron de igual importancia independientemente de su servicio, turno y nivel académico.

El análisis se hizo a partir de una lectura general y luego renglón a renglón de los testimonios, se fueron identificando códigos que paulatinamente contribuyeron a establecer las categorías y subcategorías. Además, para acercarnos más a la reflexión del análisis institucional se elaboraron analizadores que permitió revelar la estructura de la institución a partir de la capacidad instituyente del personal de enfermería. Estos permitieron cuestionarla desde su dinámica organizacional (Manera, 2015) y en consecuencia se objetó las perspectivas del CF en la institución.

Para conservar el rigor metodológico (Cornejo & Salas, 2011), se mantuvieron los criterios de credibilidad, la cual se consiguió al obtener resultados verídicos y reales de los participantes quienes expresaron su experiencia personal en su propio lenguaje. La transcripción se hizo inmediatamente por el investigador principal para conservar íntegramente lo que se dijo y como se dijo. La confiabilidad se llevó a cabo al mantener la imparcialidad del investigador en la interpretación y análisis de la información y la transferibilidad, al considerar la posibilidad de que a partir de los hallazgos se construyan y fortalezcan programas dirigidos a los cuidadores familiares de instituciones de salud. Los criterios de saturación y redundancia se alcanzaron cuando el investigador obtuvo información similar o la misma; es decir, los informantes no indicaron algo diferente de lo ya expresado en las entrevistas.

Las consideraciones éticas fueron las establecidas en la Ley General de Salud en materia de investigación, el presente estudio se catalogó como investigación sin riesgo, ya que no realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos

Se preservaron los principios bioéticos al respetar la libre participación y la confidencialidad de la información obtenida; postulados de la Declaración de Helsinki y el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, que se refieren a reportar el

riesgo mínimo para los sujetos de estudio, al consentimiento informado, al anonimato y a la libertad de retirarse en cualquier momento del estudio (Secretaría de Salud, 2018).

RESULTADOS

Al finalizar el análisis de las entrevistas de los actores principales se construyeron dos categorías con sus referidas subcategorías cada uno (Cuadro 1), así como respectivos dispositivos analizadores (Cuadro 2), sustraídos de la orientación dialéctica del personal de enfermería.

Cuadro 1	
CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA
1. La institución como desarrollador del cuidador familiar.	1.1 La dinámica del cuidado formal e informal. 1.2 Las aportaciones en el cuidar/cuidado del cuidador familiar.
2. La necesidad de cuidado del cuidador familiar.	2.1 La implicación del cuidador familiar en el sistema institucional.

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 2	
ANÁLIZADORES	
NATURALES	CONSTRUIDOS
a) Reconocimiento de la labor del cuidador familiar. b) Implicaciones en el proceso de cuidar.	a) Grado de dependencia del paciente. b) Número de paciente por enfermeras. c) Nivel de capacitación del cuidador familiar.

Fuente: Elaboración propia

Las categorías que emergieron fueron las siguientes:

- **La institución como desarrollador del cuidador familiar**

Las personas que se hacen cargo de un enfermo, al igual que el que recibe el cuidado, necesitan ayuda para afrontar su rol: Pues esta actividad les puede ocasionar problemas tanto físicos como emocionales (Zavala et al., 2019).

Las siguientes narraciones refleja que los primeros acercamientos de la institución con el CF, no contempla la exploración de inquietudes, sentimientos, dudas que se tengan al respecto. La petición es directa, solamente contempla las necesidades que se tienen en la institución.

[...] “Que lleguemos siempre puntualmente a las citas, que realicemos todos los estudios, que le demos los medicamentos adecuadamente y con mucha limpieza y bien organizado, eso es lo que nos llegan a pedir los doctores y las enfermeras” [...]. CF. Julián

[...] “Que le puedo decir...llegamos con dudas y muchas preguntas sobre lo que va a pasar con mi papá, no sabemos luego que le van a hacer y pues ni sabemos dónde preguntar” [...]. CF. Pedro

En el cuidar/cuidado del CF en una institución de salud, la intercomunicación con el personal médico y de enfermería constituye la interacción de identidades cuya singularidad está basada en las relaciones de poder para asumir actitudes frente al receptor de cuidado, por lo que la variabilidad de situaciones que se presentan se deben normar como una estrategia de mejora para favorecer la calidad de atención prestada a los pacientes, como se percibe en esta categoría.

- **La dinámica del cuidado formal e informal**

La invisibilidad del CF como persona dentro del entorno hospitalario es frecuente, parecen no estar valorados y, a menudo, son utilizados como un mero ejecutor de indicaciones hospitalarias, no se les pregunta sobre si aceptan esta nueva actividad, si poseen la capacidad para hacerse responsables de su enfermo; en ocasiones se desentiende que sus cuidados parten de la informalidad y que se basan en la voluntariedad, porque tienen miedo de hacer las cosas mal y que empeore la situación (Mora & Ferre, 2013).

[...] “Cuando ya está hospitalizada nos llaman que necesitan algún medicamento o algo que no se encuentra en el hospital y que hay que ir a conseguirlo” [...]. CF. Alicia

[...] “Las enfermeras nos dicen haber ayúdeme con su paciente a subirlo, agárrelo para que no se vaya a caer... aquí le dejo el medicamento, de favor se lo da... le encargo el suero, me avisa cuando ya no tenga, no se le olvide... en ocasiones me pongo nerviosa porque no sé cómo cuidar a mi tía” [...]. CF. Julián

El CF en sus acciones cotidianas asumidas socialmente, genera un campo semántico y discursivo que le es propio y distintivo de su actividad. Configura su imagen corporativa a expensas de lo que

la enfermera requiere como requisito para dejar que el cuidado circule a sus manos, sin considerar el dónde y el cómo de la continuidad del proceso, situación que despliega el ejercicio del poder institucional orientada a una distribución operativa de tareas de mayor o menor flexibilidad, dependiendo del nivel de profundidad en que se desarrolle la interrelación con el personal de enfermería operativo (Tolosa et al., 2018).

- **Las aportaciones en el cuidar/cuidado del cuidador familiar**

El brindar afecto al paciente es una actividad incapaz de satisfacer por el sistema de salud, ya que este es respuesta de un juego de emociones entre dos seres que tienen como vínculo el amor del prójimo. Su costo simplemente es inabordable. Para todos es reconocida la contribución del CF al bienestar del enfermo, su aportación humanizadora a los cuidados prestados, incluso cuando la curación se aleja de la propia vida (Vargas, 2012).

(...) “Considero que son importantes, sin embargo, no todos cumplen esa función al 100%, ya que algunos de ellos básicamente están en calidad de acompañantes, realmente no están en calidad de cuidadores y delegan toda la responsabilidad a la enfermera; tan es así que algunas veces quieren que hagamos nosotras actividades que no son propias de enfermería; como peinar a su paciente, rascarle si tienen comezón o pasarle las sandalias para que se bañe... entonces para qué están ellos...” (...). Enf. Lucia

[...] “Tiene sus malestares como parte de la enfermedad que tiene, padece de muchos dolores... le nació un tumor en la trompa de la matriz y nos dijeron los doctores, que no la pueden operar. Ahorita nosotros le hacemos lo que podemos” [...]. CF. Julián

La vinculación del proceso salud-enfermedad aparece íntimamente ligado a la naturaleza del cuidado. En este sentido se piensa y se habla del cuidado a partir de cómo se vive y se estructura en nosotros mismos. No tenemos cuidado-somos cuidado. Es un modo de ser que nos constituye como seres humanos

- **La necesidad de cuidado del cuidador familiar**

En este sentido el atender las necesidades del CF en todos sus aspectos, significa no ver al cuidador solo como el familiar del paciente, es incluirlo en el proceso de cuidar/cuidado, puesto

que simboliza un recurso de intervención de actividades primarias de enfermería como asistencia en la higiene, deambulación, alimentación, etc (Bierhals et al., 2017).

Estos testimonios corroboran lo mencionado:

[...] “Pues mal, es estresado para uno como familiar que tiene enfermo, a veces sin cenar, a veces sin dormir. Cuando estamos con ella no dormimos nada, por estarla cuidando, ya que quiere ir al baño a cada rato” [...]. CF. Alicia

[...] “Mire... le soy sincero quisiera que nos dijeran como cuidarlo, en ocasiones me da miedo quedarme por las noches con él, tengo miedo que le pase algo y que no sepa que hacer, ya ve como esta” [...]. CF. Pedro

De la misma manera las exigencias del personal de enfermería a los cuidadores familiares son abrumadoras, la inserción a la vida hospitalaria se hace de una manera “brusca” sin contemplar sus roles habituales al entorno familiar; en más de las veces se exige más de lo que ellos pueden dar (Cardoso & Escobar, 2018).

[...] “Que es un apoyo indispensable, es un personaje que solamente a lo mejor, no lo tomamos en cuenta como una persona que tiene una preparación, pero, sin embargo; es indispensable para que nosotros como enfermeros nos sentamos un tanto apoyados y así poderle ofrecer una calidad de atención” [...]. Enf. Efraín

[...] “Si están aquí es para cuidar a su paciente, no vienen a dormir o ver TV, ellos deben de tener también la responsabilidad y obligación de estar atentos a lo que necesite su paciente, si no que no vengán” [...]. Enf. María

El proceso de cuidar debe de ser interactivo entre el que ofrece el cuidado y el que lo recibe. Se debe de tener conocimiento de quien es el cuidador, ayudarlo a crecer, demostrando sensibilidad hacia lo que hace permitiéndole que exprese sus sentimientos de pertenencia. En esta segunda categoría, se resalta la importancia de la interpretación de la necesidad de cuidado del CF; donde la institucionalidad mediara con el desarrollo instituyente sobre lo instituido.

- La implicación del cuidador familiar en el sistema institucional

La institución reconoce la presencia de grupos a través de su materialidad, su posibilidad de coexistencia al interior se determina por el reconocimiento del mismo (Gorlat et al., 2014); el grupo es siempre una institución. Sin embargo, la institución también es vivida como un obstáculo para

el trabajo grupal de los cuidadores familiares: su reglamentación sobre el funcionamiento normatiza la institucionalización de forma rígida. Se inicia entonces la verdadera reflexión sobre el funcionamiento institucional.

[...] “Yo creo que debería de existir un espacio cómodo para descanso... como tal no lo hay; tenemos que dormir en el suelo o a un costado de la cama, no se nos permite ni siquiera introducir una cobija...según ellos porque se confunde con las de aquí...pero eso sí; desde la mañana le piden a uno que ayude a cuidar a su enfermo y alguien piensa en nosotros...como nos sentimos” [...] CF. Julián

[...] “A veces me pregunto...porque luego son tan estrictos con nosotros, que no se dan cuenta del tipo de pacientes que atienden aquí, apoco es mucho pedir que luego no nos saquen” [...] CF. Alicia

El no reconocimiento, de los procesos de implicación del CF rebasa los orígenes de la institucionalidad misma. El problema aparece si la capacidad instituyente del CF es llevada a cabo como mera monitorización de la estructura instituida en el ambiente hospitalario (Cardoso et al., 2015). Este problema será uno de los temas que recorrerán al Análisis Institucional durante toda su existencia.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran que el Análisis Institucional del CF en una institución de salud, es imprescindible para comprender el sistema de contradicciones que se manifiestan en el proceso de cuidar/cuidado entre lo formal y lo informal dentro de la organización, conocer de manera efectiva de la realidad misma en el medio donde se da para lograr una interpretación acertada de la dinámica de la vida institucional (L’Abbate, 2003). En función de ello, y atendiendo además lo que es deseable para el funcionamiento efectivo de la organización, que los sujetos que a ella pertenezcan estén implicados, comprometidos, motivados con su actividad laboral; se reconoce que son más favorecedores para el desarrollo organizacional los valores resaltados por el modelo humanístico, relacionados con la concepción del trabajo como actividad cooperativa y creadora, donde el hombre es realmente sujeto de su actividad y donde este se desarrolla en un contexto participativo, que contribuye a que el trabajador no sea un ente enajenado en su organización (Lapassade, 2016).

En general en la categoría identificada como: La institución como desarrollador del cuidador familiar, se integran una serie de elementos que permiten identificar como es visto este

personaje dentro de la institución. Aunque su estancia permite de manera favorable la resocialización de los enfermos, estos todavía no son considerados como parte el cuidado formal prestado. Es imperativo que la enfermera conozca el rol de la familia dentro de su propia organización, a partir de ahí identifique los problemas existentes y características que tiene ese rol, para que pueda dirigir una intervención más efectiva (Ganga & Esandi, 2016). A partir del propio reconocimiento del CF en la institución se podrá satisfacer sus necesidades; desde físicas hasta intelectuales. En la construcción de situaciones analíticas que nos permitan tener un referente del análisis institucional en organizaciones es importante conocer la distancia institucional existente entre sus miembros.

En esta primera categoría; se determina que, considerando la importancia del CF en el sector sanitario, aún no existen intervenciones efectivas que produzcan transformaciones educativas, culturales de los derechos sociales y laborales de los cuidadores familiares (Marante et al., 2014). Para la dinámica del cuidado formal e informal se revela que las acciones que compatibilizan su responsabilidad de cuidado en los hospitales son casi nulas; aunado a la falta de reconocimientos mediante alguna forma de contrato de trabajo por los servicios prestados y seguros de dependencia, además; la escasa creación de programas de capacitación, mucho menos la asignación de recursos económicos acorde a las reales necesidades de cuidado.

Por lo que, explorar el cuidado es relevante para enfermería, este ha estado vinculado a la profesión por más de 100 años, de tal manera que en la última década se ha identificado el cuidado como el paradigma único de la enfermería, además de ser descrito de forma indiscutible como parte central de la práctica del cuidado, que se mejora sustancialmente con la aplicación del conocimiento científico (Daza de Caballero & Medina, 2006).

El analizar los elementos de las aportaciones en el cuidar/cuidado del CF no es una tarea sencilla, ya que en esté convergen una serie de factores culturales que lejos de simplificar el proceso lo complican en su manera de interpretarlo. Bajo esta perspectiva, los cuidados familiares son socialmente esenciales, para sistemas de salud colapsados por problemas económicos. Estos se conciben como cuidadores familiares “únicos”, tienen la responsabilidad principal del cuidado, con promedios de más de 20 horas de cuidado a la semana, sin remuneración, no cuentan con horario de entrada o de salida, sin conocer su tiempo de descanso que les permita “desconectarse” de su actividad, lo que los implica como responsables directos del enfermo (Ambriz et al., 2014).

La necesidad de cuidado del CF (Segunda categoría); en este contexto cada uno representa su papel. No obstante, unos, las enfermeras, son personas profesionales con un problema

relacionado con el cuidado; otros, los cuidadores son, en ese contexto, profesionales del defender y participar en el "cuidar". El ambiente hospitalario es un espacio que demanda de la presencia de CF, compromiso con la operatividad de los servicios asignados al cuidado de su enfermo; le exige a cada paso que da, el firme involucramiento con la dinámica del área (Fernández et al., 2013). Sin embargo, es la institución la obligada a fortalecer la participación de los CF a través de brindar capacitación oportuna, además de proporcionar áreas dignas para su descanso.

El proceso de cuidar debe de ser interactivo entre el CF y su ser cuidado (Rivas et al., 2016). Se debe de tener conocimiento de quien es el CF, ayudarlo a crecer, demostrando sensibilidad hacia lo que hace permitiéndole que exprese sus sentimientos de pertenencia. Dentro de las funciones que realizan los cuidadores familiares en los hospitales se encuentran principalmente actividades relacionadas al acompañamiento, apoyo en aseo, movilización y medicación (Villar et al, 2012). Si los cuidadores familiares dejaran de hacer lo que hacen, no sería posible la satisfacción de las necesidades biopsico-sociales de los enfermos.

En la subcategoría la implicación del CF en el sistema institucional; la institucionalización del CF no es una inclinación natural o una dimensión inherente a los movimientos sociales. Es más bien el resultado de decisiones políticas, que apuntalan la supervivencia y la preponderancia de un mundo de significaciones imaginarias, de un proyecto vehiculado de un movimiento social. Así, la institucionalización es un concepto fundamentalmente político en la vida de los hospitales (Salcedo et al., 2015). Lógicamente los Cuidadores Familiares deben de respetar las normas institucionales (horarios de cita, indicaciones en el cuidado del enfermo, asistencias de la comida, etc.) Desconocemos que estas rutinas impuestas sean inadecuadas o desagradables; pero el CF con tal de cumplir satisfactoriamente a las exigencias de cuidar/cuidado de su ser querido, acepta esta nueva situación de vida, reestructurando sus actividades y cambiando su cotidianidad (Davidson & Allison, 2018).

La institución externa es siempre una institución negada, y la institución interna es reducida a las relaciones interpersonales (Puentes et al., 2006). El reconocer los diferentes momentos de la institución permiten en la investigación crear otras posibilidades de abordar el fenómeno en estudio.

CONCLUSIONES

La magnitud y trascendencia de la estructura hospitalaria no es un factor para que el cuidador familiar se sienta "bien"; estos lugares son catalogados como "fríos-insensibles"; por lo

que es necesario un cambio de actitud de los profesionales hacia los cuidadores familiares, esta doble visión de un mismo hecho genera expectativas diferentes en ambos actores, difíciles de satisfacer, lo que provoca distanciamiento y pérdida de confianza mutua. Además; la presencia del CF es un mediador entre la relación de los sectores formal-informal de cuidados al hacer su mayor esfuerzo por adaptarse a la estructura sanitaria.

Es por eso que la institución debería de dar una muestra del reconocimiento de su labor sanitaria al normar su presencia valorando aquellas intervenciones de cuidado que los cuidadores familiares realizan hacia su ser de cuidado.

Financiamiento

No se recibió patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

BIBLIOGRAFÍA

- Ambriz, M. C., Villalobos, L. M., Gallegos, R. M., Xequé, A. S., Hernández, M. A., Palomé, G. (2014). Perfil del cuidador principal y su relación con el cuidado de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 22(3), 123-129.
- Bierhals, C. C., Santos, N. O., Fengler, F. L., Raubustt, K. D., Forbes, D. A., Paskulin L. (2017). Needs of family caregivers in home care for older adults. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25:e2870. doi:: [https://doi.org/ 10.1590/1518-8345.1511.2870](https://doi.org/10.1590/1518-8345.1511.2870)
- Canga, A., Esandi, N. (2016). La familia como objeto de cuidado: hacia un enfoque integrador en la atención de enfermería. *Anales del Sistema de Navarra*, 39(2), 319-322.
- Cardozo, Y., Escobar, C. (2018). La interacción en el ámbito hospitalario según el cuidador familiar de pacientes con enfermedad crónica. *Investigación en Enfermería. Imagen y Desarrollo*, 20(1),1-11. doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie20-1.iahc>
- Cardozo, Y., Escobar, C. L., Cuartas, P. A., (2015). Interacción del personal de enfermería con el cuidador familiar en el ámbito hospitalario. *Investigaciones Andina*, 17(30), 1224-1237. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239035878007>.

- Cornejo, M., Salas, N. (2011). Rigor y Calidad Metodológicos: Un Reto a la Investigación Social Cualitativa. Psicoperspectivas. *Individuo y Sociedad*, 10(2), 12-34. doi: <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol10-Issue2-fulltext-144>
- Davidson, P. M., Allison, M. (2018). Family caregivers: Important but often poorly understood. *Journal of Clinical Nursing*, 27(23-24); 4242-4244. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.14654>
- Daza de Caballero, R., Medina, L. S. (2006). Significado del cuidado de enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel en Santafé de Bogotá, Colombia. *Cultura de los cuidados*, 10(19), 55-62. doi: <https://doi.org/10.14198/cuid.2006.19.08>
- Fernández, I., Silvano, A., Pino, M. (2013). Percepción del cuidado por parte del cuidador familiar. *Index de Enfermería*, 22(1-2), 12-15. doi: <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100003>
- Gorlat, B., García, M. P., Peinado, P., Campos, C., Mejías, Y., Cruz, F. (2014). Efectividad de un plan de apoyo a cuidadores en dos hospitales públicos de Granada (España). *Aquichan*, 14(4), 523-536. doi: <https://doi.org/10.5294/aqui.2014.14.4.7>
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, L. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: McGrawHill.
- L'Abbate, S. (2003). A análise institucional e a saúde coletiva. *Ciência y Saúde Coletiva*, 8(1), 265-274. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100019>
- Lapassade, G. (2000). *Socioanálisis y potencial humano*. Barcelona: Gedisa.
- Lapassade, G. (2016). *Grupos, organizaciones e instituciones: La transformación de la burocracia*. Barcelona: Gedisa.
- Manera, R. (2015). El analizador y el sentido del análisis. Génesis teórica del concepto. Área 3. *Cuadernos de temas grupales e institucionales*, (19), 1-18.
- Marante, E., Casanova, M. C., Núñez, E., Pozo, L. M., Trasancos, M., Ochoa, M. R. (2014). Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente. *Archivo Médico de Camaguey*, 18(3), 284-296. Mora, G., Ferré, C. (2013). La invisibilidad del cuidador familiar en el hospital. *Ética de los Cuidados*, 6(11), 1-4.
- OMS. (2020). *Seguridad del paciente*. Recuperado de <https://www.who.int/patientsafety/es/>.
- Puentes, E., Gómez, O., Garrido, F. (2006). Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 19(6), 394-402. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7960>

- Rivas, J. C., Salcedo, R. A., Bustamante, S. (2016). Institucionalización del cuidador familiar en un instituto oncológico. *Revista Conamed*, 21(2), 62-69.
- Salcedo, R. A., Rivas, J. C., González, B. C., Bustamante, S. (2015). El análisis institucional de la atención a la salud diferenciada de los adultos mayores. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 23(3), 177-86
- Secretaría de Salud. (2018). Ley General de Salud. Diario Oficial. México.
- Tolosa, D., Leguizamón, J., Dávila, F. (2018). Calidad de la comunicación con el cuidador del paciente pediátrico. *Journal of Healthcare Quality Research*, 33(5), 264-269. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.07.002>
- Vargas, L. M. (2012). Aporte de enfermería a la calidad de vida del cuidador familiar del paciente con Alzheimer. *Aquichan*, 12(1), 2027-5374. doi: <https://doi.org/10.5294/aqui.2012.12.1.6>
- Villar, R., Pancorbo, P. L., Jiménez M. C., Cruz, Lendínez, A., García, P. (2012). Qué hace el cuidador familiar en el hospital: Cómo se ve a sí mismo y cómo lo ven los profesionales. *Gerokomos*, 23(1), 7-14. doi: <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2012000100002>
- Zavala, I. C., Olea, C. V., Sillas, D. E., Ruíz, S., Robles, M. (2019). Sobrecarga en cuidadores principales de personas con enfermedades crónicas no transmisibles en servicios ambulatorios en hospitales de segundo nivel de Tepic, Nayarit, del 2017 al 2018. *Revista Mexicana de Enfermería*, 7(2), 47-51

La ética de la virtud para lograr la excelencia en el cuidado enfermero

The ethics of virtue to achieve excellence in nursing care

A ética da virtude para alcançar a excelência no cuidado de enfermagem

Laura García Garcés¹, Ángel Gerónimo Llopis²

¹Doctora en Bioética por la Universidad Católica “San Vicente Mártir” de Valencia. Profesora del Departamento de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Cardenal Herrera-CEU, CEU Universities, Valencia, España. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4103-3960> Correo electrónico: lauragarciagarcesphd@gmail.com

²Doctor en Ciencias Sociales y Humanas por la Universidad Católica “San Vicente Mártir” de Valencia. Profesor de secundaria en el Colegio La Purísima-Franciscanas, Valencia, España. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7097-4335>. Correo electrónico: angelgeronimollopis@gmail.com

Correspondencia: Laura García Garcés. Universidad CEU Cardenal Herrera. C/ Ramón y Cajal s/n, 46115 Alfara del Patriarca, Valencia, España.

Correo electrónico de contacto: lauragarciagarcesphd@gmail.com

Para citar este artículo: García-Garcés, L., Gerónimo-Llopis, A. (2021) La ética de la virtud para lograr la excelencia en el cuidado enfermero. *Cultura de los Cuidados*, 25(60). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.60.05>

Recibido:18/12/2020 Aceptado: 05/03/2021

RESUMEN

Las enfermeras se enfrentan diariamente a desafíos éticos y a dilemas morales. Su labor se encuentra identificada con los más altos valores morales y sociales: la vida humana, la dignidad de la persona y la libertad, lo que convierte a la enfermería en una auténtica práctica moral. Esta condición exige que sus profesionales deban desarrollar tanto la competencia técnica, como la capacidad moral, inspirada en la dimensión solidaria que aparece ante la vulnerabilidad del ser humano y que obliga al profesional a perseguir la excelencia moral a través de la instrucción en el conocimiento de las leyes y los principios morales, y a adquirir y poner en práctica las virtudes que permitan alcanzar el bien interno de la profesión. El objetivo de este estudio es identificar y describir las virtudes que las enfermeras deben adquirir para desarrollar su labor de forma excelente. Así pues, la enfermera que adquiera las virtudes de humildad, prudencia, confianza, fidelidad, diligencia, veracidad, discreción, empatía, sensibilidad, respeto, compasión, altruismo y responsabilidad será capaz de lograr la excelencia en el cuidado.

Palabras clave: Virtudes; principios morales; ética en enfermería; enfermeras y enfermeros; atención de enfermería.

ABSTRACT

On a daily basis, nurses face ethical challenges and moral dilemmas. Their work is identified with the highest moral and social values: human life, the dignity of the person and freedom. All this makes nursing an authentic moral practice. This condition requires that its professionals must develop both technical competence and moral capacity, inspired by the solidarity dimension that appears in the face of human vulnerability. Circumstance that obliges the professional to pursue moral excellence through instruction in the knowledge of laws and moral principles, and to acquire and put into practice the virtues that allow achieving the internal good of the profession. The objective of this study is to identify and describe the virtues that nurses must acquire to carry out their work in an excellent way. Thus, the nurse who acquires the virtues of humility, prudence, trust, fidelity, diligence, truthfulness, discretion, empathy, sensitivity, respect, compassion, altruism and responsibility will be able to achieve excellence in care.

Key words: Virtues; morals; ethics nursing; nurse; nursing care.

RESUMO

Os enfermeiros enfrentam desafios éticos e dilemas morais diários. Sua obra se identifica com os mais elevados valores morais e sociais: a vida humana, a dignidade da pessoa e a liberdade, o que faz da enfermagem uma autêntica prática moral. Esta condição exige que os seus profissionais desenvolvam simultaneamente a competência técnica e a capacidade moral, inspiradas na dimensão solidária que surge perante a vulnerabilidade humana e que obriga o profissional a perseguir a excelência moral através da formação no conhecimento da leis e princípios morais, e adquirir e colocar em prática as virtudes que nos permitem alcançar o bem interno da profissão. O objetivo deste estudo é identificar e descrever as virtudes que o enfermeiro deve adquirir para desenvolver seu trabalho de forma excelente. Assim, o enfermeiro que adquire as virtudes de humildade, prudência, confiança, fidelidade, diligência, veracidade, discricção, empatia, sensibilidade, respeito, compaixão, altruísmo e responsabilidade poderá alcançar a excelência no cuidado.

Palavras-chave: Virtudes; princípios morais; ética de enfermagem; enfermeiras e enfermeiros; cuidados de enfermagem.

INTRODUCCIÓN

Las enfermeras se enfrentan diariamente a desafíos éticos en la consecución de su trabajo. Los dilemas morales que les sobrevienen con mayor frecuencia en la práctica asistencial son aquellos relacionados con la protección de los derechos de los pacientes, la autonomía y el consentimiento informado, la dotación de personal, la planificación anticipada de la asistencia y la toma de decisiones subrogada (Ulrich et al., 2010). Si se observa de forma específica la asistencia sanitaria que se presta al final de la vida, los profesionales de enfermería experimentan angustia moral principalmente con cuatro cuestiones: la toma de decisiones en el proceso de morir, la comunicación de información, los tratamientos fútiles y la obstinación terapéutica, la hidratación y la alimentación artificial (Calvo Rodríguez & Berdial Cabal, 2015).

La labor de la enfermera se encuentra identificada con los más altos valores morales y sociales: la vida humana, la dignidad de la persona y la libertad, lo que convierte a la enfermería en una auténtica práctica moral (León Correa, 2014). Esta condición exige que sus profesionales desarrollen tanto la competencia técnica, basada en los conocimientos teóricos y habilidades prácticas; como la capacidad moral, inspirada en la dimensión solidaria que aparece como respuesta a la condición vulnerable del ser humano. Este hecho obliga al profesional a perseguir la excelencia moral a través de la instrucción en el conocimiento de las leyes y los principios morales, y la adquisición y puesta en práctica de las virtudes que permitan alcanzar el bien interno de la profesión (Feito Grande, 2014; Vielva, 2002).

DESARROLLO DEL TEMA

La ética enfermera

El bien interno que define a la profesión de enfermería es el buen cuidado, que a su vez pretende alcanzar un bien mayor, la salud de la persona entendida en su sentido más amplio: como búsqueda del mayor grado de integridad posible para desarrollar el proyecto vital, como prevención de la enfermedad o del daño, como eliminación o reducción de secuelas, como el alivio del sufrimiento, y como el acompañamiento en el proceso de morir (Feito Grande, 2014). El acto del cuidado existe siempre en el seno de una relación interpersonal y pone en juego aspectos tan importantes como la integridad, la intimidad, los valores y creencias de la persona... Esta situación demanda a los profesionales enfermeros realizar esta labor en conciencia, libertad y responsabilidad, de manera reflexiva, deliberada y autónoma, orientándola hacia el bien de la persona cuidada, reconociendo que ese bien que se desea alcanzar está marcado por los valores y principios de cada individuo (Feito Grande, 2009; Molina Restrepo, 2002).

Las asociaciones de enfermeras (el Consejo Internacional de Enfermeras, la American Nurses Association, el Consejo General de Enfermería de España...) han elaborado códigos éticos

de ideales de conducta profesional que regulan el comportamiento de los profesionales de enfermería. Sin embargo, estos códigos deontológicos son siempre insuficientes porque no abarcan la totalidad de la ética profesional, sino que se limitan a establecer un nivel de corrección, se sitúan en el marco del deber y recogen obligaciones de mínimos. Esta situación exige que los códigos deontológicos sean completados con códigos éticos que determinen el bien interno de la profesión y el modo de su realización excelente (Feito Grande, 2009).

En el ámbito biomédico, la tendencia histórica ha sido la de reflexionar en términos generales, poniendo en el centro de interés una ética de la justicia basada en los principios y las normas universales. La formulación más famosa de este modelo ético fue descrita en 1979 por Beauchamp y Childress, quienes identificaron cuatro principios universales, hoy reconocidos como los principios de la bioética: respeto a la autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. Este modelo puede resultar un instrumento eficaz para estructurar el pensamiento de las enfermeras y resolver conflictos morales en la práctica asistencial, pero encuentra limitaciones importantes porque la ética de la justicia omite elementos esenciales de la moralidad como el cuidado y los sentimientos. Además, considera al ser humano de forma aislada y abstracta sin contemplar su singularidad, sus relaciones y el contexto espaciotemporal en el que se encuentra; lo que la convierte en una teoría fría, impersonal y cruel, que no atiende ni a la realidad de la persona, ni a la de la disciplina enfermera (Edwards, 2009; Feito Grande, 2009; Ferrer & Álvarez, 2003; Vielva, 2002).

En contraposición a la ética de la justicia, brota con una impronta feminista la ética del cuidado. Ésta es una ética de la responsabilidad, la relación, la implicación y la comunicación. Se asienta en el reconocimiento de la vulnerabilidad del otro, la sensibilidad ante las realidades ajenas que comprometen moralmente y obligan a mostrarse disponible, solidario, solícito y responsable ante la fragilidad humana (Feito Grande, 2005; Gastmans, 2009). Este modelo surgió a partir de los estudios que Gilligan realizó en torno a la teoría del desarrollo moral de L. Kohlberg, sospechando que éste había incurrido en un grave error al reducir sus investigaciones al estudio de los niños excluyendo a las niñas. Gilligan, en su obra *In a Different Voice* (1982), confirmó su hipótesis de que las mujeres no son menos maduras a nivel moral que los hombres, sino que su desarrollo moral es diferente al del sexo masculino. Los hombres tienden a formular juicios a partir de una ética de derechos, basándose en principios universales e imparciales, válidos para cualquier situación. No obstante, para las mujeres tiene un gran valor el contexto, la singularidad de las personas y las relaciones, por lo que tienden hacia una ética del cuidado basada en la responsabilidad que se tiene con respecto a las necesidades de las personas con las que se establece una relación (Edwards, 2009; Feito Grande, 2009; Ferrer & Álvarez, 2003; Vielva, 2002).

La ética del cuidado ha tenido una gran repercusión para la disciplina enfermera. Así, el componente esencial a partir del cual establecer una ética enfermera es el cuidado. Esta ética ha rescatado elementos importantísimos para la vida moral: la solidaridad, la sensibilidad ante el sufrimiento ajeno, la compasión, la responsabilidad ante las necesidades del otro, el afecto y las emociones, la singularidad, la importancia moral de las relaciones... Todos ellos, elementos olvidados en los modelos tradicionales que tienen gran relevancia para el quehacer enfermero. Esta disciplina centra su atención en el cuidado del ser humano, a quien reconoce en su totalidad y singularidad, y con quien entabla una relación terapéutica a partir de la cual poder alcanzar un objetivo común: la salud de la persona, el acompañamiento en el sufrimiento o la muerte en paz. Aun con todo, este modelo resulta insuficiente para conformar una ética enfermera por las siguientes razones: en primer lugar, porque la vida moral no se agota en el cuidar; en segundo lugar, porque con la ética del cuidado las personas lejanas a nosotros quedan excluidas de las obligaciones morales, limitándolas a aquellas con las que hay o se puede establecer un vínculo; y por último, porque al rechazar los principios universales de la moralidad se presta a la arbitrariedad (Edwards, 2009; Feito Grande, 2009; Ferrer & Álvarez, 2003; Vielva, 2002).

En la década de los setenta, el feminismo planteó un enfrentamiento entre la ética del cuidado y la ética de la justicia, afirmando que eran dos modelos totalmente incompatibles. Sin embargo, la misma Gilligan, tras establecer que el desarrollo moral de hombres y mujeres seguía patrones distintos e identificar dos tipos de reflexión moral, concluyó que estos modelos no están estrictamente determinados por el sexo sino que pertenecen a hombres y a mujeres por igual (Beauchamp & Childress, 1999). Consideró que para lograr la madurez moral era necesario que cada persona (hombre y mujer) encontrara el equilibrio entre ambos modelos porque ninguno era suficiente en sí mismo. Lo mismo ocurre con la ética enfermera, si aspira a ser una teoría ética completa deberá articular estos dos modelos. Pellegrino y Thomasma afirmaban al respecto que “una valoración cabal del hecho moral exige que se tomen en cuenta sus cuatro elementos esenciales: el sujeto, el acto, las circunstancias y las consecuencias” (Pellegrino, 1995). Así pues, “es preciso establecer un balance entre la ética basada en las normas y la ética basada en la virtud, para el bien de ambas orientaciones” (Pellegrino & Thomasma, 1993).

Lidia Feito (2009) coincide con esta visión, declarando que una ética a la altura de nuestro tiempo no puede renunciar ni al cuidado, ni a la justicia. “El olvido del cuidado y el enfoque más contextual y racional lleva a una ética impersonal y fría, que acogida a sus principios, no atiende a la realidad de la vida. El olvido de la justicia y su énfasis en la imparcialidad y en los derechos, lleva a una ética débil y arbitraria, poco útil para las decisiones más allá del nivel estrictamente individual”.

La ética de la virtud resurgió a finales de la segunda mitad del siglo XX poniendo su foco no en la determinación de lo correcto sino en el agente que realiza la acción y la elección (Beauchamp & Childress, 1999; Chavarría Olarte & Scalzo, 2020; Juárez, 2020). Siguiendo la tradición platónica y aristotélica, la ética de la virtud pone de manifiesto la importancia de lograr un carácter virtuoso, definiendo virtud como la excelencia que lleva al hombre al pleno desarrollo de sus capacidades y a obrar el bien. Pellegrino y Thomasma reconocen que la ética de la virtud no es suficiente para abordar integralmente los dilemas que acontecen en la práctica clínica. Tampoco lo será una ética de principios, que no podrá prescindir de la ética de la virtud porque el carácter de la persona está en el corazón de la elección y de la acción moral. En consecuencia, será necesario alcanzar el equilibrio entre una ética basada en las reglas o principios y la ética de la virtud (Juárez, 2020).

En definitiva, los profesionales de enfermería no deben contentarse con realizar su labor de una forma éticamente correcta, sino que deben aspirar a la excelencia moral. En el ámbito clínico, podría decirse que la enfermera que busca la excelencia, es aquella que desarrolla sus capacidades, buscando el máximo bien de la persona que cuida y obteniendo la máxima satisfacción profesional (Ayerbe García-Monzón, et al., 2015). Para lograrlo es necesario un modelo ético que respete a la persona, considerándola siempre un fin en sí mismo; su dignidad y los derechos naturales inherentes a ella; que respete su vida, reconociendo su valor fundamental y absoluto. A su vez, debe ser un modelo ético que considere la virtud sin excluir los principios, actuando conforme a las obligaciones éticas que estos generan, instaurando un equilibrio interno entre ellos; que defina el bien interno de la profesión (el buen cuidado); y determine el modo de su realización excelente (Feito Grande, 2009; López Barahona & Abellán, 2009; Pastor García, 1997).

La ética del cuidar es una propuesta que contiene tanto las características que debe tener el buen cuidado, como las virtudes que debe adquirir el profesional de enfermería para lograrlo (Feito Grande, 2009; Polaino Lorente, 1997; Vielva, 2002).

Características del buen cuidado

El buen cuidado dispensado por los profesionales de enfermería debe cumplir con las siguientes características:

En primer lugar, no hacer daño y proteger del daño (Vielva, 2002). Esta primera condición, no hacer daño, coincide con el principio bioético de la no maleficencia. Implica no perjudicar al paciente, no intervenir sobre él de manera que pueda quedar perjudicado. Este principio obliga a abstenerse de hacer prácticas que puedan dañar a la persona, ya sea por la incompetencia personal

o profesional, como por la incertidumbre de la situación. La segunda condición consiste en proteger al paciente del daño que otros profesionales puedan ocasionar al intervenir sobre el mismo. Se trata de ejercer el principio de la no maleficencia de forma colectiva.

En segundo lugar, hacer el mayor bien posible (Vielva, 2002). El buen cuidado está comprometido con el bien de las personas que son cuidadas, esto es, con lograr su beneficio. Exigencias que corresponden al principio bioético de la beneficencia y que incluyen: evitar que a la persona le ocurran daños, eliminar los que esté sufriendo y promover su bien. Las implicaciones que este principio tiene para el profesional son los siguientes: pretender y procurar siempre el bien del enfermo, adquirir los conocimientos científico-técnicos y humanístico-sociales necesarios para ofrecer el buen cuidado, entre los que se destacan las habilidades en la comunicación, y, por último, realizar las actividades del cuidado con eficacia, atención y esmero.

En tercer lugar, respetar a la persona tal y como es. El cuidado debe respetar a las personas. La profesión de enfermería busca siempre el bien de la persona cuidada, pero ha de hacerlo teniendo en cuenta el modelo de salud que cada uno identifica como propio (Feito Grande, 2000, 2009). Esta exigencia supera el principio bioético de autonomía porque no se trata únicamente del respeto a las decisiones del paciente, ni se limita a dispensarle una ayuda adecuada y marcada por sus preferencias y valores, sino que va más allá. Este requerimiento consiste en respetar a la persona en su autonomía, su intimidad y en su soledad (Vielva, 2002). Existen dos tipos de soledad. La soledad obligada de quien se siente olvidado, y la soledad buscada, condición necesaria para que la persona pueda conocerse a sí misma y cultivar su interioridad (Torralla Roselló, 1998). El buen cuidado es aquel que rompe el aislamiento de la persona que se siente abandonada, pero a su vez, respeta su necesidad de soledad (Vielva, 2002).

En cuarto y último lugar, desarrollarse en el marco de la justicia. Como ya se ha comentado con anterioridad, el buen cuidado es aquel que se desarrolla en el marco de la justicia. Es el arte de combinar cuidado y justicia, logrando alcanzar el “*cuidado justo*” (Feito Grande, 2009). Por un lado, se debe atender a las necesidades particulares de cada persona, contemplándola en su singularidad. Pero, por otro lado, no se puede olvidar que la relación terapéutica se desarrolla en un contexto social y con unos recursos limitados (Vielva, 2002). En las relaciones terapéuticas se ha de tener en cuenta la justicia conmutativa, que implica dispensar a cada persona los cuidados debidos, a los que tiene derecho; pero también se debe tener en cuenta la justicia distributiva, ya que los recursos son siempre limitados y ha de hacerse un uso racional, responsable y eficiente, que garantice una asistencia adecuada a las necesidades del paciente evitando el derroche (Ferrer & Álvarez, 2003; Vielva, 2002).

La ética de las virtudes desde el cuidado

En este punto es necesario que nos hagamos una pregunta: ¿qué son las virtudes? La virtud, tal y como dijo Aristóteles, es un modo de ser (Aristóteles, 2014) y, por tanto, surge del interior de la persona (Orón, 2016). Así pues, las virtudes humanas son hábitos operativos buenos que se adquieren por la repetición de los actos y que otorgan a la persona la capacidad de obrar en ese sentido (Corominas y Alcázar, 2014). De este modo, las virtudes se pueden cultivar, educar. El término *hábito* corresponde a una actitud permanente que afecta a la persona, en todas sus dimensiones, no se refiere simplemente a una rutina o a una costumbre. Con la palabra *operativo* nos referimos a un acto que se realiza, que se lleva a término, que alcanza su fin, su objetivo. Por último, el término *bueno* designa que el acto que realiza la persona es bueno en sí mismo, tanto por su intención como por su fin (Corominas, 1993). Codina define las virtudes como “los buenos hábitos adquiridos que nos llevan a actuar bien de manera natural, sin que mis acciones supongan una continua lucha entre lo que debo y lo que quiero” (Codina, 2015). La virtud se debe adquirir de forma libre, de lo contrario, no se puede considerar virtud.

Un profesional de la enfermería educado en virtudes será capaz de atender de forma integral a la persona, puesto que el cuidado es lo propio de la labor de enfermería, y su realización la convierte en una práctica moral (Feito Grande, 2009). Por tanto, una forma de estudiar la ética del cuidar es mostrar cuáles son las virtudes o cualidades del carácter que debe tener la enfermera para que su labor pueda ser considerada excelente.

De hecho, estudios como el de Rusell (2014), Buyx, Maxwell y Schöne-Seifer (2008), Coulehan (2005), o Pellegrino (2002) defienden con firmeza la idea de que la ética del cuidado basada en la virtud debe ser el marco filosófico en el que se deben basar las enseñanzas universitarias de enfermería. No obstante, el objetivo de la educación y formación en enfermería es inculcar un profundo compromiso con los valores de la práctica enfermera. Por tanto, cuando los profesionales viven virtuosamente, actúan bien, independientemente del contexto laboral en el que se encuentren (Russell, 2014). Las virtudes de una persona se hacen evidentes por medio de su comportamiento, sin embargo, los rasgos del carácter muestran una manera de ser, no sólo una manera de actuar. Por consiguiente, de la forma de ser de una persona proviene su forma de actuar en el ejercicio de su profesión y también en su vida personal, que evoluciona a lo largo del tiempo (Davis, 1999) y que, por tanto, se puede educar. Así pues, la ética de las virtudes desde el cuidado recoge aquellas virtudes que debe integrar el profesional de enfermería para desarrollar su labor de forma excelente. Carlos Díaz (2004) afirma que “quien posee una virtud, las posee todas y quien ofende a una, a todas ofende” porque no existen las virtudes en plural sino que la virtud es el ser humano entero, es la “plenificación de la bondad potencial que hay en cada persona” (Díaz, 2004). La

enfermera que ponga en práctica las virtudes, las cultive, irá perfeccionándose en todas las dimensiones de su persona, permitiéndole alcanzar la excelencia del carácter (Chavarría Olarte & Scalzo, 2020), la excelencia en el cuidado; las virtudes serán garantía de que el bien del paciente será realmente respetado (Francisco, 2016).

A continuación, comienza el recorrido por las distintas virtudes en las que se debe educar el profesional de enfermería. Los autores no pretenden abordarlas todas, ni seguir un orden particular de exposición, ya que como se ha mencionado anteriormente, las virtudes son eslabones de una misma cadena, no pueden coleccionarse, el hombre entero es el que ha de ser virtuoso. “Una virtud en la otra, todas en todas y todas en cada una, cada una totalmente entera en el sujeto” (Díaz, 2004). En esta parte se exploran las virtudes más características de la buena práctica enfermera, identificadas por los autores que han investigado sobre esta cuestión (Isaacs, 2015; Ferrer & Álvarez, 2003; Vielva, 2002; Díaz Cortés, 2011; Romero de San Pío, 2013; Torralba Roselló, 2000; Feito Grande, 2009; Falcó Pegueroles, 2005). Las principales virtudes relacionadas con la disciplina enfermera son: humildad, prudencia, confianza, fidelidad, ~~lealtad~~, diligencia, veracidad, discreción, sensibilidad, respeto, empatía, compasión, empatía, altruismo y responsabilidad.

Las virtudes necesarias en enfermería para lograr la excelencia en el cuidado

La prudencia, una de las cuatro virtudes cardinales, virtud del discernimiento y la deliberación moral, que predispone a la razón para encontrar el fin bueno de un acto (Juárez, 2020). La persona prudente, en su trabajo y en sus relaciones personales, recoge una información que enjuicia en consonancia con criterios verdaderos y rectos, valora las consecuencias favorables y desfavorables para él y para los demás a la hora de tomar una decisión, y luego actúa o deja actuar según lo decidido previamente (Isaacs, 2015). En el ámbito de la enfermería, haber desarrollado esta virtud permite valorar todas las consecuencias previsibles antes de actuar, no iniciar tratamientos innecesarios, esmerarse en alcanzar el *telos* de la acción, esto es, asegurar que en el acto enfermero, siempre prevalece el bien integral del paciente (Ferrer & Álvarez, 2003; Romero de San Pío, 2013; Torralba Roselló, 2000). Contreras (2013) asegura que, junto con el aspecto productivo, el acto enfermero infiere una dimensión prudencial puesto que las decisiones técnicas se apoyan en presupuestos morales que no pueden permanecer ajenos a la actividad del cuidado, precisamente porque se trata del cuidado de personas.

La humildad. Humildad para reconocer que no todo se puede lograr a un costo humano razonable y que uno se puede equivocar. Parece claro que, para ser humilde, es necesario ser realista, conocerse a sí mismo tal y como uno es. Solamente así podremos aprovechar todo lo que somos y poseemos para obrar con excelencia (Isaacs, 2015). Dentro de esta virtud se incluye la humildad

intelectual, necesaria para reconocer los límites en el conocimiento y admitir que hay cosas que se ignoran (Ferrer & Álvarez, 2003; Vielva, 2002).

Lo contrario a la humildad sería la autosuficiencia, que no es otra cosa que el resultado de creer en las propias capacidades irrazonablemente. Por tanto, la autosuficiencia aparece como deseo de desvincularse de cualquier tipo de ayuda para no tener que aceptar que uno mismo es insuficiente (Isaacs, 2015). El humilde es aquel que conoce sus propias limitaciones y debilidades y actúa de acuerdo con ese conocimiento que posee. El profesional de enfermería “ante las situaciones diarias a las que se enfrenta, necesita manejar su propia incertidumbre con curiosidad y humildad, sin precipitarse a hacer conclusiones” (Díaz Cortés, 2011).

A continuación, se encuentran las virtudes de la confianza y la fidelidad, cualidades necesarias para construir la relación terapéutica. El profesional de enfermería llega a ser merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y honestidad a la hora de transmitir la información, enseñar, realizar los procedimientos propios de su labor profesional y ofrecer toda la ayuda necesaria a las personas. Por otro lado, la fidelidad supone el reconocimiento de la relación enfermera/paciente, desde una posición de servicio, donde la enfermera reconoce el vínculo que ha adquirido con el paciente que le lanza al compromiso de cuidar de forma integral a la persona, de asumir y preocuparse por sus intereses (Vielva, 2002), de cumplir aquello que se promete y no transgredir las confidencias de los pacientes (Gallegos & Pecina, 2011).

Así pues, el paciente necesita ponerse en manos de una persona en la que poder confiar, para lo cual, el profesional de enfermería nunca engañará ni abandonará al paciente, sino que dará pruebas de su confiabilidad a través de las palabras, gestos y acciones (Ferrer & Álvarez, 2003; Romero de San Pío, 2013; Torralba Roselló, 2000; Vielva, 2002). La diligencia es una virtud que se entiende como el esmero para que ningún daño se produzca o ningún bien deje de ejecutarse por motivos imputables al cuidador (Vielva, 2002). Resulta interesante acudir a la raíz etimológica de las palabras. En este caso, la virtud de la diligencia, se relaciona con tres raíces latinas: *diligentiam*, que significa cuidado, esfuerzo y eficacia en la ejecución de una cosa. *Dilectum*, cuyo significado es querido, amado con dilección. Y por último, *diligentem*, esto es, cuidadoso, exacto y activo, además de pronto, rápido y presto. “En pocas palabras, la diligencia se relaciona directamente con el amor... Su aprendizaje y su vivencia implica que al ser humano se le enseña a hacer las cosas con amor, con cariño, con atención y prontitud” (Guerra Zagarzazu & Bracho de López, 2008).

La veracidad es un hábito de una persona por el cual se considera que ha adquirido la facilidad de ser veraz, es decir, de ser sincera. El que ha desarrollado esta virtud es capaz de decir la verdad cómo y cuándo conviene, con justeza (Aranguren, 2014). Por tanto, podemos afirmar

que la virtud de la veracidad es la condición por la que se habla o actúa conforme a la verdad y la realidad de las cosas. En el ámbito enfermero, la comunicación entre los profesionales de enfermería y los pacientes debe basarse siempre en la veracidad y la honestidad, condiciones necesarias para generar confianza y fiabilidad en la relación terapéutica (Antón Almenara, 1995; Torralba Roselló, 2000). En conclusión, la virtud de la veracidad rige la actuación de la enfermera, por lo que queda ligado el ejercicio responsable de su profesión, llevándole a decir la verdad, aunque ésta le coloque ante una situación complicada (Vega Mendoza, Labrada Labrada & Machado Núñez, 2019).

La confidencialidad y la discreción están basadas en la dignidad que posee todo ser humano. Está encaminada a proteger la vida de la persona, respeta su libertad individual y promueve la idea de igualdad (Longhy & Karpe, 2004). Por tanto, entendemos estas virtudes como el respeto a la privacidad y a la intimidad del paciente que debe ser preservada. Así también, protegen al enfermo de su exhibición (Romero de San Pío, 2013; Torralba Roselló, 2000). Aquella enfermera confidente tiene la capacidad de escucha y discreción, tiene tacto, sabe estar a tiempo cuando se le necesita, sabe decir lo que es conveniente y sabe callar cuando es oportuno. De este modo, tiene la capacidad y la habilidad de salvaguardar en cada instante la vida vulnerable del paciente, siendo capaz de preservarlo de cualquier intrusión ajena (Gómez-Londoño, 2009).

La empatía entendida como la sensibilidad para identificarse con el otro, significa entender sus emociones y compartir sus vivencias, dando una respuesta a sus necesidades específicas (Falcó Pegueroles, 2005; Feito Grande, 2009; Vielva, 2002).

Una de las virtudes relacionadas con la empatía es la sensibilidad. La sensibilidad ante el sufrimiento humano y las necesidades de las personas, que obligan moralmente al profesional enfermero a responder con una actitud solidaria, a actuar ante la necesidad percibida (Feito Grande, 2009; Vielva, 2002). Por otra parte, según las profesoras Novel, Lluch y Miguel (2000), se puede distinguir entre la sensibilidad social y la sensibilidad interpersonal.

La sensibilidad social se refiere al conocimiento de la manera en que se comportan las personas en general dentro de la sociedad o de un grupo determinado. La sensibilidad interpersonal se basa en la habilidad para percibir los sentimientos de una persona en una relación o situación concreta. Esta virtud está basada en el proceso de empatía, esto es, la comprensión de lo que sentiría uno mismo en una situación parecida (Novel et al., 2000).

La virtud del respeto a la persona y a su dignidad, consiste en reconocer siempre a la persona como un fin en sí mismo y respetar su realidad, su libertad y su singularidad (Feito Grande, 2009; Vielva, 2002). Respetar a alguien significa crear un ambiente de comprensión y de aceptación, actuar con la idea de querer beneficiar a las personas, sin perjudicar a nadie, reconocer que los distintos tipos

de pacientes deben ser tratados de maneras diferentes y, por tanto, ser respetados según sus condiciones y circunstancias (Isaacs, 2015).

La compasión es la virtud que capacita al profesional a tomar parte en el sufrimiento del paciente y que predispone para prestar el auténtico cuidado. Tiene un componente moral, que consiste en la disposición habitual para comprender la singularidad de cada persona y de su situación, y un componente afectivo, que dispone al profesional a actuar del modo que más beneficie al paciente. La compasión deberá promover el desarrollo de la autonomía de la persona cuidada (Arroyo, Cortina, Torralba & Zugasti, 1997; Falcó Pegueroles, 2005; Ferrer & Álvarez, 2003; Feito Grande, 2014; Romero de San Pío, 2013; Torralba Roselló, 2000).

El término altruismo viene del latín *alter*, esto es, otros. Así pues, ser altruista significa pensar y tomar interés por los demás. Mediante el ejercicio de esta virtud, en enfermería, se subordina el interés propio al cuidado del paciente (Feito Grande, 2009). La enfermería es una profesión de ayuda, de servicio, de cuidado a los demás, por tanto, altruista.

Por último, la virtud de la responsabilidad requiere que la persona aprenda a tomar decisiones personales y que asuma las consecuencias de sus propios actos (Isaacs, 2015). La responsabilidad como exigencia que va más allá del contrato profesional, es una virtud que obliga al personal de enfermería a responder ante las personas que le han sido encomendadas y ante las decisiones que ha tomado (Falcó Pegueroles, 2005; Feito Grande, 2009).

CONCLUSIONES

La enfermería exige que sus profesionales adquieran la mejor competencia técnica, apoyando cada una de sus intervenciones en la última evidencia científica, pero también, que persigan la excelencia moral, a través de la instrucción en el conocimiento de las leyes y los principios morales, y la adquisición y puesta en práctica de las virtudes que permitan alcanzar el bien interno de la profesión. Las virtudes esenciales que toda enfermera debería adquirir son humildad, prudencia, confianza, fidelidad, diligencia, veracidad, discreción, empatía, sensibilidad, respeto, compasión, altruismo y responsabilidad. Con la práctica de todas ellas será capaz de lograr la excelencia en el cuidado.

BIBLIOGRAFÍA

- Antón Almenara, P. (1995). *Ética y legislación en enfermería*. Barcelona: Masson.
- Aranguren, J. (2014). *En honor a la verdad*. Logroño: Unir Editorial.
- Aristóteles. (2014). *Ética a Nicómaco*. Madrid: Gredos.

- Arroyo, M., Cortina, A., Torralba, M., y Zugasti, J. (1997). *Ética y legislación en enfermería. Análisis sobre la responsabilidad profesional*. Madrid: McGraw-Hill/ Interamericana.
- Ayerbe García-Monzón, L., Pérez-Piñar López, M., Pereira Sanz, S., y González López, E. (2015). Ética de la virtud, reencontrando el sentido de la clínica. *SEMERGEN*, 41(6), 347.
- Beauchamp, T. L., y Childress, J. F. (1999). *Principio de Ética Biomédica*. Barcelona: Masson.
- Buyx, A. M., Maxwell, B., y Schöne-Seifert, B. (2008). Challenges of educating for medical professionalism: Who should step up to the line? *Medical Education*, 42, 758-764. SoI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2008.03112.x>
- Calvo Rodríguez, B., y Berdial Cabal, I. (2015). Conflictos éticos al final de la vida desde la percepción enfermera. *Revista ROL Enfermería*, 38 (10), 692-696.
- Chavaría Olarte, M., y Scalzo, G. (2020). Autoconocimiento y desarrollo de virtudes humanas como base para el ejercicio profesional ético. Análisis de una experiencia evaluativa en el contexto universitario. *Revista Panamericana de Pedagogía* 30, 108-123.
- Codina, M. J. (2015). Neuroeducación en virtudes cordiales: cómo reconciliar lo que decimos con lo que hacemos. Barcelona: Octaedro.
- Contreras, S. El acto de enfermería, entre prudencia y arte. *Enfermería Global* 12(4), 250-259. <https://doi.org/10.6018/eglobal.12.4.180021>
- Corominas, F. (1993). *Cómo educar la voluntad*. Madrid: Hacer Familia.
- Corominas, F., y Alcázar, J. A. (2014). *Virtudes humanas. Una guía práctica para la educación en valores y principios desde la familia*. Madrid: Hacer Familia.
- Coulehan, J. (2005). Today's professionalism: Engaging the mind but not the heart. *Academic Medicine*, 80, 892-898. doi: <https://doi.org/10.1097/00001888-200510000-00004>
- Davis, A. J. (1999). Las dimensiones éticas del cuidar en enfermería. *Enfermería clínica*, 9(1), 21-34.
- Díaz, C. (2004). *Diez virtudes para vivir con humanidad* (págs. 13-14). Salamanca: Kadmos.
- Díaz Cortés, M. M. Comunicación enfermera/paciente: reflexión sobre la relación de ayuda. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 2(1), 55-61.
- Edwards, S. (2009). Planteamiento basado en principios de la ética en enfermería. En A. J. Davis, V. Tschudin, y L. de Raeve (Edits.), *Ética en enfermería. Conceptos fundamentales de su enseñanza* (págs. 85-100). Madrid: Triacastela.
- Falcó Pegueroles, A. (2005). Cuidar siguiendo los valores y principios éticos propios de la enfermería. *Enfermería Clínica*, 15 (5), 287-290. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(05\)71129-3](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(05)71129-3)
- Feito Grande, L. (2000). *Ética profesional de la enfermería. Filosofía de la enfermería como ética del cuidado*. Madrid: PPC.
- Feito Grande, L. (2009). *Ética y enfermería*. Madrid: San Pablo.
- Feito Grande, L. (2014). Ética del cuidado en Enfermería. En V. Bellver Capella (Ed.), *Bioética y cuidados de Enfermería. Volumen I: Aproximación teórica* (págs. 101-121). Alicante: CECOVA.
- Ferrer, J., y Álvarez, J. (2003). *Para fundamentar la bioética*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

- Gallegos, V., y Pecina RM. (2011). *Resolución de situaciones clínicas para enfermería desde el enfoque del ABP con integración de la taxonomía NANDA, NOC y NIC*. México: Universidad Autónoma de San Luis Potosí.
- Gastmans, C. (2009). La perspectiva del cuidado en la ética de la asistencia sanitaria. En A. Davis, V. Tschudin, y L. Raeve (Edits.), *Ética en enfermería. Conceptos fundamentales de su enseñanza* (págs. 189-208). Madrid: Triacastela.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Gómez-Londoño, E. (2009). El cuidado de enfermería del paciente en estado crítico. Una perspectiva bioética. *Persona y Bioética*, 12 (2), 145-157.
- Guerra Zagarzazu, O. R., y Bracho de López, C. (2008). Las virtudes de la diligencia, servicio y responsabilidad en el actuar ético de la atención y del cuidado médico. Una propuesta para la Educación en valores en los programas de formación de los profesionales de la salud. *Salus*, 12(2), 20-28.
- Isaacs, D. (2015). *La educación de las virtudes humanas y su evaluación*. Pamplona: EUNSA.
- Juárez, G. (2020). Los fundamentos teóricos de la ética de las virtudes médicas. Estudio de la primera parte del libro *Las Virtudes en la Práctica Médica* de E. Pellegrino y D. Thomasma. *Studium. Filosofía y Teología*, XXIII (45), 45-86.
- Longhy, T., y Karpe, J. (2004). Privacy and Confidentiality Issues in Primary Care: Views of Advanced Practice Nurses and Their Patients. *Nursing Ethics*, 11 (4): 378-393. doi: <https://doi.org/10.1191/0969733004ne710oa>
- López Barahona, M., y Abellán, J. C. (2009). *Los códigos de la vida*. Madrid: Homolegens.
- Molina Restrepo, M. E. (2002). La ética en el arte de cuidar. *Investigación y educación en enfermería*, 20 (2), 118-130.
- Novel, G., Lluch, M. T., y Miguel, M. D. (2000). *Enfermería psicosocial y salud mental*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Orón, J. V. (2016). Virtud como comportamiento ideal o como dinámica interior. *Estudios filosóficos polianos*, 3, 22-28.
- Pastor García, L. (1997). La bioética y sus principios específicos. En L. Pastor García, y F. León Correa (Edits.), *Manual de ética y legislación en enfermería. Bioética de enfermería* (págs. 29-45). Madrid: Mosby/Doyma.
- Pellegrino, E. D. (1995). Toward a Virtue-Based Normative Ethics for the Health Professions. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 5, 271-273. doi: <https://doi.org/10.1353/ken.0.0044>
- Pellegrino, E. D. (2002). Professionalism, profession and the virtues of the good physician. *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 69, 378-384.
- Pellegrino, E., y Thomasma, D. (1993). *The Virtues in Medical Practice*. New York: Oxford University Press.
- Polaino Lorente, A. (1997). Definición de ética. Relación de ética con otros saberes. En L. Pastor García, y F. León Correa (Edits.), *Manual de ética y legislación en enfermería. Bioética de Enfermería* (págs. 2-7). Madrid: Mosby/Doyma.

- Romero de San Pío, E. (2013). La ética de la responsabilidad en los cuidados de enfermería. *Revista de SEAPA*, XI, 31-35.
- Russell, M. J. (2014). Teaching Civility to Undergraduate Nursing Students Using a Virtue Ethics-Based Curriculum. *Journal of Nursing Education*, 6, 313-319. <https://doi.org/10.3928/01484834-20140512-03>
- Santo Padre, F. (marzo, 2016). *Discurso a los participantes en la asamblea plenaria de la Academia Pontificia para la Vida*. Presentado en la Ciudad del Vaticano. Recuperado de http://www.vatican.va/content/francesco/es/speeches/2016/march/documents/papa-francesco_20160303_plenaria-accademia-vita.html
- Torralba Roselló, F. (1998). *Antropología del cuidar*. Madrid: Instituto Borja de Bioética/Fundación Mapfre Medicina.
- Torralba Roselló, F. (2000). Constructos éticos del cuidar. *Enfermería Intensiva*, 11(3), 136-141.
- Ulrich, C., Taylor, C., Soeken, K., O'Donnell, P., Farrar, A., Danis, M., ... Grady, C. (2010). Everyday ethics: ethical issues and stress in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (11), 2510-2519. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05425.x>
- Vega Mendoza, M., Labrada Labrada, L., y Machado Núñez, A. (2019). La aplicación de la ética y la bioética del personal de la enfermería desde los valores. *Roca*, 15 (3): 1-12.
- Vielva, J. (2002). *Ética profesional de la enfermería*. Bilbao: Decleé De Browner.

HISTORIA

Los desafíos de la descentralización de los cuidados de enfermería: El Servicio Nacional de Salud Chileno y la Profesionalización de la Enfermería 1950-1970

**Decentralization of nursing care: The Chilean National Health Service and the Professionalization of Nursing
1950-1970**

Os desafios da descentralização da assistência de enfermagem: o Serviço Nacional de Saúde do Chile e a profissionalização da enfermagem 1950-1970

Elizabeth Núñez Carrasco¹, Lylian Macías Inzunza², Rossana Navarro Torres³ & Marcelo Loyola Avilés⁴

¹ Dra. Enfermera. Académica Escuela de Enfermería Universidad de Santiago de Chile. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0579-7146>. Correo electrónico: elizabeth.nunez@usach.cl

² Doctoranda Programa Educación y Sociedad, U de Barcelona. Enfermera. Académica Escuela de Enfermería Universidad de Santiago de Chile. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3167-9760>
Correo electrónico: lylian.macias@usach.cl

³ Enfermera. Académica Escuela de Enfermería Universidad de Santiago de Chile. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2660-6556>. Correo electrónico: rossana.navarro@usach.cl

⁴ Estudiante Programa de Magister en Historia, U. de Santiago de Chile. Profesor de Historia y Ciencias Sociales, UNAB. Licenciado en Historia, mención Estudios Culturales, UAHC. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6559-2690>. Correo electrónico: marcelo.loyola@usach.cl

Correspondencia: Escuela de Enfermería. Universidad de Santiago de Chile: Santiago de Chile, Latinoamerica, CL

Correo electrónico de contacto: elizabeth.nunez@usach.cl

Para citar artículo: Núñez-Carrasco, E., Macías-Izunza, L., Navarro-Torres, R., & Loyola-Avilés, M. (2021). Los desafíos de la descentralización de los cuidados de enfermería: El Servicio Nacional de Salud Chileno y la Profesionalización de la Enfermería 1950-1970. *Cultura de los Cuidados*, 25(60).

Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.60.06>

Este artículo forma parte del Proyecto Dicyt, Código 021702NC Vicerrectoría de investigación, Desarrollo e Innovación.

Recibido: 20/11/2020 Aceptado: 07/02/2021



RESUMEN

El artículo tiene por objetivo analizar los desafíos de la descentralización de los cuidados de enfermería en el periodo histórico desde 1950 a 1970. Método: Se realizó un análisis histórico de la profesionalización de la enfermera y del Servicio Nacional de Salud desde sus fases iniciales hasta 1970. Las fuentes secundarias documentales son revistas del Colegio de Enfermeras de Chile, informes, documentos inéditos y Boletines del Servicio Nacional, las fuentes primarias son relatos de vida de enfermeras que trabajaron a finales de la década de los años 50. Resultados: Se obtuvieron las siguientes categorías, los desafíos del establecimiento del Servicio Nacional de Salud, Luces y sombras de la profesionalización de la enfermería. Conclusiones: El Servicio Nacional de Salud otorgó una estructura sanitaria de responsabilidad del Estado Chileno por la salud de todos sus habitantes desde Arica hasta Punta Arenas. En este escenario las enfermeras profesionales fueron reconocidas por la autoridad sanitaria otorgándole estructura y toma de decisiones en salud. Asimismo la propia orgánica del Servicio nacional permitió avances en la descentralización de los cuidados.

Palabras clave: Historia de la enfermería; enfermera; salud pública; servicio nacional de salud, Chile.

ABSTRACT

The article aims to analyze the challenges of the decentralization of nursing care in the historical period from 1950 to 1970. Method: A historical analysis of the professionalization of the nurse and the National Health Service was carried out from its initial phases until 1970. The secondary documentary sources are magazines of the College of Nurses of Chile, reports, unpublished documents and Bulletins of the National Service, the primary sources are life stories of nurses who worked at the end of the decade of the 50s. Results: The following categories, the challenges of the establishment of the National Health Service, lights and shadows of the professionalization of nursing. Conclusions: The National Health Service granted a health structure under the responsibility of the Chilean State for the health of all its inhabitants from Arica to Punta Arenas. In this scenario, professional nurses were recognized by the health authority, granting them structure and decision-making in health. Likewise, the very organization of the National Service allowed progress in the decentralization of care.

Keywords: History of nursing, nurse; public health; national health service; Chile.

RESUMO

O artigo tem como objetivo analisar os desafios da descentralização da assistência de enfermagem no período histórico de 1950 a 1970. Método: Foi realizada uma análise histórica da profissionalização do enfermeiro e do Serviço Nacional de Saúde desde suas fases iniciais até 1970. As fontes documentais secundárias são revistas do Colégio de Enfermeiras do Chile, relatórios, documentos inéditos e Boletins do Serviço Nacional, as fontes primárias são histórias de vida de enfermeiras que trabalharam no final da década de 50. Resultados: Seguindo as categorias, os desafios da implantação do Serviço Nacional de Saúde, luzes e sombras da profissionalização da enfermagem. Conclusões: O Serviço Nacional de Saúde outorgou uma estrutura sanitária de

responsabilidade do Estado chileno pela saúde de todos os seus habitantes de Arica a Punta Arenas. Nesse cenário, o profissional enfermeiro foi reconhecido pela autoridade sanitária conferindo-lhe estrutura e tomada de decisão em saúde. Da mesma forma, a própria organização do Serviço Nacional permitiu avançar na descentralização da atenção.

Palavras Chave: História da enfermagem; enfermeira, saúde pública; serviço nacional de saúde; Chile.

INTRODUCCIÓN

Para poder iniciar el análisis de los desafíos de la descentralización de los cuidados de enfermería durante la década 1950-1970, es necesario mostrar de manera descriptiva el avance de la profesionalización de la enfermera. Rosalba Flores (1965) enfatiza que a principios del siglo XX, existió una fuerte resistencia, por parte de la Iglesia Católica para crear en Chile una enfermería laica y femenina. Sin embargo, en 1902 se fundó la primera Escuela de Enfermería junto a un hospital de la capital llamado San Borja.

Flores (1965) evidencia que el médico Eduardo Moore miembro de la Oficina Sanitaria Internacional (Bustamante, 1977), observó y trabajó con enfermeras con la formación femenina y laica de la Escuela de Florencia Nightingale, y que por ello apoyó decididamente la formación de enfermeras profesionales. En 1906, sólo 4 años más tarde, el Gobierno de Chile decretó la primera fundación de una Escuela de Enfermeras Hospitalarias del Estado en la Universidad de Chile. Además durante los años 20, Flores (1965) remarca que la presencia del médico higienista, John Long del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos, permitió sincerar las deficientes condiciones sanitarias del país, señalando la urgente necesidad de formar enfermeras sanitarias, de esta forma se inicio un plan formal de salubridad en Chile.

Es así como, en 1927 se inicia el primer programa de una Escuela de Enfermeras Sanitarias, que tenían como objeto visitar en el hogar a las familias, y de manera particular cuidar de la salud del niño y de la madre. Según González & Zarate (2018), dicha Escuela fue liderada por la Enfermera Norteamericana Sara Adams y las médicas Cora Mayers y Eleanira González. Posteriormente en el año 1929 se fusionaron ambas Escuelas de Enfermería, en la Escuela de la Universidad de Chile, de este modo una enfermera obtenía al cabo de tres años, un título de enfermera hospitalaria. Al completar sus estudios sanitarios por un año, obtenía el título de enfermera sanitaria, sin embargo dicha formación solo estaba localizada en la ciudad de Santiago, capital del país.

Ahora bien, siguiendo brevemente el contexto histórico de la época, Chile en los inicios del siglo XX se caracterizaba por evidenciar, las tasas de mortalidad infantil más alta del mundo. Es así que en 1920, por cada mil nacidos vivos, fallecían 256 niños antes de su primer año de vida. Por otro lado, la esperanza de vida de los habitantes no superaban los 30 años, es así que en el año 1900 se estimaba la esperanza de vida en 23,6 años para las mujeres y 23,5 años para los hombres (Instituto Nacional de Estadísticas, 2020). Estas cifras generó el desarrollo de un discurso común interior del Estado, el cual aseguraba que estas cifras eran fruto del encuentro de pobreza y sanidad. Por ello, la salud pública como concepto filosófico e institucional, presentó un paulatino y significativo avance (Hevia, 2006) , el cual se vio reflejado en aumentar la cobertura de salud para la población de manera institucional y no solo filantrópica, con normas sanitarias así como en la especialización de las distintas áreas sanitarias.

MÉTODO

La metodología utilizada es el método historiográfico, con fuentes secundarias para contextualizar el período de tiempo, tales fuentes fueron artículos relacionados con Escuelas de Enfermería en la Revista “Enfermería” del Colegio de Enfermeras de Chile, Boletines del Servicio Nacional de Salud del año 1955 al 1956, escritos personales de Marta Donoso , libro de Historia de la Enfermería de Rosalba Flores. Las fuentes primarias, fueron los relatos de vida de las enfermeras chilenas que trabajaron en el Servicio Nacional de Salud desde de la década de los años 50 en adelante tanto en la zona norte, centro y sur del país.

El grupo de estudio se constituyó de manera intencionada, con criterios de inclusión y exclusión, logrando con un total de trece entrevistadas, que aceptaron la entrega de su relato mediante un consentimiento informado que protege su confidencialidad, autonomía y que permite mostrar los beneficios de sus relatos de vida, para la construcción historiográfica de la enfermería de su país. Es importante destacar que esta investigación cuenta con la evaluación y aprobación del Comité de Ética Institucional de la Universidad de Santiago de Chile.

El proceso de análisis e interpretación de los datos se construyó con un análisis formal y funcional de cada relato según Gibbs (2009) para luego realizar un relato con todas las voces respecto a los cuidados de enfermería a nivel nacional, de esta forma se evidenciaron dos categorías emergentes: la importancia del Servicio Nacional de Salud y por otro la profesionalización de la enfermera. Es por ello que este artículo la presentará los resultados en dos secciones: Los desafíos

del establecimiento del Servicio Nacional de Salud; Luces, sombras, profesionalización, descentralización de los cuidados de enfermería.

Los Desafíos del Establecimiento del Servicio Nacional de Salud

La creación de la institucionalidad sanitaria, por parte del Estado, comienza hacia fines del siglo XIX, cuando se incorpora el cumplimiento de tareas de higiene pública en las funciones encomendadas a diversos ministerios, estas últimas dependiendo principalmente del Ministerio del Interior. En 1907, esta cartera creó un sección administrativa sanitaria encargada de los temas de higiene y beneficencia pública. Luego de una serie de reestructuraciones y debates políticos, en 1924 se crea el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social, con encargo de la higiene pública. En los años venideros, esta cartera ministerial sufrirá varias modificaciones de nombre y funciones, en 1932 su nombre será Ministerio de Salubridad Pública, en 1953, posterior a la creación del Servicio Nacional de Salud de 1952, su nuevo nombre será Ministerio de Salud Pública y Previsión Social.

Finalmente seis años más tarde, una nueva reestructuración estatal, crea el Ministerio de Salud Pública, y por medio del Decreto con Fuerza de Ley N° 25, cuyo organismo también crea el Ministerio del Trabajo y Previsión Social como organismo independiente (Minsal, 2020). Paralelo a esto, en 1943 la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile emprendió una reforma en los estudios médicos con el objetivo de lograr una enseñanza más activa y descentralizada. La innovación más importante fue la incorporación de los campos clínicos en el proceso de formación de futuros profesionales, fortaleciendo la relación de la asistencia médica y la docencia.

Académicos, muchos de ellos especializados en el extranjero, fueron los generadores intelectuales del Servicio Nacional de Salud. En este proceso, no estuvieron exentas otras del área de la salud, las cuales se fueron profesionalizando con el avance del siglo. Como es el caso de la Escuela de Enfermeras del Estado creada en 1906 y la posterior fusión de las Escuelas de Enfermería Hospitalaria y Enfermería Sanitaria en 1951 (Universidad de Chile, 2020). Enfermeras visionarias también buscaron perfeccionarse en diferentes áreas del conocimiento profesional nutriéndose de nuevos conceptos y prácticas de cara a las demandas de la nueva institucionalidad sanitaria del Estado.

La creación del Servicio Nacional de Salud (SNS) en el decreto 163 (Biblioteca del Congreso Nacional Chile, 2020), significó un proceso des-centralización del servicio de salud al unificar o fusionar distintas organizaciones que hasta el momento operaban de manera

independiente y descoordinada en el país. La descentralización es parte de un proceso a nivel estatal que hace frente a un problema estructural, y aún permanente, de la división territorial del país que proviene de una implacable maquinaria represivo-cooptadora centralista del Estado (Valenzuela, 2015), donde las regiones o sectores más apartados del centro político se ven reprimidas o vejadas ante las decisiones político-administrativas.

El SNS se encargaría de la protección de la Salud para toda la población y el fomento, curación y recuperación de la salud de los grupos más vulnerables como los obreros, esposa e hijos hasta los 15 años de edad. Su dependencia funcional era el Ministerio de Salud Pública y contaba con una organización bien estructurada a nivel nacional. Para tales cometidos, el SNS comenzó a cumplir sus funciones a través de Zonas de Salud y de los Centros de Salud. Esta división del país respondía a la necesidad de distribuir de mejor manera la función directiva y se realizó de acuerdo con determinantes geográficos y de población. Las Zonas estaban dotadas de una “estructura básica que incluía la asesoría de expertos en funciones esenciales de la salubridad y las dependencias administrativas indispensables” (Boletín Servicio Nacional de Salud, 1955, p. 5).

Asimismo Goic & Armas (2003) describe de manera detalla la importancia de la disposición geográfica y las estrategias sanitarias que otorgaba el SNS:

El SNS estaba organizado en Zonas de Salud a lo largo del país que, a veces, reunía a una o más provincias. En cada Zona había Áreas de Salud, con un hospital base y consultorios periféricos ligados a él. Se disponía de hospitales de distinta complejidad en las ciudades y Postas Rurales en lugares remotos, atendidas por auxiliares de enfermería, con visitas periódicas del médico que residía en el pueblo cercano. Así, aunque el SNS era centralizado, se cubría la atención sanitaria en forma descentralizada en todo el territorio nacional” (p.795).

La unificación del Servicio demandó la llegada de profesionales de la salud a zonas extremas del país, permitiendo que las condiciones sanitarias mejoraran considerablemente. Resultado de esto fue la estrecha relación que se forjó entre SNS y la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, a tal punto que la Universidad adecuó sus programas docentes de pre y postgrado para cubrir las necesidades asistenciales demandadas por el SNS. Los recién graduados destinados a formar especialistas en distintas disciplinas clínicas, luego de su formación de especialidad, debían obligatoriamente desempeñarse en hospitales base de provincias por periodos de dos años, luego quedaban liberados de tal compromiso, pero muchos de ellos decidieron radicarse en las provincias, contribuyendo a la descentralización del recurso médico.

Los programas formativos y redistributivos del SNS a lo largo del país conjugaban el interés de los profesionales de la salud para dotar con profesionales a los distintos hospitales bases de las provincias y centros de atención primaria en pueblos y zonas rurales. El proceso de dotación generó llamados a concurso, abriendo posibilidades de desarrollo profesional, un ejemplo de las mejoras en la dotación de personal, fue una circular de llamado a concurso de la Dirección Nacional del SNS (Servicio Nacional de Salud, 1955) donde se ofrecen 320 vacantes para enfermeras profesionales en diversos cargos y zonas desde Arica hasta Punta Arenas: Enfermera Subjefe, Enfermeras Asesoras, Enfermera Subdirectora, Supervisoras.

Si bien se constata favorables resultados en la ampliación de la cobertura médica y mejora en los indicadores de atención, natalidad y mortalidad a nivel país, el nuevo sistema significó una pesada carga sobre el presupuesto de la Nación. En el año 1955, el SNS mostraba su incapacidad para justificar la necesidad de fondos en relación con el volumen de trabajo, cubrir los problemas de sanidad pendientes y la proyección de los costos futuros de manera eficiente, todo ello sumado al importante problema de inflación que enfrentaba el Fisco y la crisis internacional del periodo.

Los problemas económicos enfrentados por el SNS se veían acrecentados por la debilidad en su aparato administrativo, sumado al atraso crónico del pago de salarios y la falta de planificación. El Informe de la Misión Klein & Saks sobre el Servicio Nacional de Salud de 1957, daba cuenta de estas dificultades y recomendaba la elaboración de planes financieros destinados a cumplir programas concretos y crear un nuevo método para financiar el organismo, esto incluía la incorporación de un plan financiero del Servicio considerado en el Presupuesto de la Nación (Servicio Nacional de Salud, 1958) que siguiera los mismos criterios que los otros organismos públicos.

El informe era categórico al sostener que “La falta de un orden de prioridades presupuestarias en el uso de los limitados fondos de que dispone el Servicio, no permite asegurar que ellos serán asignados a las actividades de mayor importancia” (Servicio Nacional de Salud, 1958, p. 32), evidenciando nuevamente, la debilidad a nivel administrativo que tenía el SNS, demandando la preparación de presupuesto ordenando, efectivo y eficiente de los programas del Servicio. A pesar de estas las dificultades el Servicio se ajustó a estas indicaciones y concretamente cumplió su objetivo preventivo y curativo en los años venideros. La estrecha relación que se generó entre el SNS y las Universidades formadoras de profesionales del área de la Salud se mantuvo durante la década de los sesenta, sin embargo, se vio fuertemente en desmedro entrado los años setentas, con las políticas neoliberales implementadas por la dictadura militar.

Las luces, sombras, profesionalización y descentralización de los cuidados de Enfermería

La implementación del Servicio Nacional de Salud ha sido la quimera más importante para la generación de los equipos sanitarios del Chile de la época, ya que la creación de un servicio único de salud, permitía unificar los distintos esfuerzos de la precaria institucionalidad sanitaria existente a inicios del siglo XX. En este contexto, es relevante señalar que la enfermería como profesión era un anhelo de las mujeres enfermeras y también de mujeres médicas, que participaron activamente en su profesionalización. De manera simbólica y pragmática querían ser reconocidas como profesionales y no como un servicio domestico (Zarate, 2018), situación que era descrita como un acto cotidiano en la época.

Dicho lo anterior, la profesionalización de la enfermera se gestó en 1906, con plan de formación formal de enfermera hospitalaria para mujeres laicas, y que se mantuvo en escaso número y atomizado en la zona central del país. En el año 1921, el Gobierno del Presidente Alessandri, decretó que todas las Escuelas de Enfermería establecidas en los hospitales que cumplieran con: condiciones de admisión, planes y programas de acuerdo a las normas oficiales, infraestructura adecuada para la formación profesional y vida de las estudiantes, fueran instituciones que les permitía recibir el diploma de Enfermera Universitaria por parte de la Universidad de Chile.

En la siguiente década, años 30 sólo existían Escuelas de Enfermería en la zona central, y de manera incipiente en el sur del país, 20 años más tarde, es decir durante el periodo de los años 50 en adelante. En la siguiente Figura se describe la progresión de la creación de Escuelas de Enfermería.

Figura 1 Progresión Creación de las Escuela de Enfermería en Chile. 1900-1965

Nombre de la Escuela	Institución	Año de Fundación	Zona geográfica del país	Numero de Enfermeras tituladas al año 1965
Escuela de Enfermería del Estado de Chile	Universidad de Chile	1906	Santiago	984/437 Enfermeras Hospitalarias/ Enfermeras Sanitarias
Escuela de Enfermería Manuel Arriarán, luego denominada Escuela de Enfermería del Servicio Nacional de Salud	Dependiente de la Universidad de Chile	1919	Santiago	645
Escuela de Enfermería Anexa al Van Bauren de la Honorable Junta Central de Beneficencia	Dependiente en su titulación por la Universidad de Chile	1933	Valparaíso	329
Escuela de Enfermería Anexa al Hospital San Agustín Valparaíso Central de Beneficencia	Dependiente en su titulación por la Universidad de Chile	1925-1928	Valparaíso	Sin registros
Escuela de Enfermería Anexa al Hospital Roberto del Río Central Beneficencia	Dependiente en su titulación por la Universidad de Chile	1929-1935	Santiago	Sin registros
Escuela de Enfermería de Concepción	Universidad de Concepción	1948	Concepción	239 enfermeras
Escuela de Enfermería Isidora Lyon Cousiño	Pontificia Universidad Católica	1950	Santiago	120
Escuela de Enfermería de la Universidad Austral	Universidad Austral	1963	Valdivia	20 seleccionadas en el año 1963

Fuente: Elaborada desde Revista "Enfermería" Colegio de Enfermeras de Chile y Registro inéditos no publicados personal de Prof. Marta Donoso.

Al observar la Figura 1, es posible comprender que la educación de las enfermeras profesionales, era escasa y centralizada por décadas. Por ende, se puede inferir, que los cuidados de enfermería profesional también estuvieran sistematizados sólo en la zona central del país también por décadas. Desde el relato de una enfermera que trabajo en un hospital de la capital, en el año 1967, y que se traslada a un hospital regional (255 kilómetros de la capital) describe el impacto que recuerda las diferencias en el cuidado de las personas hospitalizadas:

“están haciendo el aseo terminal de una cama y veo que el colchón ...estaba roto y empezó a salir, lana de oveja; ¡eran colchones de lana de oveja!, y todo húmedo, el paciente se había orinado y ese era el olor, no sólo la melena... Yo no podía creerlo, que un hospital público, regional, tuviera esa infraestructura y esas camas que eran de metal y no había somier, sino que eran unas huinchas y sobre eso, el colchón y por supuesto que no estaban todas las huinchas, así que fue terrible.”... “para mí fue tan impactante, tan desolador, que me puse a llorar, llegamos a la plaza de armas, porque teníamos que buscar casa y me puse a llorar y lloraba y lloraba”. Enf. egresada 1966.

Es indudable que a través de los relatos de las enfermeras se demuestra que el país poseía un aparato estatal exiguo y que las vivencias en la capital eran diametralmente opuesto a lo que ocurría en las ciudades distantes de Santiago. Otro ejemplo de centralismo es observar que las primeras enfermeras profesionales comenzaron a trabajar en Santiago y Valparaíso con una dotación incipiente pero regular desde inicios del siglo XX, sin embargo casi cincuenta años más tarde, en 1953, llegan a la ciudad de Arica las tres primeras enfermeras profesionales Iris Veliz Hume, Josefina Morales y Filomena Garrido (Castillo L., Núñez E., Pavez A., Videla E., & Sánchez L., 2019), dicha ciudad se encuentra localizada a 2036 kilómetros de la capital. Por ello, dichas mujeres para ser enfermeras profesionales abandonaron su ciudad para radicarse por tres años en Santiago para obtener su formación en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile. (Enf. egresada 1959 y Enf. egresada 1953)

La Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile desde sus inicios hasta casi los años 1950 sostenía la validación de los títulos de enfermeras universitarias, hasta que las nuevas Escuelas de Enfermería universitarias en Santiago y en regiones comenzaron sus planes de estudio. El siguiente relato demuestra como las enfermeras formadas en regiones debían ser calificada de manera final por la Universidad de Chile “...teníamos que dar el Examen Final en la Universidad de Chile... cuando fui a dar el examen a Santiago....salí y dije no sé nada” .Enf. egresada 1954. En la actualidad, la Universidad de Chile es órgano validador de los títulos de las enfermeras extranjeras.

La educación de enfermería era un paso vital para el desarrollo de la profesionalización de la enfermera, sin embargo, debían existir otros elementos que le permitieran validarse al interior de la comunidad médica y de la sociedad respecto al rol que cumplirán, así lo describen las propias entrevistadas quienes aluden los siguientes relatos: “...cuando llegué a la casa le dije a mi mamá, me matriculé en enfermería. ¡¡¡En Enfermería!!!, mi mamá tenía muy baja apreciación de las enfermeras, pero ¿cómo va a estudiar Enfermería? me dijo, mejor hubiera estudiado otra cosa. No, a mí si me gustó le dije, así que voy a estudiar Enfermería”. Enf. egresada 1961.

Dicho lo anterior, la creación del Servicio Nacional de Salud de manera sincrónica cimentó elementos de validación de la profesión de enfermera. Para ejemplificar esta afirmación, es posible visualizar que en la constitución del Servicio Nacional de Salud, se crea una estructura funcional de Enfermería. Tal estructura administrativa consideraba actividades de fomento, protección y reparación de la salud y que estaban organizadas en los siguientes sub-departamentos: bioestadística, educación sanitaria, enfermería, servicio social, selección y adiestramiento del personal y finalmente profesiones médicas (Marta Donoso, notas personales; Boletín Servicio Nacional de Salud, 1955, pág. 3.).

Una vez creado el Sub-departamento de Enfermería en el Servicio Nacional de Salud, el siguiente paso fue su implementación. En el año 1955 el SNS (Boletín Servicio Nacional de Salud, 1955) realiza concurso público para dotar de enfermeras profesionales a todas las regiones del país con los siguientes cargos: Enfermera Subjefe, Enfermeras Asesoras, Enfermera Subdirectora, Supervisoras. En esta lógica de implementación de servicios profesionales de enfermería a nivel nacional, significaba que en toda la organización de los servicios sanitarios del país, debía existir una estructura administrativa que le permitía a las enfermeras profesionales organizar y sistematizar el cuidado de la población de cada territorio a lo largo y ancho del país, descentralizando de esta forma el cuidado de enfermería profesional desde las grandes ciudades hacía todas las regiones del país.

Asimismo, la descentralización del cuidado no sólo estaba observado desde una mirada territorial sino también desde una mirada filosófica de la salud. El SNS organiza administrativamente la convivencia del cuidado curativo y el cuidado preventivo. El siguiente relato gráfica como el modelo de un servicio único de salud permitía entregar prestaciones de salud curativa y preventiva para toda la población con sus luces y sombras en su implementación: “Mira, al comienzo no fue fácil porque...el cambio fue un poco confuso y conflictivo, no estaba muy claro todavía que tenía que hacer el hospital y que tenía que hacer la Unidad Sanitaria y que significaba el trabajo en la comunidad. Entonces, por ejemplo, se formaron un par de policlínicos para la atención de las embarazadas, entonces, la duda estaba ¿en dónde se van controlar las

prostitutas? ah en los consultorios; pero, ¿cómo van a estar en los consultorios con las embarazadas y los recién nacidos? No, pero que es en distinto día. La cosa es que hubo que organizar un montón de cosas que no fue fácil... los tuberculosos por ejemplo, tenía que controlarse en el consultorio con las embarazadas y los niños, y ahí volvemos a lo mismo otra vez. Entonces hubo un período de adaptación más o menos largo diría yo, porque incluso la Unidad Sanitaria después tenía inspector sanitario, asistente social tenía...educador sanitario, entonces, por ejemplo, cuando no estaba esa gente, el control de los prostíbulos nos tocaba a nosotros también, porque las prostitutas también quedaban embarazadas.”Enf. egresada 1951.

Del mismo modo que la enfermería profesional avanzaba en su reconocimiento, es necesario remarcar que este proceso se implementaba de manera heterogénea, lo que pasaba en la Santiago no era lo mismo que ocurría en las regiones dado el fuerte centralismo del país. Por ello en regiones, en las décadas de los años 50, aún la congregaciones y practicantes de enfermería lideraban en muchos de los casos la organización de los cuidados de enfermería, por ello un grupo de enfermeras en el año 1957, (Marta Donoso, escritos archivo personal; Gladys Peake, 1965) comienzan a implementar un programa de formación de auxiliares de enfermería que consistía en un programa de 9 meses de formación, que permitía a las mujeres convertirse en auxiliares de enfermería.

Continuando con los desafíos emergentes que eran prestar cuidados profesionales, es necesario recalcar la falta permanente de profesionales de enfermería “En esa época las enfermeras éramos muy pocas, muy escasas, y trabajar era difícil, porque no teníamos la posibilidad de atender a los pacientes 100 % como nos hubiera gustado. Trabajábamos 6 horas diarias, entonces el tiempo era caminar todo el día”. Enf. egresada 1966.

Pero por otra parte, la organización técnico funcional de las prestaciones de salud en macro zonas y con una estructuras técnico-funcional de enfermería generaba en la profesionales de enfermería, la capacidad de autorregulación en su área disciplinar ..”el Servicio Nacional de Salud, había una enfermera que estaba a cargo de toda la parte de Enfermería a nivel nacional y acá en Santiago había una enfermera, que era sanitaria, estaba a cargo de todo el problema de salud pública de Santiago, entonces ella era quien me nombraba” Enf. E.A. egresada 1949. Este sistema de trabajo de algún modo consolidó el rol social que las enfermeras trabajaron durante la primera mitad del siglo XX.

CONCLUSIONES

En el siglo XX por medio del aparato legislativo, el Estado Chileno comenzó a poner especial atención en temáticas de salud e higiene pública, así como también, en la cobertura del servicio salud entre los trabajadores y sus familias, ajustándose además a las normativas y desarrollos internacionales en la materia. El Servicio Nacional de Salud de Chile es la respuesta sanitaria que permitió dar cobertura de salud a todos los habitantes de la nación, permitiendo establecer una línea base de prestaciones de salud que estaban estrechamente vinculadas a la realidad epidemiológica del país, en este escenario de mayor cobertura de salud, requería no solo de incrementar la infraestructura y prestaciones sino también dotar a nivel nacional de equipos sanitarios que estaban integrados por médicos, enfermeras, matronas, asistentes sociales entre otros.

Ahora bien, el SNS permitió por más de 20 años consagrar una política, más bien una filosofía de salud que otorgaba prestaciones para toda la población, este hito permitió entre otros factores, el mejoramiento de los indicadores sanitarios de las personas y sus familias. Sin embargo, la implementación del SNS poseía a su vez serios déficit de gestión y financiamiento, los cuales son evidenciados desde los relatos del cuidado de las enfermeras, que muestran la luz de participar de una organización que otorga salud para todos pero por otra parte dicha quimera era tensionada por seguir un patrón de centralismo acérrimo.

En este contexto de unificación y descentralización de los servicios sanitarios es necesario resaltar, que esta política sanitaria actuó como sinérgicamente en la consolidación de la profesión de enfermería. Por un lado, la llegada de enfermeras profesionales a las zonas extremas del país permitió transitar desde un periodo donde los cuidados de enfermería era considerado un oficio, y en el cual participaban practicantes y religiosas, hacia cobertura de cuidados de enfermería planificadas por una enfermera profesional, en las zonas geográficas más distante del centro administrativo, político y económico del país. Además, el poseer un llamado a concurso público de enfermeras en todas las regiones del país, significó que el Estado Chileno, en su organización técnico administrativa de salud reconociera la necesidad de enfermeras con título profesional, elemento que marca la trayectoria de miles de mujeres que decidieron ser enfermeras a pesar del escaso valor social del período.

Para finalizar, es necesario recalcar que, para el entendimiento de la época, sobre las profesiones, y en particular sobre las profesiones femeninas, que el SNS otorgará reconocimiento administrativo a las profesionales de enfermería, les permitió asumir una responsabilidad frente a sus comunidades y de este modo asumir un rol en la salud de la población, es decir consolidar su rol social. Ahora bien, los procesos históricos transitan entre luces y sombras, transformaciones,

hechos, contextos para analizar, uno de estos hechos, es que las reformas de la dictadura cívico-militar de los años 80 en salud, omitió la organización técnico- administrativas de las enfermeras, elemento ancla de la memoria y legado de este grupo profesional del siglo XX.

FUENTES PRIMARIAS

- Relato de vida, Enfermera egresada 1949
- Relato de vida, Enfermera egresada 1953
- Relato de vida, Enfermera egresada 1954
- Relato de vida, Enfermera egresada 1959
- Relato de vida, Enfermera egresada 1961
- Relato de vida, Enfermera egresada 1966

BIBLIOGRAFÍA

- Biblioteca del Congreso Nacional Chile (2020). Decreto 163, Fija el texto de la Ley N° 10.383, de 8 de Agosto de 1952, refundido con el de sus modificaciones, inclusive las contenidas en la ley N° 16.840, de 24 de mayo de 1968. Chile. Congreso Nacional. Hallado en septiembre de 2020 en <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=10308>
- Bustamante, M. (1977). Los sanitaristas y el ideal de salud en la historia de la OPS. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana, 83(6), pp. 507-522. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/17457/v83n6p507.pdf?sequence=1>
- Castillo Lobos, L., Núñez Carrasco, E., Pavez Lizarraga, A., Videla Bravo, E., & Sánchez Castillo, L. (2019). Iris Veliz Hume. Pionera de la enfermería pediátrica en el norte de Chile. Benessere. Revista de Enfermería, 3(1). doi:<https://doi.org/10.22370/bre.31.2018.1401>.
- Colegio de Enfermeras de Chile. Escuela de Enfermería Isidora Lyon Cousiño. Pontificia Universidad Católica. Enfermería, Revista Colegio de Enfermeras de Chile, 1 (5), 6-8.
- Colegio de Enfermeras de Chile. Escuela de Enfermería del S.N.S. Enfermería, Revista Colegio de Enfermeras de Chile, 1 (5), 8.
- Colegio de Enfermeras de Chile. Escuela de Enfermería Carlos Van Buren. Enfermería, Revista Colegio de Enfermeras de Chile, 1 (5), 10-12.
- Colegio de Enfermeras de Chile. Escuela de Enfermería de Concepción. Enfermería, Revista Colegio de Enfermeras de Chile, 1 (5), 13-14.
- Colegio de Enfermeras de Chile. Escuela de Enfermería de la Universidad Austral, Revista Colegio de Enfermeras de Chile, 1 (5), 15-16.
- Gibbs, G. (2009). Analyzing Qualitative Data. 2ª Ed., London. Inglaterra: SAGE.
- Goic G, Alejandro, & Armas M, Rodolfo. (2003). Descentralización en salud y educación: La experiencia chilena. Revista médica de Chile, 131(7), 788-798. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000700012>

- González, Maricela & Zarate, María Soledad. (2018). Profesionales, modernas y carismáticas: enfermeras y visitadoras sociales en la construcción del Estado Asistencial en Chile, 1900-1930. *Tempo*, 24(2), 369-387. <https://dx.doi.org/10.1590/tem-1980-542x2018v240210>
- Hevia P. (2006). Temas de actualidad. Los inicios de la Escuela de Salubridad:1943-1957. *Rev. Chilena Salud Publica*,10(3),170-176. <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/download/658/555/>
- Instituto Nacional de Estadísticas (2020). Esperanza de vida. Chile: Instituto Nacional de Estadísticas. Hallado en septiembre 2020 en <https://www.ine.cl/ine-ciudadano/definiciones-estadisticas/poblacion/esperanza-de-vida>
- Flores R. (1965) La historia de la enfermería, síntesis de su evolución educacional de la enfermera. Santiago, Chile: Universidad de Chile.
- Flores R.(1965). Escuela de Enfermería Universidad de Chile.Enfermería, Revista Colegio de Enfermeras de Chile, 1 (5), 2-5.
- Marta Donoso, Enfermera docente Universidad de Chile. Archivos Personales inéditos, no publicado.
- Ministerio de Salud (2020). Historia del Minsal. Chile: Ministerio de Salud. Hallado en septiembre 2020 en <https://www.minsal.cl/historia-del-minsal/>
- Peake Gladys (1965). Programa de Desarrollo de la Enfermería para satisfacer las necesidades de la población. *Enfermería, Revista Colegio de Enfermeras de Chile*, 1(3), 15-17.
- Universidad de Chile (2020). Historia Escuela de Enfermería. Chile: Facultad de Medicina. Hallado en septiembre de 2020 en <http://www.medicina.uchile.cl/pregrado/resenas-escuelas/escuela-de-enfermeria>
- Servicio Nacional de Salud (1955). Estructura del Servicio Nacional de Salud. *Boletín Servicio Nacional de Salud*, 1(1), pp.2-5. Hallado en septiembre de 2020 en <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2013/08/Boletin-octubre-1955.pdf>
- Servicio Nacional de Salud (1958).Informe de la Misión Klein Saks. *Boletín Servicio Nacional de Salud*, IV(1), pp.12. Hallado en septiembre 2020 en www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2013/08/Boletin-enero-febrero1958.pdf
- Valenzuela, Esteban (2015). *Descentralización ya. Conceptos, Historia y Agenda*. Santiago, Chile: Ril Editores.
- Zárate, M. S. (2017). "Formar enfermeras, no empleadas domésticas". *Profesionalización del cuidado sanitario en Chile, 1930-1950.* *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 37,(2),317-343. Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/328553>.

Ayudas transatlánticas: la actuación de la Casa de la Misericordia de Sevilla ante la gran peste de 1649

Transatlantic aid: the performance of the House of Mercy of Seville before the great plague of 1649

Ajuda transatlântica: a ação da Casa da Misericórdia de Sevilha diante da grande praga em 1649

Paula Ermila Rivasplata Varillas¹

¹ Doctora en Historia, literatura y poder: Procesos interétnicos culturales en América. Universidad de Sevilla. Departamento de Historia de América. Profesora de la Facultad de Educación de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM). Grupo de investigación Lexi de la UNMSM Lima, Perú. Orcid: <http://orcid.org/0000-0001-7036-6436>. Correo electrónico: rivasplatavarillas@gmail.com

Correspondencia: Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Perú)
Correo electrónico de contacto: rivasplatavarillas@gmail.com

Para citar artículo: Rivasplata Varillas, P.E. (2021). Ayudas transatlánticas: la actuación de la Casa de la Misericordia de Sevilla ante la gran peste de 1649 *Cultura de los Cuidados*, 25(60).

Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.60.07>

Recibido:30/12/2020 Aceptado: 17/03/2021



RESUMEN

Los legados testamentarios destinados a dotar a doncellas de la Casa Pía de la Misericordia de Sevilla provenían de diferentes lugares, algunas de las Indias o América hispana. Algunos enviaban para dotar a jóvenes pobres y otros a parientes. Uno de los casos más interesantes encontrados en la documentación fue la de un sevillano que vivía en Lima, capital del Virreinato del Perú, que envió dinero para fundar una dotación para dotar a doncellas pobres. Lo singular del caso es que coincidió el ingreso de esta dotación con la gran peste de 1649 que causó la peor mortandad que recuerde la ciudad. Este dinero se empleó no para la voluntad del testador, sino para otros fines más necesarios en aquellos momentos.

Palabras clave: Historia social; Sevilla; Perú; Misericordia; Peste.

ABSTRACT

The testamentary legacies were destined to endow the families of the Casa Pia de la Misericordia of Seville from different places, some of the Indies or Hispanic America. Some sent to provide poor young people and others with relatives. One of the most interesting cases found in the documentation was a subservient living in Lima, Viceroyalty of Peru, who sent money to obtain a date to send poor maidens. The singular thing of the case is that it coincided with the entry of this stage with the great plague of 1649 that caused the worst mortality that the city remembers. This money was not used for the will of the testator, but for other purposes more in memorable moments.

Keywords: Social history; Seville; Peru, Mercy; Plague.

RESUMO

Os legados testamentários destinados a dotar as donzelas da Casa Pía de la Misericordia de Sevilha vieram de diferentes lugares, alguns das Índias ou da América hispânica. Alguns enviados para equipar jovens pobres e outros para parentes. Um dos casos mais interessantes encontrados na documentação foi o de um sevilhano que morava em Lima, capital do Vice-Reino do Peru, que enviou dinheiro para fundar uma doação para fornecer donzelas pobres. O que há de único no caso é que a entrada deste fundo patrimonial coincidiu com a grande praga de 1649 que causou a pior mortalidade na cidade lembra. Esse dinheiro não foi usado para a vontade do testador, mas para outros fins mais necessários à época

Palavras-chave: História social; Sevilha; Peru; Misericórdia, Peste.

INTRODUCCIÓN

Las pestes por su virulencia causan alta mortalidad y morbilidad sobre todo en las ciudades por su alta densidad poblacional y turgurización, pues son las más propensas a rápidos contagios que sólo se ralentizan con el tiempo de manera natural. Ante esta situación tan inesperada y dramática por el alto índice de muertes, las autoridades de las ciudades se sienten indefensas de hacerle frente, recurriendo a las cuarentenas y la mejora improvisada de su endeble sistema sanitario. La necesidad de servicios básicos y todo lo necesario para hacer frente a la peste obliga a la sociedad y sus instituciones a hacer causa común como ocurrió durante la gran peste de 1649, la más mortífera del Antiguo régimen en la ciudad de Sevilla. El objetivo de este estudio es conocer la actuación de la Casa de la Misericordia sevillana ante la gran peste que sacudió la capital en 1649 y las ayudas transatlánticas que lo facilitaron. Este trabajo es resultado de una investigación documental realizada en el Archivo Histórico Provincial de Sevilla(AHPS) y el Archivo General de Indias (AGI). La información documental de la Casa de la Misericordia es vastísima y se consultaron principalmente los libros capitulares de la institución de mediados del

siglo XVI al XVII, para poder realizar una evolución de la misma durante la gran peste de 1649. Se consultaron fuentes secundarias en los repositorios de diversas universidades españolas.

El marco geográfico de la investigación es la ciudad de Sevilla y el contexto temporal fue la gran peste de 1649 que causó la muerte de más de sesenta mil personas, lo que representaba el 46 % de la población de la ciudad de Sevilla (Robles, 2012, 38-42). En este contexto catastrófico, la Misericordia auxilió con obras pías para aliviar a los infectados. En los legados testamentarios dejados a esta institución, los donantes solían dejar dinero para fines específicos, es decir, no necesariamente dotaciones libres para que lo utilizaran según el libre albedrío de la Misericordia. Sin embargo, los legados enviados desde América que no tuviesen un albacea fuerte en Sevilla que lo protegiera y obligara a la Misericordia a hacer cumplir con la voluntad del difunto, se absorbían para cubrir gastos y salvar situaciones de inestabilidad económica existente en la Misericordia o en alguna emergencia como fue la gran peste que asoló la ciudad de Sevilla en 1649. Un ejemplo de esto ocurrió con el legado testamentario de un sevillano radicado en Lima, capital del virreinato del Perú. Los albaceas de este testamento regresaron a la Península Ibérica en los galeones de 1648 poder cumplir con la voluntad del difunto, llevando barras de plata para la implantación de una dotación de doncellas pobres y la imposición de una capellanía¹.

Los indianos solían fundar capellanías para velar por sus almas y dotar a muchachas pobres de sus pueblos de origen en la metrópoli. Una costumbre bastante arraigada entre la sociedad de élite española que la siguieron practicando desde las Indias. Daba prestigio fundar una capellanía a su nombre y un patronazgo para entregar limosnas a diferentes obras pías, respaldado por un capital que proporcionara una renta anual que sostuviese al capellán y a las dotaciones. La continuidad de estas voluntades testamentarias dependía de la gestión de la institución.

En el Archivo General de Indias encontramos diversos envíos pecuniarios para fundar capellanías y obras pías en las casas de Misericordia de la Península Ibérica e Indias, provenientes de indianos como encomenderos, maestros de navíos, mariscales de campo, capitanes que murieron en Indias. Por ejemplo, legaron sus bienes para aliviar la pobreza de los pobres el piloto Manuel Rodríguez, natural de Viana de Caminha, a la Casa de la Santa Misericordia de la villa de Viana.² Asimismo, el mariscal de campo Diego de Peñalosa, natural de Ceuta, dejó parte de sus bienes a la Casa de la Misericordia de Ceuta (Gómez, 1995, 178) (Yuste, 2004, p.188).³ El encomendero Juan Pardo de Losada Quiroga, natural del valle de Cabarcos y Lorenzana (Galicia),

¹AGI, Contratación 429N 2, Autos de bienes de difuntos. Autos sobre la cobranza de los bienes de A. Pérez Enríquez, difunto en Lima con testamento (1651-1652), R.2, ff. 347.

² AGI, Contratación,239,N.1,R.23, 1593 - 1596, Autos sobre bienes de difuntos: Manuel Rodríguez.

³ AGI, Contratación,5631,N.1 1756, Bienes de difuntos: Diego de Peñalosa.

vecino de Manila, dejó a varios albaceas para hacer cumplir su voluntad testamentaria de fundar un convento e iglesia de franciscanos descalzos, otorgar limosnas para estudiantes pobres del colegio de Santo Tomás de los dominicos de Manila, a diversos hospitales y cofradías de México y Acapulco y fundar una capellanía en el convento de Nuestra Señora de las Mercedes de México, entre otras obras pías.⁴

DESARROLLO DEL TEMA

La casa de Misericordia sevillana

La Casa de Misericordia sevillana estaba dedicada a la práctica de obras de pías y especializada en la dotación de doncellas pobres para tomar estado de casada.⁵ Esta institución fue fundada por Antón Ruiz, capellán del Adelantado Mayor de Andalucía, junto a otros cofrades de la hermandad de la Misericordia en 1476. En total, según la Constitución de 1599 estaba conformada por cuarenta hermanos seculares laicos y diez clérigos. Popularmente conocida y fundada con el nombre de hospital fue confundida como tal por propios y extraños, por lo que fue amenazada de ser disuelta en la famosa reducción de hospitales de 1587, sin éxito (Carmona, 2009, 167-184). En aquel año, así misma se denominaba “casa de congregación, para la obra de casar huérfanas doncellas” y en 1688, “Monte de Piedad” (depósito de dinero) que socorría todo género de necesidades en la ciudad de Sevilla y alrededores, también en Andalucía, la Alta Castilla, Galicia Vizcaya Portugal y Borgoña. La Misericordia apoyaba económicamente a la ciudad de Sevilla, en caso de epidemias y confrontaciones bélicas, como sucedió en las pestes de 1649 y 1706. Para 1622, la hermandad estaba conformada por veinticuatro legos y seis clérigos. Todos ellos miembros de la élite sevillana civil y religiosa: marqueses, condes, miembros de órdenes militares, inquisidores, presidentes de la Casa de la Contratación, veinticuatro de Sevilla, contadores del Consejo del rey, fieles ejecutores, corregidores, notarios y mercaderes.

La Misericordia administraba las capellanías, dotaciones y obras pías legadas, como dotar a jóvenes pobres, a través de los bienes, rentas, capital o juros, cumpliendo con las voluntades testamentarias de los benefactores. Los otros deberes de la institución estudiada eran asistir a necesitados, liberar cautivos o presos, repartir limosnas, buscar hogar para albergar a niños huérfanos o expósitos. En cuanto a las obligaciones de los hermanos de la cofradía estaban la asistencia a los cabildos, a los entierros y a las fiestas religiosas (Navidad, Resurrección, Espíritu

⁴ AGI, Contratación, 524, N.2, R.10, 1625, Bienes de Difuntos de Juan Pardo de Losada Quiroga.

⁵ Muchas casas de misericordia fueron fundadas con los estatutos de la de Lisboa fundada en 1498, como la de Manila y la de Ceuta.

Santo, fiesta del Dulce Nombre de María, procesión de doncellas, procesión de sacerdotes y procesiones solemnes de difuntos). El cumplimiento de estas obligaciones les permitía elegir a doncellas para recibir dotes. La Misericordia estaba conformada por el padre mayor, el mayordomo, el secretario, el contador, el letrado, dos visitadores o diputados de las posesiones de la hacienda, el visitador de fiestas, memorias, capellanías y misas, escribanos, solicitador, visitadores de doncellas, procurador, el secretario de los libros de las doncellas y letrados. También estaban los capellanes, que realizaban los actos litúrgicos en las fiestas religiosas y entierros, y el portero, que no eran cofrades. Los hermanos no recibían salario y trabajaban en comisiones. Recibían salarios el mayordomo, los dos secretarios, el letrado, el solicitador, el casero, el visitador de posesiones y penas, el portero y los capellanes

Las rentas de la Misericordia generaban de once a catorce mil ducados anuales para ayudar a los pobres de la ciudad, aunque su especialidad era dotar a doncellas. Había disposiciones testamentarias para parientes, otras destinadas a cualquier joven honesta y pobre, y algunas disposiciones libres consignaban toda la renta, los residuos o parte en las dotes de ajuar o en lo que considerase conveniente a las autoridades de la Misericordia. Anualmente, renta o residuo se juntaban en cada ajuste en un solo caudal, destinado a dar limosna a los pobres. Por ejemplo, en 1649, una gran inundación había afectado a la ciudad de Sevilla y a la huerta del Prado de Santa Justa por diez días, arruinando la cebada y el trigo, ahí cultivadas.⁶ Una de las consecuencias de la inundación fue la hambruna en la capital hispalense que hizo que la Casa de Misericordia ordenara que comprasen trescientos ducados de pan amasado para repartir entre las zonas de la Cestería, Triana, Alameda y otras partes. El repartimiento fue asignado a los hermanos Antonio del Castillo Camargo, Fernando de Céspedes y Bernardo de Valdés. El cabildo dio orden para que el tesorero Gaspar de Santillán y el contador Pedro de Torres Urrutia reconociesen las dotaciones de las que se pudiesen extraer el dinero, conforme a la fundación de cada una.⁷

El siglo XVII estuvo caracterizado por las inestabilidades políticas y económicas, sumado a las continuas crisis de subsistencias y fenómenos naturales (inundaciones, sequías) y epidémicos, que hicieron de este siglo uno de los más difíciles para Sevilla, siendo el culmen la gran peste de 1649. La casa de la Misericordia y el Hospital de las Cinco Llagas fueron testigos presenciales de esta peste donde murieron miles de enfermos, siendo enterrados en el cementerio del hospital mencionado, principalmente gente proveniente de los barrios cercanos a la Macarena como eran San Julián, Santa Lucía y Santa Marina.

⁶ Archivo Histórico Provincial de Sevilla (AHPs), Libro cabildo 4749(1643-1649), 11 de abril de 1649, f. 388v.

⁷AHPs, Libro cabildo 4749(1643-1649), Libro cabildo, 11 de abril de 1649, f. 388v.

Envíos indianos a la Casa de la Misericordia para obras pías

Los legados testamentarios destinados a dotar a doncellas de la Casa Pía de la Misericordia de Sevilla provenían de diferentes lugares, algunas de las Indias o América hispana. Uno de los casos más interesantes encontrados en la documentación fue la de un sevillano que vivía en Lima, capital del Virreinato del Perú, que envió dinero para fundar una dotación para dotar a doncellas pobres que coincidió con la gran peste de 1649⁸. Otro legado testamentario indiano a esta institución fue el de don José de Borda, contador de la Audiencia del Reino del Perú, vecino de la ciudad de Lima. En 1744, el padre Luis de Espinosa de la Compañía de Jesús del Colegio de San Hermenegildo de Sevilla se convirtió en el apoderado de esta donación. Los hermanos de la Misericordia lo aceptaron.⁹ Otro indiano que envió una donación testamentaria desde Veracruz, Nueva España, a favor de la Misericordia sevillana fue Diego de Azúa, natural de Deusto en 1562.¹⁰ Pero también, voluntades testamentarias indianas fueron enviadas a otras Misericordias como la ubicada en Lisboa que es considerada, la más antigua de Portugal, fundada en 1498 (Lobo de Araújo, 2006, 121). Así, en 1628, el capitán Francisco de Villegas, natural de Sevilla, difunto en México dejó como herederos de sus bienes a su esposa Polonia de Silva y a los hermanos de la mesa de la Santa Misericordia de Lisboa¹¹. Este último caso se produjo cuando España y Portugal estuvieron unidos bajo la Monarquía Hispánica en el periodo de 1580 a 1640. Al menos durante este periodo, las misericordias estuvieron en contacto para los casos de búsqueda de legatarios y personas perdidas que pudiesen estar en algún lugar de la península ibérica o indiana. Personas escribían a las Santas Casas de la Misericordia portuguesas para localizar familiares y tener información de sus vidas, demostrando que los lazos se mantenían, incluso después de muchos años de ausencia y varios océanos entre ellos. Los que estaban lejos de sus familiares, en especial cuando se encontraban en diferentes partes del Imperio, se sirvieron también de las Misericordias para cumplir legados y establecer contactos con sus familiares. Por ejemplo, en el cabildo de la Misericordia sevillana se leyó el 28 de enero de 1635 que una voluntad testamentaria destinada a la institución proveniente de Manila, hizo escala en Nueva España, y estaba en camino a Sevilla.

⁸ AGI, Contratación, 429. De Antonio Pérez Enríquez, natural de Sevilla y difunto con testamento en Lima. 1651-1652. Mandó fundar una capellanía en su patria y dotes para doncellas en la Misericordia.

⁹ AHPS, Libro cabildo 4762(1741-1746) 19 de abril de 1744, s/f.

¹⁰ AGI, Contratación, 200.

¹¹ AGI, Contratación, 376, N.1, R.4.

Toda esta información contenía una carta, enviada de la ciudad de México de la Nueva España el 1 de abril de 1634, firmada por Juan Lopez de Olaiz.¹²

La casa de la Misericordia de Sevilla como sus homólogos en diferentes partes de la Metrópoli e Indias solían prestar ayuda a la colectividad en caso de emergencias. Por ejemplo, tenemos el caso de la Casa de Misericordia de Manila que ayudaba a la ciudad en situaciones de carestía o hambruna, pero en calidad de préstamo porque el dinero lo obtenía de las fundaciones pías que estaban bajo su resguardo. Así en 1743, esta casa de Misericordia prestó veinticinco mil pesos a la real caja para subvenir a las urgencias del año 1736 y, la misma cantidad a la ciudad de Manila en 1738 para la compra de arroz, granos con que socorrer la necesidad pública por la carestía.¹³ En 1757, esta Misericordia entregó cien mil pesos de las obras pías de su administración para los fondos de la nueva compañía de comercio establecida por su gobernador para abasto público de las ropas de seda, lana y algodón.¹⁴

La actuación de la Casa de Misericordia de Sevilla ante la gran peste de 1649

Ante cualquier situación catastrófica ocurrida en la ciudad, la Misericordia socorría y era costumbre hacerlo. Así no era extraño que ante la gran peste de 1649, el asistente de la ciudad de Sevilla pidiera al padre mayor de la Misericordia ayuda para atender a los enfermos, pues ya no se abastecían ante la crisis que había provocado la peste en la ciudad de Sevilla y en otras partes de la provincia. El asistente pidió a la Misericordia le donara las limosnas destinadas para acudir a las necesidades comunes. Se convocó un cabildo para tomar una resolución al respecto el día siguiente de leída esta solicitud, el 18 de abril de 1649.¹⁵ Se propuso ese día que se nombrase una diputación conformada por los hermanos Alonso Verdugo de la Cueva, Luis Ponce de León, Francisco de Ocaña, Alonso Fernández de Santillán, Antonio del Castillo Camargo, Gaspar Fernández de Santillán, Bernardo de Valdés, Juan Osorio de los Ríos, Alonso Alemán y el licenciado Pero Cristóbal de Ortiz. Esta comisión debía revisar las voluntades de los testadores

¹² AHPS. Libro cabildo 4746, (1633-1636), f. 224 r-v (28 de enero de 1635). La mesa de la Misericordia de la ciudad de Manila le ordenaría que 4.481 pesos que habían de haber Juan de Herrera y Francisca Ferreira, familiares de Francisco Ferreira, los remitía a la Misericordia sevillana, registrados en capitana y almiranta en la flota general don Lope de López, menos 28 que se habían gastado en las costas de ponerlos en el puerto de la Veracruz consignándolas a Pedro de Andoin.

¹³ AGI, Filipinas, 197, N.26, 1744-1747, Carta de la mesa de la Misericordia sobre préstamo a la ciudad de Manila.

¹⁴ AGI, Filipinas, 199, N.3, 1757, Expediente sobre préstamos de la casa de la Misericordia.

¹⁵ AHPS, Libro cabildo 4749(1643-1649), 18 de abril de 1649, f. 395r.

que habían dejado a la Misericordia como administradora para averiguar cuáles de ellas podía derivarse dinero para atender a los apestados. La decisión se tomaría en el cabildo, por lo que se instó a que todos estuviesen presentes y que el contador llevara el estado de la hacienda.¹⁶

La reunión fue llevada a cabo el 21 de abril de 1649. El portero de la casa, Baltazar de Figueroa, avisó a los hermanos y estuvieron presentes Juan de Castañeda, Alonso Verdugo de la Cueva, Luis Ponce de León, Juan Osorio de los Ríos, Alonso de Alemán, Gaspar de Santillán, Castillo Camargo, Alonso de Santillán y Bernardo Valdés. Reunión en la que tomarían una decisión sobre la donación de treinta y siete mil reales, destinados a la curación de los enfermos de peste.

Una comisión encargada ajustó el caudal de la décima, hacienda, dotaciones libres y otras obras pías, cuyo repartimiento y distribución dependía del arbitrio del cabildo de la Misericordia, determinándose una cantidad por tanteo. La cantidad para ayudar a modo de tributo en esta emergencia sería la propuesta por la junta, por decisión del cabildo. Esta cantidad se repartiría en el día de Todos los Santos, en camas y en ropa, para socorrer la curación de los apestados.

El problema radicaba que no era dinero en efectivo, así que se decidió tomar a tributo sobre los bienes libres que la Misericordia podía disponer a voluntad. Una comisión fue nombrada entre los hermanos para darles comisión y hacer la imposición. Una vez obtenido el dinero, treinta y siete mil reales, fue colocada en un arca separada en la Misericordia. Los diputados tendrían las llaves para distribuirlo.¹⁷ Dos días después continuó el debate de este tema en el cabildo, así el 23 de abril se acordó continuar ayudando a la curación de los enfermos después de gastada la cantidad propuesta, en caso de que la peste persistiera. La Misericordia se valdría de la renta de los patronazgos de dotes de dinero destinados para casamiento de doncellas del año de 1649, cambiando su destino para la atención de los enfermos de la peste, sin esperar licencia del papa o de otro superior por la urgencia de la situación.

El cabildo ordenó realizar consultas con los teólogos y juristas para que diesen su parecer en el asunto de transferir dinero de dotes a la atención de los apestados, para ello la contaduría debería realizar una relación de las condiciones de entrega de dotes de las fundaciones. El problema estaba en cubrir la necesidad extrema con el dinero destinado a doncellas nombradas que no habían recogido sus dotes. El acuerdo consistió en hacer veinte camas para los enfermos y los alimentos

¹⁶ *Ibíd.*

¹⁷ AHPS, Libro cabildo 4750(1649-1655), 21 de abril de 1649, f. 1r-2r. Acuerdo que se hizo para la curación de los enfermos de peste de 37 mil reales. Socorros que esta casa deber hacer en las necesidades ocurientes de la curación de la peste si Dios quiere castigar nuestros pecados con que esta ciudad se inficionase de este achaque en primer lugar se trató y ajustar así el caudal de la décima como de la hacienda y dotaciones libres cuyo repartimiento y distribución es del arbitrio del cabildo.

a darse diariamente. Se calculó lo que costaría la cama, la comida y la atención de cada enfermo en un mes para determinar a cuantos se daría atención con treinta y siete mil reales. En un comienzo, se acordó proponer al cabildo que lo más conveniente sería armar las veinte camas con rútilos en el Hospital de las Cinco Llagas o también llamado de la Sangre, diez para hombres y diez para mujeres. Cada cama sería de tablas y bancos, con tres sabanas, almohadas y cobertor, así como una estera de enea. Diez estereras para cada mes costarían ciento y quince reales. Las veinte camas en total costarían dos mil trescientos reales y el sustento de los veinte enfermos por mes sería a razón de cuatro reales cada día por cada uno. Los diputados elegidos por el cabildo pagarían cada mes por adelantado al Hospital de la Sangre mientras durara la emergencia.¹⁸

El 25 de abril de 1649, la Misericordia convocó a un cabildo extraordinario en el que estuvieron presentes el padre mayor, Antonio del Castillo Camargo y los hermanos Pedro Cristóbal Ortiz, Antonio Contreras, Gaspar Hernández de Santillán, Alonso Hernández de Santillán, Cristóbal Muñoz de Escobar, Josefe de Céspedes, Alonso Alemán, Fernando de Céspedes y Velasco, el marqués de Valencina, Gerónimo Fedrigui, Bernardo de Valdés, Juan Osorio de los Ríos y Francisco de Ocaña. El portero Baltazar de Figueroa avisó a los hermanos para asistir al cabildo y reportó a los siguientes hermanos enfermos de la peste: Antonio de Ceballos, Alonso Marmolejo, Fernando Mesia de la Gelgera, García de Sotomayor y Juan Cano de Santayana.¹⁹ En ese cabildo, los hermanos aprobaron dos comisiones del 21 y 23 de abril para que tomaran a tributo los treinta y siete mil reales y se pusieran en arca aparte. Se dudó si comprar estera o colchones, es decir sobre la calidad de las camas. Una comisión conformada por cuatro hermanos de la Casa de la Misericordia tomaría las decisiones -Antonio del Castillo Camargo, Gaspar Fernández de Santillán, Alonso alemán y Bernardo de Valdez -para lo cual en la contaduría les entregarían los documentos que fuesen necesarios para que pudiesen obrar judicial y extrajudicialmente en nombre del cabildo en todas las cosas que fueran necesarias. Otra comisión fue encargada de realizar una consulta con juristas y teólogos sobre si era posible gastar el dinero destinado a dotes por atención a apestados.

Según denuncias, Triana, al otro lado del río Guadalquivir, estaba en peor situación que la misma capital hispalense, en cuanto a la atención a los apestados. El 25 de abril de 1649, en el cabildo, una duda se planteó sobre si sería conveniente que las veinte camas se pusieran en Triana en vez del Hospital de la Sangre, en el arrabal de la Macarena, en las afueras de Sevilla amurallada, lugar al que ya estaban asignados y nombrados tres diputados. El padre mayor Juan de Castañeda

¹⁸ AHPS, Libro cabildo 4750(1649-1655), 23 de abril de 1649, fs. 2r-3r.

¹⁹ AHPS, Libro cabildo 4750(1649-1655), 25 de abril de 1649, fs. 3v-5v

comunicó esta proposición del gobernador de la Real Audiencia Jerónimo del Puerto del consejo del rey que lo hizo público a través del alcalde del crimen Juan Pardo quien indicó la gran necesidad que había en Triana de aquel lugar de curación por haber allí muchos enfermos. Se señaló para hospital de apestados el convento de los Remedios en el arrabal de Triana. Cristian Muñoz de Escobar hizo de parte del gobernador y de la Real Audiencia de la ciudad de Sevilla la misma proposición. También, el hermano Gerónimo Federigui coincidió con la misma proposición de parte del cabildo de la ciudad de Sevilla. Se discutió sobre el tema y las dificultades que surgirían y se acordó que el padre mayor, Francisco de Ocaña y Antonio del Castillo Camargo fuesen a responder al gobernador y al asistente para tomar una decisión que comunicarían al cabildo para su fallo final.²⁰

Otro problema era el temor que los convalecientes recayeran. El hermano Antonio del Castillo Camargo propuso que una de las cosas urgentes a realizar era vestir a los convalecientes con ropa limpia y nueva en las veinte camas destinadas para ellos, ya fuese en el hospital de la Sangre o en el de Triana, porque los vestidos con el que ingresaban eran quemados. Los enfermos eran personas pobres y necesitaban ropa para vestirse cuando se retiraran de los hospitales. Este acuerdo se tomó sin que fuese necesario consulta y acuerdo del cabildo.

La peste llegó a la Misericordia, enfermando a algunos de sus integrantes. Ante esta situación se nombraron a dos para que suplieran a alguno de los cuatro hermanos ausentes. El dinero para los enfermos de peste se guardaría en arca aparte con tres llaves y si fuera necesario haría uso del dinero que había para el empleo de dotaciones en las arcas de la Misericordia. También, el cabildo acordó que con el parecer de los diputados se pudiesen valer y utilizar a modo de préstamo el dinero que había al contado en el arca de los empleos para que se reemplazara del tributo que se tomara y se pasara al arca de la curación.

La comisión estaba conformada por Luis de Ponce de León, Gaspar Fernández de Santillán, Francisco de Ocaña, Antonio del Castillo Camargo, Alonso Fernández de Santillán, Juan Osorio de los Ríos y Cristóbal Ortiz. El portero Baltazar de Figueroa realizó un llamamiento público para conformar la comisión. Se acordó hacer cuatrocientos vestidos de hombres y mujeres. Los diputados dieron cuenta en la comisión de como en conformidad de lo que se les había encargado por el cabildo hablaron con el gobernador de la Real Audiencia Gerónimo del Puerto y con el Asistente de la ciudad en cuanto a la hospitalidad que se pretendía hacer en Triana y como habiéndose conferido en la materia y representando los inconvenientes que en el cabildo se habían considerado, los señores gobernador y asistente quedaron satisfechos especialmente habiendo

²⁰ AHPS, libro cabildo 4750(1649-1655), 25 de abril de 1649, f. 4r.

entendido que los enfermos de Triana se habían conducido con puntualidad y conveniencia al Hospital de la Sangre con que quedó resuelto que no se variase en lo acordado por el cabildo en cuanto a que las camas fuesen veinte, diez para hombres y diez para mujeres. En el Hospital de la Sangre se tendrían que poner tablillas sobre cada una de las camas, enunciando que eran donadas por la Casa de Misericordia. Además que el administrador del hospital mencionado tuviese un libro aparte con cuenta y razón de los enfermos que ocuparan las veinte camas, para que a la Misericordia se le pudiese dar cuenta de los que muriesen como de los que convalecieran. También, los diputados dieron cuenta de que habiendo parecido muy piadoso el acuerdo y resolución de vestir a los convalecientes había hecho cómputo de lo que pudiese costar cada vestido para cada sexo. A los hombres se compraría camisa de bramante, calzón y ungarina de paño de cabra, medias, zapatos y sombrero, costando cada uno de los vestidos cincuenta y cinco reales poco más o menos y los de las mujeres camisa de bramante, almilla, naguas de bayeta de Córdoba, un paño para la cabeza, medias, zapatos costaría cada vestido cincuenta y ocho reales. La Misericordia haría doscientos vestidos de hombre y doscientos vestidos de mujer para distribuir entre los enfermos de las camas que había de sustentar para lo cual el administrador del Hospital de la Sangre había de servir de dar memoria a los diputados de la Misericordia de los enfermos de las camas que convalecieran para que se les diese el vestido. Este acuerdo pío fue aceptado en el cabildo de la Misericordia y aplicado por la comisión de diputados y pidieron que el Hospital de la Sangre lo ejecutara.²¹

En el cabildo, el padre mayor Antonio del Castillo Camargo y Gaspar Fernández de Santillán relataron la ejecución de lo acordado por la comisión y el cabildo, enviándose al hospital de la Sangre las veinte camas. Además, se estaban haciendo los cuatrocientos vestidos, doscientos para hombres y doscientos para mujeres convalecientes. El regente y asistente habían propuesto que se remitieran cien vestidos, sin embargo de que el cabildo había acordado que solo había de servir para los que convalecieran en sus veinte camas. A fines de abril de 1649, en el Hospital de la Sangre había más de doscientos enfermos en estado de convalecencia y no salían del hospital por falta de vestidos. Los convalecientes estaban expuestos a recaer si permanecían en el hospital, así que era urgente que desocuparan las camas que eran necesarios para otros, por lo cual el regente pidió a los diputados dispusieran que se enviasen cien vestidos que estaban hechos para hombres y mujeres. El cabildo acordó que se hicieran trescientos vestidos de lienzo con sus camisas para

²¹ AHPS, libro cabildo 4750(1649-1655), 27 de abril de 1649, f. 5v-6r. Comisión sobre la limosna que esta casa a de dar para la curación de los enfermos del contagio.

hombres y mujeres y la forma para repartir los cien vestidos de paño de las cuatrocientas que estaban hechos.

La ropa con la que los apestados habían ingresado al hospital era quemada de manera que para salir del hospital de la sangre a la convalecencia era menester tener ropa limpia. La ropa con la que entraron los enfermos

*“se ha de consumir y quemar de manera que para salir de la dicha convalecencia era menester tener ropa limpia por lo cual y porque parece que para salir del hospital de la Sangre a San Lázaro donde estaba la convalecencia no serían vestidos de paño sino unas jaquetas y calzones para hombres y jaquetas y naguas para mujeres de lienzo vasto con que estuviesen en la convalecencia el tiempo que fuere necesario por lo cual pidió que esta casa continuara enviando al hospital de la Sangre algunos de estos vestidos ligeros de lienzo”.*²²

El área de convalecencia de apestados del Hospital de la Sangre estaba cerca en el Hospital de San Lázaro. En total estaba acordado hacer trescientos vestidos de lienzo y cuatrocientos vestidos de bayeta y paño, las unas servían para estar en la convalecencia y las otras para salir de ella. En cuanto a estos vestidos de paño se acordó que sobre los cincuenta que se habían remitido al Hospital de la sangre se consignarían otros cincuenta.²³ El objetivo era que hubiese mayor movilidad en el uso de las camas de enfermos del Hospital de la Sangre y de convalecencia en el Hospital de San Lázaro.

La peste provocó varias bajas entre los hermanos de la Misericordia. El 5 de septiembre de 1649, el padre mayor dio cuenta de los hermanos y sus mujeres que habían muerto de peste para hacer las honras y misas rezadas para cada uno (Maciá, 1984, p.13). La peste mató a Pedro de Torres Urrutia, Francisco de Ocaña, Alonso de Dávila Bustamante, Gaspar Fernández de Santillán, Antonio de Contreras Chaves, Antonio de Ceballos y las mujeres de los hermanos que habían fallecido Beatriz Dávila Aguirre, mujer de Francisco de Contreras Chaves, Leonor de Zúñiga, mujer de Pedro de Torres Urrutia, Ana María de Cárdenas, mujer de Francisco Dávila de Aguirre, Urraca de Santillán, mujer de Alonso Fernández de Marmolejo y Elvira Ponce de león, mujer de Diego de Bimes.²⁴ Quedaron varias plazas libres para acceder por lo que exigieron que los nuevos integrantes cumplieran con el reglamento de no admitir por hermano de la casa al que no fuese casado y que no tuviese cuarenta años de edad.²⁵

²² AHPS, libro cabildo 4750(1649-1655), 2 de mayo de 1649, fs. 6v-7v.

²³ *Ibidem*.

²⁴ AHPS, libro cabildo 4750(1649-1655), 5 de septiembre de 1649, f. 8v.

²⁵ AHPS, Libro cabildo 4750(1649-1655), 05 de septiembre de 1649, f. 10r.

Los negocios en la hacienda de la Misericordia habían quedado desamparados por los fallecimientos del contador mayor Antonio de Contreras y el contador segundo Pedro de Torres Urrutia, el tesorero Gaspar de Santillán, el secretario de doncellas Antonio de Cevallos y los cobradores de rentas. El cabildo ordenó nombrar a nuevos.²⁶

Los hermanos que lograron escapar de la peste tuvieron la oportunidad de nombrar a doncellas a dotes varias veces, reemplazando a los hermanos fallecidos. Si los hermanos certificaban que las doncellas nombradas habían fallecido, se les darían nuevos nombramientos para que pudiesen señalar otras en las personas que quisieran.²⁷

Las nombradas desde setiembre de 1649 habían sido por nombramientos dados por duplicados a los hermanos de la casa de Misericordia, que reemplazaban a las muertas por la epidemia. Las muertas por esta peste habían sido tantas que algunos hermanos habían realizado de cuatro a cinco nombramientos de una vez. Las que tenían poco tiempo nombradas se las juzgo vivas.

Después de la peste, la Misericordia se encontró que tenía muchas casas abandonadas, vacías, vacas, sin títulos y otras no tenían fianzas.²⁸ Muchos inquilinos de las casas que la Misericordia rentaba habían fallecido por lo que tenía varias casas vacas cuyas propiedades regresaron a la institución por muerte de las personas a quienes se habían dado de por vida. En octubre de 1649, el cabildo acordó que el contador de memorias las repartiera entre los hermanos para que cada uno cuidara de ver las que estuvieren vacas o libres.²⁹ También quedaron muchas capellanías vacas y se empezaron a nombrar a nuevos capellanes.

El 10 de octubre de 1649, la primera dote que se pidió después de la peste fue la de Isabel de los Reyes que estaba en pecado mortal por ejercer la prostitución y deseaba dejar el oficio. El cabildo delegó al contador mayor para ver si había dinero para concederlo.³⁰ En noviembre de 1649, no había dinero suficiente para continuar con las tradiciones como la entrega de ajuares en la catedral. Casi todos los contadores de la Misericordia habían muerto y no se sabía a ciencia cierta que dotaciones tenían rentas suficientes ese año para entregar dote. Sin embargo, los gastos de ajuares no se habían usado para ayudar en la peste, por lo que el hermano Luis Ponce de León propuso continuar con la entrega de ajuares de ropa para el año de 1650, pues era tradición de la Misericordia hacerlo y el pueblo lo esperaba. Pidió que el contador lograra ajustar las cuentas para que se hiciera posible eso. El contador dijo que

²⁶ AHPS, Libro cabildo 4750(1649-1655), 05 de septiembre de 1649, f. 9r.

²⁷ AHPS, Libro cabildo 4750(1649-1655), 09 de octubre de 1649, f.18v.

²⁸ AHPS, Libro cabildo 4750(1649-1655), 17 de febrero de 1651, f. 134r.

²⁹ AHPS, Libro cabildo 4750(1649-1655), 09 de septiembre de 1649, f. 19v.

³⁰ AHPS, Libro cabildo 4750(1649-1655), 10 de octubre de 1649, f.22r.

“bien sabe este cabildo cuan necesario y conveniente es que no falte en la iglesia mayor la colgadura de ajuares que siempre se han puesto de la cual ha resultado el crecimiento y autoridad a esta casa y aunque por no estar ajustada la cuenta de los cobradores de los años de 647 y 648 no puede hacer a este cabildo el ajustamiento de las dotaciones que tocan a esta obra pía de ajuares de lo que juzga que por no estar comprendidos en los gastos del mal del contagio no tendrán empeño considerable por lo cual suplica a este cabildo se sirva de ordenar que se den ajuares el año que viene de 650 como hasta aquí se ha hecho y mande señalar la cantidad de ellos que se han de hacer porque no se pierda el tiempo en la ejecución “³¹

Luis Ponce de León acordó que se hicieran cuarenta ajuares demás de los cuatro que sobraron en 1649 y que el tesorero Bernardo de Valdez lo mandara hacer en la forma que se acostumbraba.³² Otro problema generado por la peste fue que muchas nombradas a dote habían muerto y se había repartido entre los hermanos el trabajo de averiguar quiénes habían muerto para reemplazarlas. Una madre pidió que se dotara a una hija por otra que había fallecido para una dote de Alonso de Montalván.³³

Durante la peste, la Misericordia no atendió regularmente y la gente que tenía que hacer trámites y declaraciones no lo podía hacer porque no había quien atendiese. Así, Catalina de Fila asentada en una dote se había casado, sin haber pedido la licencia durante la peste cuando no había despacho o atención en la Misericordia por lo que pidió en 1650 cuando la crisis había pasado para que su desposorio se asentase. El cabildo acordó que Luis Ponce de León verificara si era cierto la petición. Si ese era el caso, se tomaría las señas al marido y se la asentaría en los libros de casamiento.³⁴

La peste generó tal desconcierto que fue aprovechado por personas que quisieron sacar ventaja del caos. En noviembre de 1649, descubrieron que con una misma fe de bautismo se habían nombrado a dos doncellas para la dotación de Pedro Pérez de Guzmán.³⁵ No se sabía quién era la que había cometido falsedad. Una ya había cobrado el derecho de dote. La otra chica estaba en

³¹ AHPS, Libro cabildo 4750(1649-1655), 1 de noviembre de 1649, f. 24r.

³² *Ibidem*.

³³ AGI,10, Contratación, 964B,N.2,R.17, 1639, Autos sobre bienes de difuntos de Alonso de Montalván, vecino de Sevilla, casado con Josefa de Zúñiga y Narváez que junto con el procurador mayor de la Casa de Misericordia de Sevilla fueron sus albaceas

³⁴ AHPS, Libro cabildo 4750, 06 de febrero de 1650, f.57v.

³⁵ AHPS, Libro cabildo 4750(1649-1655), f. 27r, 7 de noviembre de 1649.

lista de espera para ser nombrada a una de las dotes de 50 ducados y ya había sido visitada. La duda era cuál de las dos le correspondía ser dotada.

Las dotaciones debían de restablecerse y tener rentas para que desde 1651 se pudiesen hacer repartimientos aunque fuesen cortos. El objetivo era que el pueblo viese que la Misericordia no había faltado a lo acostumbrado de entregar dotes. Además, a dos años de la peste, el caos en el archivo era evidente, esposos solicitaban que sus esposas fueran asentadas en los libros a pesar de haber pedido licencia para casarse. En 1652, Diego Alfonso de Benavente pidió se le asentara el nombramiento de dote de su mujer, no obstante no haber pedido licencia para casamiento.³⁶ A veces no se actualizaban los libros de dotadas y eso creaba problemas a las dotadas.³⁷

Uno de los legados testamentarios enviado desde el Perú para dotar doncellas pobres fue utilizado para aliviar a los apestados de 1649

A vísperas de la peste de 1649, llegó un capital desde el Perú para la creación de una capellanía y dotación de doncellas pobres en la Casa de la Misericordia de Sevilla. Se trataba del indiano Antonio Pérez Enríquez, natural de Sevilla, de profesión artillero. Hijo de Luís Clut y María Enríquez. Murió en la ciudad de Lima, en el Virreinato del Perú en 1646. Mando dinero a Sevilla para algunos legados y obras pías. Su albacea fue Juan Martín de Uceda. Los herederos fueron su hermana Magdalena Clut Enríquez y su sobrino Alejandro Clut de los Santos que era racionero en la catedral de Sevilla. Mandó fundar una capellanía y dejó dinero para dotes y ajuares destinados a doncellas pobres que se entregaban los jueves santos por la Misericordia.³⁸

En 1648, los albaceas en el Perú remitieron un número de barras en los galeones que regresaban a la Península Ibérica.³⁹ Sin embargo, esta remesa vino con faltas de ley y otros gastos por lo que no alcanzaron para realizar las dos mandas. La albacea en Sevilla deseaba que se ejecutara la voluntad de Diego Antonio Pérez Enríquez y rateado o repartido lo que había para la paga del legado no llegaba ni a los tres mil pesos. En esta situación, la albacea sevillana ofreció cubrir los cuatro mil pesos a través de un tributo que pagaba la villa de Osuna de dos mil ducados de plata de principal, impuesto sobre sus propios y alcabalas con obligación de pagar los corridos con diez por ciento en vellón. En estas condiciones doña Magdalena Clut Enríquez, hermana del

³⁶ AHPS, libro cabildo 4750(1649-1655) de 3 de marzo de 1652, f. 215v- f. 226v.

³⁷ AHPS, libro cabildo 4751, 02 de abril de 1656, f.36r

³⁸ AGI, Contratación,429,N.2,R.2. Autos sobre la cobranza de los bienes de Antonio Pérez Enríquez, hijo de Luis Clut y María Enríquez, natural de Sevilla y difunto en Lima con testamento. Manda fundar una capellanía en Sevilla y deja dinero para dotes y ajuares de doncellas. Deja por heredera a su alma

³⁹ AGI, Contratación 429N 2, R.2, 347. Autos de bienes de difuntos. Autos sobre la cobranza de los bienes de A. Pérez Enríquez, difunto en Lima con testamento (1651-1652).

testador, pidió al cabildo admitir esta renta y que la Misericordia enviase la persona que conviniera para determinar el precio del tributo. Aquella persona pagaría al contado, quedando a su riesgo el cobro de los albaceas.⁴⁰

En el cabildo del 7 de marzo de 1649, la Misericordia encargó este trabajo a los hermanos Gaspar Fernández de Santillán y Antonio del Castillo Camargo para reunirse con doña Magdalena y dicesen cuenta de los resultados al cabildo.⁴¹ Al cabo de un mes, el 8 de abril de ese año, el cabildo volvió a tratar sobre la paga que la hermana iba a cubrir para que la voluntad de su hermano se llevara a cabo y para que ajustasen la forma como lo había de hacer.⁴²

Las cosas no salieron como la hermana de Antonio Pérez Enríquez había deseado, pues meses más tarde, en noviembre de 1649, el cabildo decidió que el legado de Antonio Pérez Enríquez fuese destinado a redimir o liberar el tributo impuesto al legado dejado por Catalina de Gabiria. Pérez Enrique había dejado tres mil pesos en efectivo para dotar doncellas. Dinero que estaba en las arcas de la Misericordia.

¿Cómo fue que este dinero destinado a dotar a jóvenes pobres terminó destinado a pagar las deudas de otra dotación? Aquel dinero estaba guardado en la Misericordia y correspondía a una época de suma escasez de dinero y de satisfacer urgentes necesidades que había generado la terrible peste de 1649. De esta manera, los hermanos de la institución no llegaban a una conformidad en la forma que habían de utilizar aquel dinero. Antonio del Castillo Camargo recomendó rentabilizar el dinero, comprando bienes inmuebles, nombrándose diputados para tal fin. Enríquez Fernando de Céspedes, Antonio del Castillo Camargo, Gerónimo de Albadan, Antonio de Bobadilla y Bernardo de Baldes apoyaron esta idea. Cristóbal Muñoz de Escobar apoyó la idea de usarlo como juro de alcabalas o almojarifazgo y si no se usara de esa manera que se redimiese el tributo de doña Catalina de Gaviria. Julián Osorio de los Ríos y Jerónimo Febrique apoyaron esta idea.

Jerónimo Fedrique dijo que el dinero legado por Antonio Pérez Enríquez fuese destinado para pagar la deuda del patronato de Catalina de Gaviria del que se había sacado dinero para el socorro del hospital del contagio. Esta idea fue apoyada por García de Sotomayor. También, el licenciado Pedro Cristóbal Ortiz apoyó que se impusiera tributo los tres mil pesos a favor de Catalina de Gaviria. Luis Ponce de León lo apoyo y que durase tan solamente el tiempo que tardare el recobrar el dinero con que se había de redimir el tributo de Gaviria. Alonso de Santillán lo apoyó. Finalmente, al contar los votos salió que se redimiese el tributo de doña Catalina de Gaviria

⁴⁰ AHPS, Libro cabildo 4749, 20 de diciembre de 1643 al 19 de abril de 1649, s/f.

⁴¹ AHPS, Libro cabildo 4749, 07 de marzo de 1649, f. 386r-v.

⁴² AHPS, Libro cabildo 4749, 08 de abril de 1649, f. 393r-v.

con el dinero legado por Antonio Pérez Enríquez. Y asimismo se acordó que el resto que faltaba para el cumplimiento de los cuatro mil de esta dotación se cobrara de Magdalena Clut.⁴³

En conclusión, el dinero que se envió desde el Perú se utilizó para liberar de deudas a otra dotación. De esta manera, algunas dotaciones se eliminaban al utilizar su principal para pagar deudas o salvar otras dotaciones. Esto se hacía aunque los donadores legaran dinero para fines específicos. Pues, la Misericordia recibía dotaciones libres que se utilizaban según su libre albedrío. Las dotaciones que se absorbían para cubrir gastos y salvar situaciones eran generalmente los que no tuviesen un albacea fuerte que lo protegiera y obligara a la Misericordia a hacer cumplir con la voluntad del difunto. Así por ejemplo otro caso ocurrió en 1693, liquidaron las rentas de la dotación de Joana de León para pagar los gastos que ocasionaban el hospital del Santo Cristo de los Dolores, el hospital de San Bernardo y el de los pobres de la colación de San Martín.

El dinero enviado del Perú era en peso y no tenía valor en Sevilla, así que se mandó fundirlo para cambiarlo a la moneda del uso y entregarlo a los pobres de la Misericordia.

“Acordose de conformidad que la moneda del Perú que hubiere en las arcas y se recogiese el día de la paga de las dotes se entregue al sr. Bernardo de Valoes para que se sirva de mandarla fundir y reducirla a moneda de Sevilla para que se pague a los pobres en la moneda y se encargue al dicho sr. Bernardo de Valoes que en la fundición y reducción procure como lo hay e siempre el mayor beneficio de los pobres de esta casa”.⁴⁴

Más de cien años más tarde, en 1759, el cabildo volvió a debatir sobre el crédito y el concurso a bienes de doña Magna Clut Enríquez que a la dotación de Antonio Pérez Enríquez le correspondía. La Misericordia declaró el dinero de la mencionada dotación perdido y sin esperanza de recobrarlo, según opinión de su abogado y su contaduría, acordándose eso en junta capitular, suspendiendo toda diligencia en la Real Audiencia, por ser uno de sus acreedores.⁴⁵

CONCLUSIONES

Esta investigación trata de visualizar el trabajo realizado por la Casa de la Misericordia de Sevilla o popularmente conocida como hospital de la Misericordia para ayudar a la capital hispalense durante la peste de 1649, entregando al hospital de la Sangre de Sevilla, camas, ropa y manutención para las convalecientes que eran trasladadas del mencionado hospital al de San Lázaro. También designaron un número de ropas para las que definitivamente salieran del hospital,

⁴³ AHPS, Libro cabildo 4750, 7 de noviembre de 1649, f. 25v.

⁴⁴ AHPS, Libro cabildo 4750, 26 de marzo de 1651, s/f.

⁴⁵ AHPS, Libro cabildo 4765, 07 octubre de 1759, f. 227r-228r.

pues al ingresar en calidad de apestados, toda su ropa era quemada. De esta manera, esta ayuda buscaba permitir una mejor fluidez en el tránsito de los pacientes y así mejorar el sistema impuesto por la ciudad para combatir la peste. En el ínterin, los problemas económicos que atravesaba la Misericordia lo trataban de equilibrar entre sus mismas donaciones, prestando unas de otras cuando primaba la emergencia, terminando algunos legados desbancados.

La peste de 1649 causó muertes entre los integrantes que conformaban la Misericordia y de las mujeres a las que dotaba que era su principal objetivo. Esto produjo un tiempo de caos e inestabilidad en la entrega de dotes que paulatinamente fue corrigiéndose. Las dotes de esta institución debían ser dadas anualmente, pues eso es lo que esperaba el pueblo y a lo que estaba acostumbrado y que la Misericordia debía realizar para mantener su prestigio entre la colectividad.

En este contexto, la misericordia convirtió algunos legados testamentarios en ayudas transatlánticas practicadas desde las colonias a la Metrópoli. Españoles afincados en Indias enviaban últimas voluntades para que la Misericordia las administrasen, generalmente orientadas a casar a mujeres pobres y perpetuar su nombre por esta buena acción entre la colectividad de origen. Los patronatos fundados a sus nombres debían tener capilla y un capellán, el cual debía orar periódicamente a nombre del fundador. Sin embargo ante la peste de 1649 se trastocó la voluntad, utilizándose el dinero para superar la situación de emergencia. Pues, sin una buena representación a través de albaceas podían ser utilizadas como capital líquido para palear situaciones de urgencia, perdiéndose en el camino el fin primigenio para la cual fueron creadas. La Misericordia se comprometía a devolverlo, pero muchas veces no lo hacía y generaba la bancarrota y posterior olvido del patronazgo creado.

La Misericordia no esperó a tener la aprobación eclesiástica para destinar el dinero de legados a paliar la situación desbordante experimentada en Sevilla durante 1649. Este aspecto resulta interesante, pues las mandas testamentarias y su aceptación suponen la existencia de una relación contractual entre las partes. Este aspecto es importante señalar porque sería una práctica llevada a cabo por esta institución y quizá por otras que debió subsanarse.

FUENTES Y BIBLIOGRAFIA

Fuentes primarias

- Archivo General de Indias (AGI)
- Archivo Histórico Provincial de Sevilla (AHPS)

Fuentes secundarias

- Carmona García, J. I. (2009). *Las redes asistenciales en la Sevilla del Renacimiento*. Sevilla: Universidad de Sevilla, 2009.
- Gómez Barceló, J.L. (1995). Melilla, origen y destino en el Archivo de la Santa y Real Casa de Misericordia de Ceuta. *Aldaba*, (26), 177–194. doi: <https://doi.org/10.5944/aldaba.26.1995.20354>.
- Lobo de Araújo, M. M. (2006). Redes familiares y estrategias de poder en la Misericordia de Monção durante el siglo XVIII. *Estudios Humanísticos, Historia*, 5, 131-136. Recuperado de <file:///C:/Users/joses/Downloads/Dialnet-RedesFamiliaresYEstrategiasDePoderEnLaMisericordia-2237207.pdf>
- Maciá Ferrández, M. I. (1984). Las pías fundaciones testamentarias en el siglo XVIII. Aproximación al caso de Orihuela (Alicante). *Anales de Historia Contemporánea, Universidad de Murcia*, 3, 7-24. Recuperado de <https://revistas.um.es/analeshc/article/view/106011/100891>.
- Rivasplata Varillas, P.E.(2014). La clausura femenina del Hospital de las Cinco Llagas de Sevilla en el Antiguo Régimen. *Cultura de los Cuidados*, 18(39),48-62. doi: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.39.07>
- Robles Carrión, J., Vega Vázquez, F.J., et al. (2012). Epidemia de peste en 1649. Enfermería en el Hospital de las Cinco Llagas. *Cultura de los Cuidados*, 16(33), 38-42. doi: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.33.05>.
- Yuste, C. (2004). Obras pías en Manila. La Hermandad de la Santa Misericordia y las correspondencias a riesgo de mar en el tráfico transpacífico en el siglo XVIII. En: Martínez López-Cano, M^a.P., Speckman.E. & von Wobeser,G. *La Iglesia y sus bienes. De la amortización a la nacionalización*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, p. 181–202

Profesionalización de Enfermería Rural, circulación de saberes y políticas estatales de salud en La Araucanía-Chile, años 1970-1990

Rural Nursing professionalization, knowledge circulation and state health policies in the Araucania region-Chile, 1970-1990

Profissionalização da Enfermagem Rural, circulação do conhecimento e políticas estaduais de saúde em La Araucanía-Chile, 1970-1990

Fabiola Sandoval Arias ¹, Edith Rivas Riveros ², Yaqueline Catalán Melinao ³, Paulina Paineicura Rayman ⁴, Carolina Urra Valenzuela ⁵

¹Enfermera, Servicio de Salud de Osorno, Región de Los Lagos; Chile. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-5507-9786>; Correo electrónico: f.sandoval09@ufromail.cl

²Doctora en Enfermería, Departamento de Enfermería, Universidad de La Frontera; Temuco, Región de La Araucanía; Chile. <http://orcid.org/0000-0002-9832-4534>. Correo electrónico: edith.rivas@ufrontera.cl

³Enfermera, Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena; Temuco, Región de La Araucanía; Chile. <http://orcid.org/0000-0001-6179-0323>; Correo electrónico: y.catalan01@ufromail.cl

⁴Enfermera, Hospital Arturo Hillerns Larrañaga de Puerto Saavedra, Región de La Araucanía, Chile. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1410-2302>. Correo electrónico: p.paineicura@gmail.com

⁵Enfermera, Departamento de Salud Municipal Pitrufulquén, Región de La Araucanía, Chile. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5076-5413>. Correo electrónico: caro.urrav@gmail.com

Correspondencia: Edith Rivas Riveros Correo postal: casilla 54-D La Araucanía, Chile

Correo electrónico de contacto: f.sandoval09@ufromail.cl

Para citar artículo: Sandoval Arias, F., Rivas Riveros, E., Catalán Melinao, Y., Paineicura Rayman, P., & Urra Valenzuela, C. (2021). Profesionalización de Enfermería Rural, circulación de saberes y políticas estatales de salud en La Araucanía-Chile, años 1970-1990. *Cultura de los Cuidados*, 25(60). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.60.08>

Recibido:22/11/2020 Aceptado: 09/02/2021



RESUMEN

Con el objetivo de develar la profesionalización de la enfermería rural, sus saberes y las políticas de salud en la Región de La Araucanía-Chile, años 1970-1990, se realiza una investigación histórica, descriptiva. Se trabaja historia oral, incluyendo 8 enfermeras y un enfermero. Los datos se analizan por codificación en base a criterio temático. Se trabaja rigor con triangulación por investigador y criterios de Guba y Lincoln. Se respetan los principios éticos de

Ezekiel Emanuel. Como resultado surgen las metacategorías: Ejercicio profesional de enfermería rural marcado por necesidades sociales, Dualidad del ejercicio profesional, Formación de auxiliares rurales-capacitación, Liderazgo en programas de salud y Transformación de las condiciones de vida personal. Se concluye que los enfermeros desempeñaron su rol del cuidado de la salud, con abnegación y sacrificio, con destacada vocación en base a las necesidades enfrentadas, debiendo adaptarse a la ruralidad, viviendo realidades complejas en un entorno de pobreza y vulnerabilidad social, desarrollándose personal y profesionalmente.

Palabras clave: Historia de la enfermería; enfermería rural; salud rural; servicios de salud rural.

ABSTRACT

Aiming to reveal the rural nursing professionalization, knowledge circulation and state health policies in the Araucania region in Chile, from 1970 to 1990, a historical, descriptive investigation is carried out. Oral history is worked, including 9 nurses through snowball sampling. The data are analysed by coding based on thematic criteria. Rigor is worked by researcher triangulation and Guba and Lincoln criteria. Ezekiel Emanuel's ethical principles are respected. As a result, the following metacategories emerge: Professional rural nursing practice marked by social needs, Professional practice duality, Rural assistants training, Health programs leadership and Personal living conditions transformation. It is concluded that nurses performed their role as health care managers with abnegation and prominent vocation based on the needs they faced, adapting themselves to rurality, living complex realities in an environment of poverty and social vulnerability, thus, developing personally and professionally.

Keywords: History of nursing; rural nursing; rural health; rural health services.

RESUMO

Com o objetivo de desvelar a profissionalização da enfermagem rural, seus conhecimentos e políticas de saúde na região de La Araucanía-Chile, 1970-1990, é realizada uma investigação histórica, descritiva. A história oral é trabalhada, incluindo 8 enfermeiros e um enfermeiro. Os dados são analisados por codificação com base em critérios temáticos. Trabalhamos rigorosamente com a triangulação pelo pesquisador e pelos critérios de Guba e Lincoln. Os princípios éticos de Ezequiel Emanuel são respeitados. Como resultado, emergem as metacategorias: Prática profissional de enfermagem rural marcada por necessidades sociais, Dualidade de prática profissional, Capacitação de auxiliares rurais, Liderança em programas de saúde e Transformação das condições de vida pessoal. Conclui-se que os enfermeiros desempenharam seu papel na atenção à saúde, com auto-sacrifício e sacrifício, com uma vocação destacada com base nas necessidades enfrentadas, tendo que se adaptar à ruralidade, vivendo realidades complexas em um ambiente de pobreza e vulnerabilidade social, desenvolvendo pessoal e profissionalmente

Palavras-chave: História da enfermagem; enfermagem rural; saúde rural; serviços de saúde rurais. DeCS.

INTRODUCCIÓN

En latinoamericana la profesionalización de la Enfermería Rural y las políticas sanitarias estatales no fueron muy diferentes. En Colombia, en el año 1960, la salud experimentó un gran progreso, la atención hospitalaria se hizo más eficiente con la participación de enfermeras universitarias; licenciadas y auxiliares de enfermería; el hospital se tecnificó mediante la mejoría de la dotación de recursos y la estandarización de procedimientos. El programa rural de los servicios de salud se extendió, con la puesta en marcha del Programa de Promotores Rurales de Salud, en las funciones de Inmunización, Saneamiento, Educación para la Salud y Medicina Simplificada en el Área Materno-Infantil, (Salud pública Colombia, 1950). En Brasil, se trabajó en el control de las infecciones, orígenes de muchas infecciones. La salud pública respondió a brotes epidémicos rurales, con campañas verticales de tinte autoritario junto a la provisión de vacunas.

De esta forma, las políticas sanitarias latinoamericanas en de la segunda mitad del siglo XX, sirvieron para iluminar el quehacer sanitario; en especial el legado de la cultura de la sobrevivencia en las perspectivas sobre cómo pensar y trabajar en salud pública (Cueto, 2015).

En Chile, la institucionalización de la atención en la salud rural, se inicia aproximadamente en 1934, tiempo en el cual el contexto sanitario y socioeconómico del país era muy precario, con múltiples problemas de esta índole (Maldonado, 1934), por lo que en 1952 recibe un fuerte apoyo estructural, con el origen del Servicio Nacional de Salud (SNS), institución estatal responsable de la atención médica (Servicio Nacional de Salud [SNS], 1967). Época en que los hospitales rurales eran exiguos y deteriorados, con deficiente distribución del personal técnico-profesional, reducido equipamiento clínico e insuficiente disponibilidad de ambulancias (SNS, 1967; Valenzuela, 1956). Por ello se contratan médicos jóvenes, destinados a pequeños pueblos (Juricic y Cantuarias, 1975) y se inicia la formación de auxiliares de enfermería (Jiménez, 1981). Este programa comenzó en 1958 y constaba en sus inicios con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (Ministerio de Salud [MINSAL], 1978), estando la formación y adiestramiento a cargo de enfermeras (Jiménez, 1981).

Los hospitales rurales, los consultorios y las postas integraban un sistema regionalizado de atención bajo la supervisión de un Hospital Base de Área desde 1959 (SNS, 1959). Hacia 1971, se contaba con 972 establecimientos de salud rural (88 hospitales, 44 consultorios y 840 postas), evidenciando un incremento de 121.9% (Juricic y Cantuarias, 1975). En este sistema las Postas de Salud Rural (PSR) eran centros de menor complejidad, con mediana o baja concentración de

población, estaban a cargo de un auxiliar rural, y eran visitados por profesionales en forma periódica (López, 2018; MINSAL, 2011).

En 1973, las condiciones del SNS cambian abruptamente tras instaurarse una dictadura militar, (Mönckeberg, 2014), pero se mantuvo su estructura hasta 1979, bajo una severa restricción financiera (Gattini, 2017). En 1979 el SNS es reemplazado por el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) (Ley 2763, 1979), y luego se traspa la Dirección de los Centros de Atención Primaria hacia los municipios (Goic, 2015; Ministerio del Interior, 1979).

La población rural en Chile era de un 24.9%, en 1970, en 1982 descendió a un 17.8% y en 1990 era 16.5%. Las comunas de estudio pertenecen a la Región de La Araucanía, la cual concentraba el 50.3% de población rural para 1970 y 38.7% para 1990, con predominio en las comunas de Puerto Saavedra, Lonquimay, Freire, Curarrehue y Galvarino (Instituto Nacional de Estadísticas [INE], 1970; INE, 1983; INE, 1990).

Los habitantes rurales presentaban una tasa de analfabetismo de 33.6% (1967), 7.1% de agua potable y 7.3% de alcantarillado (1964) (Hevia, 1985). Frente a estos indicadores, el SNS desarrolla servicios mínimos de agua potable y letrinas sanitarias en poblados. Localmente, la zona de estudio registra en 1990 una pobreza rural de 45.4 %, mientras que a nivel nacional era de un 38.8%. En tanto, hacia 1990, el predominio de la desnutrición en menores de 6 años era de 7.4%, frente a un 4.7% nacional (Ministerio de Planificación y Cooperación, 1990), situación agravada por la presencia de enfermedades infectocontagiosas, parasitarias, y respiratorias. (INE,

1990). Ante este escenario, se enfatizó la educación comunitaria; promoción de alimentación-nutrición; abastecimiento de agua potable-saneamiento básico; asistencia materno infantil; inmunizaciones; prevención de enfermedades endémicas; vigilancia epidemiológica y tratamiento de enfermedades (Hevia, 1985; Jiménez, 1981). Actividades que se realizaban en las (PSR) y Estaciones de Salud Rural (EMR). El personal de salud en PSR estaba compuesto por médicos, matronas, enfermeras sanitarias y practicantes de auxiliar sanitario (López, 2018).

Las comunas de estudio eran agrícola-ganadera (Asociación Médica Mundial, 1965), con gran población mapuche. Hacia 1984, el 94% de las reducciones indígenas mapuche se encontraban en la zona. Alrededor de un 50% de esta población era analfabeta y su principal actividad económica era la agricultura de subsistencia, con variaciones geográficas (Oyarce, Romaggi y Vidal, 1989).

Historiográficamente, en Chile, los procesos de profesionalización sanitaria, son visibilizados a través aportes de historiadores y personal sanitario, generando una producción considerable y valiosa como lo prueban los catastros de Ábalos del Pedregal, Anzoategui y Costa Casaretto, publicados en 1961 al alero del Centro Investigaciones de Historia de la Medicina de la Universidad de Chile (CIHM), y la recopilación de Carrillo y Figueroa de 1994. (Zarate MS, Del Campo A, 2014).

MATERIAL Y MÉTODO

Investigación histórica, que cursa, interpreta y transmite el sentido social y cultural del pasado, a través de fuentes históricas (Aróstegui, 1995; Mora, 2012). La fuente primaria fue la historia oral, con testimonios presenciales de las enfermeras/o que se desempeñaron en PSR y EMR en las comunas de estudio. Los datos se obtuvieron por entrevistas en profundidad, guiadas por ejes temáticos y preguntas orientadoras, complementadas con notas de campo. Las fuentes secundarias fueron documentos históricos y epidemiológicos de época.

La selección de las participantes se realizó por medio de muestreo en bola de nieve. (Ullin, Robinson y Tolley, 2006). Se entrevistó a 8 enfermeras y 1 enfermero, lográndose la saturación de la información. El primer contacto se realizó vía telefónica, se explicó el objetivo del estudio, se solicitó consentimiento, y se fijó la fecha para el encuentro, cuyo lugar de realización se acuerda según comodidad del participante. Cada entrevista se registró en formato de audio, y se realizó transcripción textual de ellas. Los datos se analizaron mediante codificación, seleccionando y ordenando los textos significativos en base al criterio temático, cuyo análisis de contenido dio origen a las metacategorías y categorías intermedias.

El rigor se trabajó mediante triangulación por investigador. (Alzas, Casa, Luengo, Torres y Verissimo, 2016) y dependencia, credibilidad, auditabilidad y transferibilidad de Guba y Lincoln. El estudio respeto los principios éticos de Ezekiel Emanuel (2003).

RESULTADOS

Se obtuvieron relatos de enfermeras/o con trayectoria profesional promedio de 30 años, y 2 a 15 años en el área rural.

Tabla N°1: Distribución de metacategorías y categorías intermedias

Metacategorías	Categorías intermedias
Ejercicio profesional de enfermería rural marcado por necesidades sociales	Ejercicio profesional en condiciones adversas
Dualidad del ejercicio profesional	Multiplicidad de actividades
Formación de auxiliares rurales-capacitación	Técnico como potenciador del desarrollo comunitario
Liderazgo en programas de salud	Enfermera educadora sanitaria
Transformación de las condiciones de vida personal	Trabajo de cuidado en crisis económica

Fuente: elaboración propia

Metacategoría: Ejercicio profesional de la enfermería rural marcado por necesidades sociales. Categoría intermedia: Ejercicio profesional en condiciones adversas

Los medios de transporte para dirigirse a las PSR y EMR, eran vehículos (Jeep-Camionetas), con desperfectos mecánicos, que ocasionaban dificultades y demoras en la atención, e incluso ponían en riesgo la vida del equipo de salud. Otros medios de transportes fueron: caballos, carretas y lanchas, y los caminos eran de tierra o ripio, en malas condiciones e intransitables en invierno.

[Íbamos a caballo, pasábamos en balsa los ríos, con la leche y vacunas, demorábamos 1 día viajando, 2 días atendiendo y uno de regreso, atendíamos hasta tarde con un farol].

[En invierno, la Fuerza Aérea (FACH) facilitaba un helicóptero muy deteriorado, para dirigirnos a postas]. [A las postas marítimas íbamos un lunes y regresábamos el viernes, alojábamos en la proa de la lancha, en colchonetas].

[A veces regresábamos a las 23 o 24 horas, porque quedábamos atrapados en el lodo y nos sacaban con bueyes].

Las condiciones climáticas eran adversas, con nieve en zonas precordilleranas, y lluvia en las zonas centrales y costeras, que dificultaban el desplazamiento. El traslado de las vacunas era crítico, porque se congelaban por el frío.

[Nos enterrábamos en la nieve. Se montaba a caballo y la leche y materiales se ubicaba en las mulas]. [El aislamiento y la ruralidad eran extremos, usábamos equipo de nieve]. [Se cuidaban las vacunas antes que se congelaran].

Las (PSR), eran viviendas precarias, con mínimos recursos para la atención y las EMR eran espacios comunitarios: colegios, sedes comunales, iglesias y cuarteles policiales en los sectores muy aislados, tenían una estructura muy primaria, no adaptada para realizar atenciones de salud. Gran parte de las (EMR) carecían de agua, servicios higiénicos, algunos disponían de pozos negros y se trasladaba el agua en bidones, para el lavado de manos. Se calefaccionaban con estufas a leña.

[Para la atención, en (EMR), se habilitaba una pieza separada por cortinas, en una iglesia, escuela, o cuartel policial]. [Inventamos una pesa con bolsa y gancho, para medir usábamos huinchas de madera pegadas a los mesones]. [Se atendía con la luz del día, llevábamos agua en jarros. Los baños eran de pozo negro]. La EMR, era calefaccionada con leña, y se atendía en la oficina del profesor].

A las rondas iba la enfermera, dentista, médico, matrona, auxiliar de enfermería, no siempre iba el equipo completo. La enfermera/o atendía a los menores de 2 años, a los desnutridos y realizaba los controles nutricionales antes de la incorporación de la nutricionista y posteriormente en algunas EMR en donde esta no acudía. La visita a postas se programaba en un calendario mensual, (labor de enfermeras) y se comunicaba a la comunidad, por radio a Carabineros, o se avisaba en la ronda previa. Era de vital importancia las visitas a las comunidades rurales, quienes vivían con mucha pobreza, y esperaban con ansias no solo resolver sus necesidades de salud, sí no también recibir ayuda alimentaria.

[A la ronda iban enfermera, dentista, médico, técnico y matrona, (cuando iba completo), después fueron la asistente social y nutricionista (1980). La nutricionista solo iba a la posta, o EMR cuando había muchos problemas, sino atendía la enfermera]. [El médico atendía la morbilidad, la enfermera el control de niño sano y el control de salud escolar, a veces se realizaba el día de la ronda]. [La población era de mucha pobreza, por ello la leche era muy esperada, a veces la población caminaba kilómetros o venían a caballo, desde la montaña]. [Sus viviendas tenían piso de madera en mal estado o de tierra, con un fogón y una olla. Había mucha escabiosis y pediculosis]. [La población mapuche era muy pobre, con considerable analfabetismo].

- **Metacategoría: Dualidad del ejercicio profesional, Categoría intermedia: Multiplicidad de actividades**

Las enfermeras/os ejercían funciones asistenciales, administrativas y educativas, turnándose en área hospitalaria y comunitaria. En los hospitales, realizaban Atención Primaria de la población urbana, análisis de muestras sanguíneas, clasificación de grupo sanguíneo, radioscopias, evaluación de baciloscopias, atención de partos, se suplía a la nutricionista en la

cocina, e incluso se reemplazaba al médico, cuando este no se encontraba en el hospital. Antes de la década de los 80, existía insuficiencia de profesionales de la salud, incluso un hospital podía contar solamente con una enfermera/o.

[Era enfermero único, atendía terreno 3 días a la semana, 2 días eran para atención directa del niño sano y salas, el trabajo era cuantioso]. [El médico de hospital, estaba de lunes a viernes. En las noches y fin de semana se llamaba a la enfermera, para la atención de los enfermos, por lo que no podía salir, aunque fuera mi día libre]. [Atendí partos por 6 meses, después llegó una matrona. Atendía la urgencia, salas, antes de salir a terreno]. [Diagnosticamos una TBC, realizábamos radioscopias, exámenes y estábamos a cargo de la cocina, (no había nutricionista)] [Éramos responsables de pabellón, esterilización, alimentación, de las ambulancias y de contabilidad]. [Se analizaban baciloscopias, hasta que llegó un tecnólogo]. [Clasificamos los grupos sanguíneos, atendíamos a los donantes y dadores de sangre].

- **Metacategoría: Formación de auxiliares rurales – capacitación, Categoría intermedia: Técnico como potenciador del desarrollo comunitario**

La formación se inició en el Instituto de Educación Rural, (IER), con el objetivo de mejorar el saneamiento básico rural. La Corporación de la Reforma Agrícola (CORA) aportaba el lugar físico de formación y profesores. Los alumnos ingresaban con sexto básico y debían pertenecer a la comunidad de desempeño, nivelaban sus conocimientos en matemáticas y castellano por 2 meses. La formación se realizaba en régimen de internado (9 meses). Las enfermeras/os realizaban la capacitación en temáticas de: atención de niños, de adultos, sistema de registro, actuación frente a situaciones de emergencias, partos y otros. Luego realizaban pasantías hospitalarias en: urgencia, control de niño sano, morbilidad con el médico, control prenatal con la matrona, y con la nutricionista siempre bajo la supervisión de la enfermera.

[El auxiliar se formó y capacitó para postas, en emergencia; parto y atención de enfermo grave y accidentado. Se trabajaba en huertos, porque la población no ingería una alimentación balanceada, (los de la cordillera consumían piñones, y los del mar mariscos). [Así la comunidad empezó a plantar y cosechar]. [Se enseñaba: controles de Salud Infantil, crecimiento del niño, desarrollo psicomotor, algunas patologías, que debían derivar].

- **Metacategoría: Liderazgo en programas de salud, Categoría intermedia: Enfermera educadora sanitaria**

En PSR y EMR los controles de niño sano estaban orientados a la evaluación nutricional, inmunización infantil y vacunación escolar, asimismo se realizaban campañas de vacunación.

Prontamente se inició la evaluación del desarrollo Psicomotor (DSM) y el Programa de Alimentación, en el cual las enfermeras/os supervisaban las entregas de fórmulas lácteas y alimentos. Otros programas fueron el de Tuberculosis, de Crónicos, y prevención del alcoholismo. Además, la enfermera/o destacaba en las intervenciones educativas de prevención de enfermedades infectocontagiosas, construcción de letrinas, y en talleres a profesores sobre primeros auxilios y prevención de hidatidosis, actividad que contó con la colaboración del Instituto Nacional Desarrollo Agropecuario (INDAP), encargado de la desparasitación de los animales. Se destaca la excelente relación del equipo de salud con la comunidad. Administrativamente las enfermeras/os se reunían mensualmente con la Dirección de Servicio, con la finalidad de capacitarse, eran instancias de compartir conocimiento y discutir problemáticas locales.

[Se realizaba control de niños, vacunación escolar, control de crónicos: hipertensos, diabéticos, epilépticos, se gestionaban las recetas, todo el proceso era asesorado por una Asesora Regional de Enfermería]. [Las vacunas se mantenían en cadena de frío, era muy bien administrado por las enfermeras]. [En las escuelas rurales se realizaba educación en prevención de escabiosis, tratamiento de esta y vacunación]. [Se prevenía la hidatidosis, con charlas y talleres a los profesores, se trabajaba con INDAP para la entrega de medicamentos a los animales.]. [Existía mucho respeto, la comunidad era muy cariñosa. Esperaban con tortillas y mate]. [Las enfermeras éramos líderes, era autoridad, en los actos, el Director de hospital asistía con la enfermera]. [Nos reuníamos mensualmente con una enfermera del Servicio de Salud, que

lideraba, se realizaban capacitaciones, se compartían experiencias y nos apoyábamos en la resolución de problemas, e incluso llegaba información de la OPS].

- **Metacategoría: Transformación en las condiciones de vida personal, Categoría intermedia: Trabajo de cuidado en crisis económica**

Las enfermeras/os de salud rural, eran en su mayoría recién egresados, y designadas por el Servicio de Salud a las distintas comunas. Cercano a los establecimientos de salud, existían residencias u hogares para profesionales, en donde habitaban estas en los años 70, eran muy precarias en infraestructura, por ello fue difícil la adaptación de los profesionales, contaban con descanso rotativos los fines de semana, luego de la municipalización en los días libres se les permitía regresar a sus hogares.

[Vivía en la casa de profesionales no médicos. Dormí en el suelo, en un colchón, la primera semana, no tenía catre, no quería quedarme, porque lo encontré inhóspito]. [El año 83, trabaje

casi como voluntariado, existía crisis económica y no había trabajo. Trabajé en el Plan de Expansión de Recursos Humanos (PER) casi 4 años contratada por 6 hrs. diarias, que se transformaban en 10, o 12 hrs., porque no existían suficientes enfermeras, para cubrir la demanda asistencial]. [Era difícil encontrar profesionales que desearan trabajar en las regiones cordilleranas, sobreviví un año..., fue difícil, no me podía adaptar, me sentía muy sola]. [Estuve 11 años, toda mi juventud].

DISCUSIÓN

El desarrollo de la enfermería rural es un proceso complejo donde las enfermeras/os debieron sobrellevar graves dificultades. Consistentemente con nuestros hallazgos en 1947 se documentaba como principales limitantes para el desarrollo del trabajo rural, la inaccesibilidad de los caminos, y la carencia de vehículos, que obligaba a optar por otros medios de transporte, como caballos, situación que afectaba el rendimiento del trabajo de enfermería y generaba un gran desgaste físico (Enfermeras Sanitarias de la Unidad Sanitaria de San Felipe, 1951), además estaban sujetos a riesgos, por los accidentados caminos, las malas condiciones de los vehículos motorizados (Ayerdi, Vojkovic y Silva, 1977), y las condiciones climáticas adversas (Doy, 1993).

Las EMR eran visitadas periódicamente por el personal de salud, entregando servicios de forma discontinuada (Enfermeras Sanitarias de la Unidad Sanitaria de San Felipe, 1951) (Ayerdi, Vojkovic y Silva, 1977), que de acuerdo con los relatos y documentos históricos estas no siempre eran asistidas por la totalidad del personal de salud, en casos óptimos, eran visitadas por médico, al respecto un estudio del año 1977 expone que sólo el 24.3 % de la población recibía atención de la totalidad de los profesionales. En cuanto a los insumos, estos eran muy escasos a nivel intrahospitalario y extrahospitalario (SNS, 1956), por lo que se buscaban estrategias para optimizarlos, igualmente la disposición de servicios higiénicos era insuficiente. (Paredes y Rivas, 2014), antecedentes concordantes con nuestros resultados.

La enfermera rural desarrolló dualidad en su ejercicio profesional, desempeñándose intrahospitalaria y extra hospitalariamente de forma rotativa, de acuerdo al Boletín del SNS de 1957, las enfermeras mantenían el cargo de Jefe de Centro de salud y del hospital (SNS, 1956), lo que significaba una desafiante carga laboral, más aún cuando debían suplir al médico en usencia de este, ya que existía escases de médicos. Así las enfermeras/os asumieron roles extendidos, sin recibir un reconocimiento profesional (Walker, 2000), ni salarial, hechos que González y Zárate (2019), describe como duplicidad de funciones de enfermeras, por escasez de estos profesionales

en Chile (SNS, 1956), al año 1968, existía un déficit de 6.000 profesionales (González y Zárate, 2019) por ello la enfermera se veía imposibilitada de cumplir satisfactoriamente ambas funciones (SNS, 1956), aspecto no expresado en el estudio, tal vez debido a que en el periodo estudiado habían aumentado el número de enfermeras, (3.201 enfermeras en 1977) (MINSAL, 1978), pero aun persistiendo un importante déficit de recursos humanos en el área rural (Cammaert, 1973; López, 2018).

En este proceso relevante fue la formación de auxiliares de enfermería rurales, programa en América Latina de responsabilidad de enfermeras (Díaz, et al, 1966; Meyer, 1980; SNS, 1956). Los técnicos prestaron servicios en los lugares de origen (Montero, 1975), estableciendo un fuerte nexo entre las comunidades rurales y el equipo de salud (Jiliberto y Pezoa, 1975).

Las enfermeras/os lideraron programas sanitarios de promoción de la salud y prevención de enfermedades (Díaz, Pino, Borgoño, Sundin y Carrillo, 1960; SNS, 1956), trabajaron estrechamente con las comunidades y se coordinaron con otros organismos, para el desarrollo de actividades preventivas como: huertos familiares, industrias caseras, economía del hogar y conservación de alimentos (Enfermeras Sanitarias de la Unidad Sanitaria de San Felipe, 1951), interviniendo en una población que en ese entonces vivía en condiciones desfavorables (malas viviendas, hacinamiento, falta de agua potable, eliminación inapropiada de excretas y alimentación insuficiente) (Díaz, et al, 1966; Lira, 1978; OPS, 1967), con altas tasas de analfabetismo (SNS, 1967), en donde destacaban las deficiencias sanitarias. Además, en las zonas predominaba la etnia mapuche, que vivía en extrema pobreza, con indicadores de salud históricamente deteriorados (Centro Latinoamericano de Demografía [CELADE], 1994).

Ante este complejo escenario, el ejercicio profesional y liderazgo de las enfermeras/os con las comunidades fue relevante (Lanzoni, Meirelles & Cummings, 2016; National Academies, 2011), avalado por la fuerte vocación de servicio reflejada en los relatos. Ellas recibían periódicamente capacitaciones, aspecto que facilitaba su labor en las comunidades y garantizaba su profesionalismo, igualmente aportaba la colegiatura obligatoria en el Colegio de Enfermeras hasta 1979, instancia gremial que dictaba y fiscalizaba las normas de ética del ejercicio profesional, la cual posteriormente durante la dictadura militar pierde su obligatoriedad (MINSAL, 2000).

En relación a la transformación de las condiciones de vida personal, se constata que la ruralidad y el contexto político económico del país, afectaron el ejercicio profesional y la vida personal de las enfermeras/os, debido al aislamiento geográfico y falta de contacto familiar (Moran et al, 2014; Williams, 2012), pero a pesar del adverso escenario, ellos desarrollaron la autonomía

como un desafío (Trépanier et al, 2013), dado que asumieron el rol, recién egresadas, sin experiencia laboral previa.

CONCLUSIÓN

El ejercicio de la enfermería en la época estudiada, se caracterizó por un fuerte compromiso social, en la cual las enfermeras desempeñaron su rol de cuidado, en base a las necesidades enfrentadas. En ese entonces, la ruralidad evidenciaba pobreza extrema, y vulnerabilidad social a la cual las profesionales debieron adaptarse y trabajar en ella, cursando situaciones adversas, pero sin dejar de brindar atención de calidad y siendo el eje transformador de la realidad de la comunidad. Realizaban múltiples actividades con rol extendido al ejercer sus funciones asistenciales, administrativas y educativas tanto en el área intrahospitalaria y extrahospitalaria, obteniendo así reconocimiento por sus labores.

Para finalizar, expresar que la historia de la enfermería rural, no ha sido ampliamente documentada (González y Zárate, 2019), pese a su trascendencia, y ser hito de las primeras transformaciones en salud, en un contexto de privación socio económica.

Sugerimos continuar investigando a fin de disponer de una base y poder evaluar el progreso obtenido a través de los años, ya que “enfermería, como profesión, debe comprender que la historia ofrece una identidad que debe ser utilizada, para crecer y evolucionar” (Lewerson & Herrmann, 2008, p.2).

FUENTES DOCUMENTALES

- Asociación Mundial de Médicos. (1965). *Primera Asamblea Regional Latinoamericana*, Santiago: Autor. Recuperado de <https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/13017/1/181279.pdf>
- Ayerdi, A., Vojkovic, E., y Silva. S. (1977). *Estudio de las Agrícolas, Infraestructura y Servicios Esenciales Comunidades IV Región*. Chile: Instituto de Investigación de Recursos Naturales. Recuperado de <http://bibliotecadigital.ciren.cl/bitstream/handle/123456789/2215/PI02078V11a.pdf?sequence=1>
- Cammaert, M. (1973). Disponibilidad de recursos humanos de enfermería en América Latina. *Educación médica y salud*, 7(3-4), 343-350. Recuperado de

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/123456789/3258/1/Educacion%20medica%20y%20alud%20%287%29%2C%203-4.pdf>

- Diaz, A., Baldó, J., De Faría, E., Raúl, G., Kourany, M., León, M., y Ristori, C. (1966). *Adiestramiento de personal auxiliar en Salud Pública*. Washington, DC: OPS. Recuperado de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/12783/v61n5p383.pdf?sequence=1&isAllo wed=y>
- Díaz, S., Pino, F., Borgoño, J., Sundin, B., y Carrillo, B. (1960). Programa de Vacunación BCG en la población rural de Chile. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 49(3). Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/12416>
- Enfermeras Sanitarias de la Unidad Sanitaria de San Felipe. (1951). Enfermería sanitaria rural. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Recuperado de <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v30n6p752.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticas. (1970). *Demografía Año 1970*. Santiago: Autor. Recuperado de <http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2013/07/Demograf%C3%ADa-1970.pdf>
- Jiliberto, N., y Pezoa, M. (1975). Evaluación del Programa de formación de auxiliares de enfermería del SNS, 1970. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 79(1). Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/16227>
- Juricic, B y Cantuarias, R. (1975). La salud rural en Chile: programa para atraer médicos a las Zonas rurales. *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana*, 78(3). Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/17621>
- História, Ciências, Saúde-Manguinhos, 1960; 22(1), 255-273. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702015000100015>
- Maldonado, C. (1934). Centro de Medicina Rural. *Boletín Médico*, (1-19). Recuperado de <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-73429.html>
- Lira, L. (1978). Aspectos sociológicos y demográficos de la familia en Chile. En Covarrubias, P., Franco, P (comp). *Chile: Mujer y Sociedad*, pp.367-398. Santiago: Alfabetá. Recuperado de <http://www.memoriachilena.gob.cl/archivos2/pdfs/MC0024003.pdf>
- Ministerio de Salud (1978). *XX Conferencia Sanitaria Panamericana*. St. George: Gobierno de Chile. Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/30074/CSP20_B.pdf?sequence=1&isAllo wed=y
- Ministerio del Interior. (1979). Reglamenta aplicación inciso segundo del artículo 38 del DL. N°3063. *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile*. Recuperado de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=3389>
- Ministerio de Salud Pública. (1979). Ley 2763. *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile*. Recuperado de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=6999>

- Montero, R. (1975). Equipos de salud y educación para atención en Zonas Rurales. *Revista Chilena de Pediatría*, 46(3), 268-274. doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41061975000300012>
- Organización Panamericana de la Salud. (1967). *Sistemas para aumentar la cobertura de los servicios de salud en las áreas*. Puerto España: Autor. Recuperado de <http://hist.library.paho.org/English/SPUB/42109.pdf>
- Salud pública y social capítulo VI; pág., 298 <http://www.bdigital.unal.edu.co/638/11/9789587194036.11.pdf>
- Servicio Nacional de Salud. (1959). *Boletín del Servicio Nacional de Salud*, 5(5-6). Recuperado de http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2013/08/boletin_sep-oct_1959.pdf
- Servicio Nacional de Salud. (1967). 15 años de Labor. Santiago: Autor. Recuperado de <https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/44015/1/252133.pdf>
- Valenzuela, G. (1956). Atención médica en el Servicio Nacional de Salud: la política y sus realizaciones. *Boletín del Servicio Nacional de Salud*, 1(2), pp.233-277.

BIBLIOGRAFÍA

- Alzas, T., Casa, L., Luengo, R., Torres, J., y Verissimo, C. Revisión metodológica de la triangulación como estrategia de investigación. *Atas - Investigação Qualitativa em Ciências Sociais*, 3, 639-648. Recuperado de <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/1009/985>
- Aróstegui, J. (1995). *Investigación Histórica: Teoría y Método*. Madrid: Crítica. <http://pdfhumanidades.com/sites/default/files/apuntes/Ar%20-%20La%20investigaci%C3%B3n%20hist%C3%B3rica.%20Teor%C3%ADa%20y%20M%20todo%2018-34%20y%20256-258.pdf>
- Centro Latinoamericano de Demografía. (1994). *Estudios Sociodemográficos de pueblos indígenas*. Santiago, Chile: Autor. Recuperado de <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/9636>
- Cueto, Marcos. (2015). *La "cultura de la sobrevivencia" y la salud pública internacional en América Latina: la Guerra Fría y la erradicación de enfermedades a mediados del siglo*.
- Doy, L. (1993). Community nursing by horseback. Interview by Susan Hudson. *Australian Nursing Journal*, 5(10),32.
- Emanuel, E. (2003). ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. En Lolás, F., y Quezada, A. Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: nuevas perspectivas (pp. 83-96.) Santiago: Programa Regional de Bioética, OPS/ OMS.

- Gattini, C. (2017). El sistema de salud en Chile. Chile: Observatorio Chileno de Salud Pública. Recuperado de https://www.u-cursos.cl/medicina/2017/2/ME08051/1/material_docente/bajar?id_material=2014043
- Goic, A. (2015). El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente. *Revista médica de Chile*, 143(6), 774-786. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000600011>
- González, M., y Zárata, MS. (2019). Trabajo, miserias y recompensas: Asistentes sociales, enfermeras y matronas en la construcción de la política sanitaria chilena a mediados del siglo XX. *Rev Salud Colectiva*. 2019; 15, e2214. doi: <https://doi.org/10.18294/sc.2019.2214>
- Hevia, P. (1985). Participación de la comunidad en atención primaria. *Salud Pública México*. 27(5), 402-409. Recuperado de <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/download/419/408>
- Instituto Nacional de Estadísticas. (1983). *Anuario de Demografía 1983*. Santiago: Autor. Recuperado de <http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2013/07/Demograf%C3%ADa-1983.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticas. (1990). *Anuario de Demografía 1990*. Santiago: Autor. Recuperado de <http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2013/07/Demograf%C3%ADa-1990.pdf>
- Jiménez, D. (1981). Aspectos relevantes de estrategias aplicadas en la Atención Primaria de la Salud Rural. *Cuadernos Médico-sociales*, 22(2),29-32.
- Lanzoni, G., Meirelles, B., & Cummings, G. (2016). Nurse leadership practices in primary health care: a grounded theory. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 25(4), e4190015.doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004190015>
- Lewenson, S., & Herrmann, E. K. (2008). *Capturing nursing history: A guide to historical methods in research*. New York: Springer Pub.
- López, M. (2018). *¿Salud para todos? La atención Primaria de Salud en Chile y los 40 años de Alma Ata, 1978-2018*. Chile: Ministerio de Salud.
- Meyer, A. (1980). Formación del personal auxiliar. *Educación Médica y Salud*, 14 (1), 95-107. Recuperado de <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/5596.pdf>
- Ministerio de Salud. (2011). *Normas Técnicas Postas de Salud Rural*. Santiago: Autor. Recuperado de <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/Cuaderno-de-Redes-N%C2%BA-35-Norma-T%C3%A9cnica-Posta-Salud-Rural-2011.pdf>.
- Ministerio de Salud de Chile. (2000). *Regulación de Recursos Humanos de Salud en Chile*. Santiago: Autor. Recuperado de https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/CHI_OPS&MS_RegulacionRHUS_2000.pdf
- Ministerio de Planificación y Cooperación. (1991). *Resultados Encuesta CASEN 1990*, Santiago: Autor. Recuperado de

<http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen/casen-documentos.php?c=88&m=2&a=1990>

- Monckeberg, F. (2014). Desnutrición infantil y daño del capital humano. *Revista chilena de nutrición*, 41(2), 173-180. doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182014000200008>
- Mora, V. (2012). Fundamentos teórico metodológicos de investigación en historia de la enfermería. *Cultura de los cuidados*, 0(31), 118-126. doi: <https://doi.org/10.7184/cuid.2011.31.15>
- Moran, AM., Coyle, J., Pope, R., Boxall, D., Nancarrow, SA., & Young J. (2014). Supervision, support and mentoring interventions for health practitioners in rural and remote contexts: an integrative review and thematic synthesis of the literature to identify mechanisms for successful outcomes. *Human Resources Health*, 12(10). doi: <https://doi.org/10.1186/1478-4491-12-10>
- National Academies, I. of M., & National Academies, N. A. of S. (2011). *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*. Washington, DC: National Academies Press. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK209880/>
- Oyarce, A, Romaggi, M y Vidal, A. (1989). *Como viven los mapuches: análisis del censo de población de Chile de 1982*. Chile: CELADE. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1548/S8900613_en.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Paredes, P., y Rivas, E. (2014). Historia del ejercicio profesional de enfermeras hospitalarias del sur de Chile (1940-1980). *Ciencia y enfermería*, 20(1), 9-21. doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000100002>
- Trépanier, A., Gagnon, M-P., Mbemba, GIC., Côté, J., Paré, G., Fortin J-P., Courcy, F. (2013). Factors associated with intended and effective settlement of nursing students and newly graduated nurses in a rural setting after graduation: A mixed-methods review. *International Journal of Nursing Studies*, 50(3), 314–325. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.09.005>
- Ullin, P., Robinson, E., y Tolley E. (2006) *Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos*. (Nº614). Washington, DC: OPS Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/729/9275316147.pdf?sequenc>
- Walker, T. (2000). The hidden power of the rural nursing profession. *The Australian Journal of Rural Health*, 8(6), 335. doi: <https://doi.org/10.1046/j.1440-1584.2000.00360.x>
- Williams, MA. (2012) Rural Professional Isolation: An Integrative Review. *Online Journal of Rural Nursing & Health Care*, 12(2), 3–10. Available from <https://rnojournal.binghamton.edu/index.php/RNO/article/view/51>
- Zarate MS, Del Campo A. (2014). Curar, prevenir y asistir: Medicina y salud en la historia chilena. <https://journals.openedition.org/nuevomundo/66805>

Mujer Escarlata: Amante, musa y esclava sexual (1904-1947)*

Scarlet Woman: Mistress, Muse and Sex Slave (1904-1947)

Mulher escarlate: Senhora, Musa e Escrava do Sexo (1904-1947)

**Jose Rodriguez Montejano¹, Sagrario Gómez-Cantarino², M^a. Jesús Bocos Reglero³, M^a.
Angustias Torres Alaminos⁴, Mercedes Dios-Aguado⁵**

¹Facultad de Fisioterapia y Enfermería, Universidad de Castilla-La Mancha. Campus de Toledo (UCLM).
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8729-2768>. Correo electrónico: joserodriguezmontejano@gmail.com

²Facultad de Fisioterapia y Enfermería, Universidad de Castilla-La Mancha. Campus de Toledo (UCLM).
Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-9640-0409>. Correo electrónico: Sagrario.gomez@uclm.es

³Facultad de Fisioterapia y Enfermería, Universidad de Castilla-La Mancha. Campus de Toledo (UCLM).
Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-3288-7796>. Correo electrónico: chusmatin@yahoo.es

⁴Facultad de Fisioterapia y Enfermería, Universidad de Castilla-La Mancha. Campus de Toledo (UCLM).
Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-4523-5634>. Correo electrónico: angustiast@gmail.com

⁵Atención Primaria. Toledo. Centro Salud Yepes. SESCAM. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-0991-7558>. Correo electrónico: mdded@sescam.jccm.es

Correspondencia: Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM). Campus Toledo. Avda. Carlos III, s/n.
45071 (Toledo). Facultad de Fisioterapia y Enfermería. Campus Toledo.

Correo electrónico de contacto: Sagrario.gomez@uclm.es

***Todos los autores están integrados en el proyecto: “Estudio Asociado de investigación HISAG-EP (España-Portugal). Escola Superior Enfermagem, Coimbra y Universidad de Castilla-La Mancha. Portugal”.**

Para citar este artículo: Rodriguez Montejano, J., Bocos-Reglero, M., Torres-Alaminos, M.A., Gómez-Cantarino, S., & de Dios-Aguado, M. (2021). Mujer Escarlata: Amante, musa y esclava sexual (1904-1947). *Cultura de los Cuidados*, 25(60). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.60.09>

Recibido:22/11/2020 Aceptado: 09/02/2021



RESUMEN

Objetivo: Conocer las conductas sexuales de riesgo en el marco sociocultural de principios del siglo XX, e identificar la sumisión y liberación de género a que fueron sometidas las mujeres escarlatas. **Metodología:** Se llevó a cabo una revisión bibliográfica histórico-descriptiva para la que se emplearon fuentes primarias y secundarias, a través de un enfoque histórico cultural, el cual provee una relevancia al papel de la actividad humana y considera que esta trasciende el ámbito social. Los criterios de inclusión utilizados fueron: 1) manuscritos en español, inglés y portugués; 2) trabajos relacionados con las mujeres escarlata en el periodo 1904-1947. Los criterios de exclusión en el presente estudio han sido: 1) trabajos no ajustados al tema de estudio; 2) documentos duplicados; 3) manuscritos no encontrados a texto completo. **Resultados:** Las mujeres escarlatas fueron consideradas como iguales en un mundo paternalista, representadas como la forma corpórea de deidades superiores. Éstas acompañaron a Aleister Crowley, contribuyendo así en la evolución de la magia sexual, centrada en los fluidos sexuales y en alcanzar los deseos establecidos por cualquier mago. **Conclusión:** Dentro de la religión thelemítica, las mujeres escarlatas actuaban en ritos esotéricos sexuales, hecho que provocaba un deterioro en la vida de las mismas.

Palabras clave: Mujer; magia; religión; sexualidad; feminidad.

ABSTRACT

Objective: To learn about risky sexual behaviour in the socio-cultural framework of the early 20th century, and to identify the gender subjugation and liberation to which Scarlet women were subjected. **Methodology:** A historical-descriptive literature review was carried out using primary and secondary sources, through a cultural historical approach, which provides relevance to the role of human activity and considers that it transcends the social sphere. The inclusion criteria used were: 1) manuscripts in Spanish, English and Portuguese; 2) works related to scarlet women in the period 1904-1947. The exclusion criteria in the present study were: 1) works not adjusted to the subject of study; 2) duplicate documents; 3) manuscripts not found in full text. **Results:** Scarlet women were seen as equals in a paternalistic world, represented as the corporeal form of higher deities. They accompanied Aleister Crowley, thus contributing to the evolution of sex magic, centred on sexual fluids and achieving the desires set by any magician. **Conclusion:** Within the Thelemic religion, scarlet women performed esoteric sexual rites, which led to a deterioration in their lives.

Keywords: Women; magic; religion; sexuality; femininity.

RESUMO

Objetivo: Aprender sobre comportamentos sexuais de risco no quadro sociocultural do início do século XX, e identificar a submissão e libertação de género a que as mulheres escarlata foram sujeitas. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão bibliográfica histórica-descriptiva utilizando fontes primárias e secundárias, através de uma abordagem histórica cultural, que dá relevância ao papel da actividade humana e considera que esta transcende a esfera social. Os

critérios de inclusão utilizados foram: 1) manuscritos em espanhol, inglês e português; 2) obras relacionadas com mulheres escarlata no período 1904-1947. Os critérios de exclusão no presente estudo foram: 1) trabalhos não ajustados ao tema de estudo; 2) documentos duplicados; 3) manuscritos não encontrados no texto integral. Resultados: As mulheres escarlata eram vistas como iguais num mundo paternalista, representado como a forma corpórea de divindades superiores. Elas acompanharam Aleister Crowley, contribuindo assim para a evolução da magia sexual, concentrando-se nos fluidos sexuais e alcançando os desejos estabelecidos por qualquer mágico. Conclusão: No seio da religião Teolémica, as mulheres escarlata agiram em ritos sexuais esotéricos, um facto que causou uma deterioração das suas vidas.

Palavras-chave: Mulheres; magia; religião; sexualidade; feminilidade.

INTRODUCCIÓN

Desde el devenir de los tiempos la magia y la religión han influido en la evolución de la humanidad. Frazer (1854-1941) consideró que el ser humano creyó en primer lugar en hechos sobrenaturales, cuestión que originó su pensamiento mágico, antecesor de su tendencia religiosa, siendo este predecesor del pensamiento científico (Malinowski, 1923).

A lo largo de la historia, todas las sociedades han poseído conceptos mágico-religiosos propios. Por tanto, en todas ellas, la religión jugó un papel muy destacado. Sin duda, la forma de comportamiento religioso varió de una civilización a otra, siendo innumerables las diferencias entre en cada una de las creencias, ritos y religiones. Sin embargo, los usos y normas de comportamiento se centraron en las incertidumbres de la existencia del ser humano, haciéndose muy presentes en épocas de crisis o con relación a las diferentes etapas de la vida: nacimiento, adolescencia, matrimonio y muerte (Botero y Endara, 2000). De modo que, en todas las culturas, existen rituales o ceremonias relacionadas con cada una de dichas circunstancias. Hecho que induce a pensar que la vida del ser humano, en mayor o menor medida, siempre ha estado gobernada por creencias y religiones, premisa que cobra relevancia cuando se estudia la sexualidad humana (Malinowski, 1923; Botero y Endara, 2000).

Con relación a la sexualidad la mujer a través de la historia sufrió un control férreo, hasta el punto de ser despojada de la posibilidad práctica y filosófica de elegir su modo de ser. Por medio de ese control se diezmo su capacidad para la toma de decisiones de forma voluntaria, se infravaloró su educación y socialmente se la hizo invisible al recluirla en el espacio doméstico. La dominación sufrida a lo largo del tiempo permitió construir una imagen social de esta acorde con

una persona débil, dependiente del otro, sin criterio propio, atributos todos ellos necesarios para excluir a la mujer de los círculos de poder (Lagarde, 2016).

Durante el siglo XIX, gracias a las ideas de libertad, igualdad y fraternidad consecuencia de la Revolución Francesa (1789-1799) y al sistema económico devenido de la revolución industrial, la mujer comienza a adquirir derechos civiles (Dios-Aguado et al., 2021). Cuestión que suscita la creación de diferentes movimientos sociales defensores de su importancia en el plano social, político y económico (Dios-Aguado et al., 2021; See, 2005). Estos movimientos centran buena parte de su actividad en desmontar los ancestrales prejuicios que pesaban sobre la imagen de la mujer (De Miguel y Cermeño, 2011). En esos momentos la sociedad promueve dos arquetipos femeninos. Uno, el de mujer trabajadora, incorporada al mundo laboral como mano de obra barata y sumisa al hombre (patrón o capataz). Por otro lado es el de la mujer burguesa, relegada al ámbito privado del hogar, encargada del cuidado de la familia y el amamantamiento de su descendencia (Dios-Aguado et al., 2021). A su vez, el movimiento feminista, en estos momentos, lucha contra la prostitución, actividad que, con frecuencia, los hombres consideran como algo inevitable, normal y natural, que siempre había existido y existiría, debido a las necesidades sexuales “incontrolables” de los hombres (doble moral sexual) (De Miguel y Cermeño, 2011).

Es necesario tener en cuenta que las mujeres de la época no hablaban públicamente de sexualidad, consumo de drogas, alcohol, prostitución, enfermedades venéreas, entre otras. Hecho debido a que la sociedad imponía un férreo tabú sobre cualquiera de esas cuestiones (Walkowitz, 1982). De modo que, la doble moral asociada al vicio y al consumo de sustancias estimulantes, llevo a considerar a inicios del s. XX la prostitución un mal endémico a nivel mundial, donde el contagio de las enfermedades veneras afectó a todas las clases sociales (Villa, 2010).

La meretriz, musa de grandes personalidades a lo largo de la historia, mil veces retratada en la pintura impresionista y diva en los escenarios, representa en el ideario burgués, la figura donde enfrentar la imagen de la mujer virtuosa, esposa fiel y madre abnegada. Por lo tanto, la sociedad de la época contempla a la prostituta como un mal menor, ya que su desviación de la norma sexual permite al resto de mujeres conservar su virginidad y honor, siguiendo los usos y normas de la religión imperante dentro de la cultura donde la mujer desarrolla su vida (Luengo, 2006).

Hasta mediados del siglo XX, la sexualidad femenina se circunscribe a la alcoba conyugal, siendo aceptada moralmente tras el matrimonio y con la finalidad de la reproducción. Se trata pues

de una perspectiva imperativa y ajustada a una moral pública, donde la práctica sexual femenina se ciñe a las exigencias morales, sociales y culturales que marca cada religión, hecho que condiciona su autopercepción (Martínez, Siles y Martínez Roche, 2014).

Bajo las premisas expuestas con anterioridad, se pretende conocer las conductas sexuales de riesgo en el marco sociocultural de principios del siglo XX, e identificar la sumisión y liberación de género a que fueron sometidas las mujeres escarlatas. Por lo tanto, en este estudio nos planteamos: ¿Cuál fue la génesis de filosofía religiosa de Thelema? ¿Qué influencia ejerció Crowley en la sexualidad femenina? ¿Qué supuso la magia en el movimiento de Thelema origen de la Mujer escarlata?

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una investigación histórica-descriptiva con abordaje exploratorio del objetivo de estudio, a través del conocimiento directo e indirecto de los acontecimientos sucedidos en el periodo de tiempo comprendido entre 1850-1950, a través de un enfoque histórico cultural, el cual provee una relevancia al papel de la actividad humana y considera que esta trasciende al ámbito social. Las palabras claves y descriptores utilizados fueron: Mujer Escarlata, magia, religión, sexualidad, feminidad. Para llevar a cabo esta revisión, se consultaron fuentes primarias y secundaria, siguiendo una serie de etapas. En la primera se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos electrónicas: Scielo, Dialnet, Medline/PubMed, así como en Google Académico. Se recopilaron 34 documentos de los cuales se descartaron 22 de ellos por ser ajenos al periodo de estudio y al objetivo central del mismo, manteniendo 12 seleccionados para el estudio.

Durante la segunda fase, debido a la naturaleza histórica narrativa del estudio, se establecieron los siguientes criterios de inclusión: 1) publicaciones escritas en español, inglés y portugués; 2) escritos en relación con las mujeres escarlata de Thelema; 3) escritos relacionados con el género y la temática sexual en el periodo de estudio (1850-1950). Los criterios de exclusión seguidos fueron: 1) trabajos no ajustados al tema de estudio; 2) textos no relacionados con Aleister Crowley y mujer escarlata asociados a la disciplina de enfermería y teoría de los cuidados; 3) textos en idiomas no dominados por los autores. De forma que se revisaron un total de 19 fuentes narrativas, aptos con los marcadores estipulados a la hora de ejecutar la búsqueda bibliográfica, en relación con Aleister Crowley y mujer escarlata. Se utilizaron en total, 11 novelas y enciclopedias, además se consultaron 2 capítulos de libro que definitivamente se excluyeron por no encontrar

relación con la figura de la mujer y la magia sexual. Inclusive se revisó documentación gris sobre el tema y época de estudio, con un total de 1 título consultado y no citado.

En una tercera fase se realizó una revisión manual y electrónica en documentos extraídos de la sección web de la Ordo Templis Orienti (O.T.O.) utilizando 4 documentos presentados en la investigación. El acceso a estos escritos fue posible gracias a una búsqueda en dominios públicos de dichos documentos. En total se contó con 27 documentos, comprendiendo los mismos artículos y libros utilizados en este estudio (Tabla, 1).

Tabla 1: Números de artículo/documentos/seleccionados

Tipo de Documento	Nº revisados	Nº seleccionados
Artículos de Revistas	34	12
Capítulos de Libro	2	0
Libros	19	15
Tesis	1	0
TOTAL	56	27

Fuente: creación propia de los autores

RESULTADOS

Edward Alexander Crowley (1875-1947), también conocido como Aleister Crowley, fue un místico influyente, alquimista, mago ceremonial, ocultista, escritor, poeta y pintor inglés. Formó parte de la organización esotérica Hermetic Order of the Golden Dawn, donde fue un miembro destacado. Insatisfecho y enfrentado con la cúpula directiva de dicha entidad, abandonó la organización y fundó la logia ocultista Astrum Argentum (A.A), llegando a ser líder espiritual a su vez de la organización Ordo Templi Orientis (O.T.O.) (Churton, 2012). Pese a tener la oportunidad de formarse en los mejores colegios universitarios de Inglaterra, jamás alcanzó la graduación en la universidad. Sin embargo, por medio de sus amplios conocimientos en el campo de la filosofía y las religiones comparadas, fue capaz de imaginar un sistema filosófico religioso llamado Thelema, dotado de libros sagrados, principios fundamentales y rituales mágicos (Urban, 2003).

A lo largo de su vida escribió más de ochenta libros, cuya temática fue la cábala, el esoterismo, el consumo de sustancias estimulantes y la magia. Sin embargo, la gran mayoría de

sus escritos giran en torno al movimiento filosófico religioso de Thelema y al sistema MagicK, que él ideó (Urban, 2012). Sus conocimientos fueron divulgados por medio de la revista *The Equinox*, aunque las obras que alcanzaron más popularidad fueron *Magick in Theory and Practice* y *Liber AL vel Legis* (Libro de la Ley) (Urban, 2012).

Fue un célebre ocultista, viajero incansable y alpinista muy destacado, hasta el punto de participar, en 1902, en la primera expedición que intentó alcanzar la cima del K2, pico de la cordillera del Himalaya que nunca se había escalado. Así mismo, en 1905 formó parte de la primera expedición que intentó conquistar la cumbre del Kangchenjunga, llegando a alcanzar la cota de 6096 m de altitud sin asistencia respiratoria. En dicha expedición padeció malaria y ceguera por la nieve (Churton, 2012; Urban, 2012).

De personalidad excéntrica, cabe destacar que le gustaba ser apodado *Frater Perdurabo* o *Bafomet*, incluso, *The Great Beast 666*, nombre que recibió por ser considerado el hombre más malvado del siglo XX (Churton, 2012; Urban, 2012) (Figura 1).



Figura 1. Fotografía de Aleister Crowley, realizada por Jules Jacot Guillarmod, 1902.

Aleister Crowley fue referente dentro de los círculos y asociaciones relacionadas con la magia, ya que aportó reflexiones sobre el hermetismo y la conducta sexual, cuestionando asuntos de vital importancia, tales como la relevancia de lo femenino dentro de la magia sexual. Sin embargo, a su vez, a lo largo de su vida su personalidad muestra un componente hebefrénico que se manifiesta a través de trastornos afectivos, ideas delirantes y alucinaciones, lo que le conduce hacia un comportamiento irresponsable hacia la mujer que comparte con él su vida, ya que su incansable apetencia sexual y su necesidad de alcanzar el clímax último de su magia, provoca en

la mujer un acoso físico y psicológico, que afecta de forma negativamente a la salud (Urban, 2003; Churton, 2012).

Génesis de filosofía religiosa de Thelema

Thelema es un modelo filosófico cuya máxima es “haz tu voluntad” y donde la ley es el amor, “amor a voluntad”. Este pensamiento tiene su antecedente en François Rabelais (1494-1553), benedictino, escritor, médico y humanista francés que, en el siglo XVI, usó la palabra *thélème* para dar nombre a una abadía ficticia en su libro *Gargantúa y Pantagruel*. En dicha abadía la única regla reinante era “*fais ce que tu voudras*” (haz aquello que deseas) (Schneider, 2019).

La palabra francesa *thélème* proviene de la palabra griega koiné *θέλημα* (/zélema/): ‘voluntad’, la cual deriva del verbo *θέλω* (/zelo/): querer, desear, propósito. El vocablo está presente en escritos del primitivo cristianismo y fue usado para referirse a la voluntad de Yahvé (Schneider, 2019).

Crowley, fascinado por esa corriente de pensamiento y con sus conocimientos sobre ocultismo, yoga y misticismo, adquiridos a lo largo de sus viajes, publica el *Libro de la Ley* en 1904. En él plasmó su pasión por el pensamiento de Rabelais y adoptó sus preceptos, ya que lo consideró un “maestro” (Churton, 2012) (Urban, 2012). De modo que, al dictado de una voz interior, denominada por él *Aiwass*, escribió el libro y consolidó las máximas del sistema filosófico religioso de Thelema. Sus máximas son “Hacer tu voluntad será el todo de la ley”, “Amor es la ley, amor bajo voluntad” y “No hay más ley más allá de hacer tu voluntad” (Churton, 2012; Urban, 2012).

El modelo filosófico religioso de Thelema popularizado por Crowley es individualista y no se ajusta a conceptos éticos convencionales, hecho que obliga al autor a realizar múltiples aclaraciones con relación a la conducta de las personas. Pues muchos derechos están implícitos dentro del derecho superior de “hacer tu voluntad”, voluntad que es diferente en cada persona. Por tanto, dentro del derecho superior se incluyen los derechos de vivir bajo su propia ley, vivir del modo que sea su voluntad, trabajar, jugar y descansar como sea la voluntad de cada quien, morir cuándo y cómo sea su voluntad; comer y beber lo que sea su voluntad; vivir donde sea su voluntad; moverse por el mundo según su voluntad; pensar, decir, escribir, pintar, moldear, construir y vestir según su voluntad; amar cuándo, dónde y con quien sea según su voluntad; y matar a aquellos que anularían esos derechos (Campbell, 2018). Este modo de entender la vida promulgado por Crowley está muy próximo al movimiento social anárquico desarrollado en Europa durante la primera mitad del siglo XX.

En 1920 Crowley fundó la Abadía de Thelema en Cefalú (Sicilia) (Sutin, 2002), espacio donde sus moradores desarrollaban los mandatos de Thelema. En este lugar el sexo y las drogas estuvieron presentes durante las orgias y bacanales que allí se llevaron a cabo (Symonds, 2008). Bajo los rumores de acciones depravadas y ante las continuas denuncias de los habitantes de Cefalú, el 23 de abril de 1923 Crowley es expulsado de Italia, hecho que supuso el fin de la Abadía (Campbell, 2018).

Influencia de Crowley en la sexualidad femenina

La sexualidad, en múltiples ocasiones y por largos periodos de tiempo, estuvo asociada a la magia, otorgando al sexo un poder mágico. Hasta el siglo XIX no surgen escritos que profundicen en el pensamiento mágico-erótico del mundo occidental, el cual está sujeto al influjo del pensamiento judeocristiano (Muñoz, 2013). En Europa, la sexualidad femenina cobró relevancia en los albores del siglo XX, por medio de las aportaciones de Havellock Ellis (1859-1939) y Sigmund Freud (1856-1939). De este autor destacan sus ensayos sobre sexualidad escritos en 1905, en ellos Freud, analiza la relación existente entre infancia y desarrollo de la sexualidad en la persona (Freud, 2006).

En 1904 Crowley escribe en El Cairo el Libro de la Ley, obra considerada un tratado sobre la corriente filosófico-religiosa de Thelema y, donde estipula que cada persona posee el derecho absoluto de satisfacer su deseo sexual, necesidad fisiológica intrínseca a cada persona (Crowley, 1938). En este sentido, abraza la visión filosófica de Walter Schubart (1897-1942), quien pensó que cada acto de unión sexual es una regresión a tiempos místicos, alcanzables tan solo por medio del éxtasis sexual (García, 2005; Cantarino et al., 2016).

Para llevar a cabo su trabajo, Crowley analizó los ritos llevados a cabo con relación a la sexualidad en los diferentes pensamientos místicos y religiosos de la época. A su vez, adoptó alguno de los preceptos proclamados en la revolución sexual de comienzos del siglo XX, con la finalidad de poner en práctica sus pensamientos sexuales en relación con la feminidad. Sus creencias con relación a la sexualidad las expreso a través de la simbología, de modo que los fluidos corporales relacionados con el acto sexual adquirir la categoría de principios activos mágicos, otorgando al orgasmo un poder supremo dentro de su magia (Urban, 2003). Por tanto, en su obra *Magick in Theory and Practice*, consideró el concepto de magia terminado en (k) como una disciplina para el entrenamiento físico, mental y espiritual capaz de producir cambios en la voluntad de la persona. Inclusive consideró la magia(k) como ciencia y arte de descubrir la voluntad verdadera del individuo (Crowley, 1929). Crowley obsesionado con la transgresión de

los símbolos (Muñoz, 2013), por medio de su magia(k) modifica el concepto de sexualidad femenina y a través de su corriente filosófica religiosa se salta el orden establecido con relación a la mujer. Sus prácticas sexuales alcanzan tal notoriedad que producen alarma dentro la sociedad de la época, ya que dichas prácticas sexuales se realizaban en el ámbito extramatrimonial (Churton, 2012; Urban, 2012). Con la corriente filosófico-religiosa de Thelema no busca un modelo social más igualitario, todo lo contrario, ya que su modelo fue elitista, el cual favorecía a los fuertes por encima de los débiles, encontrándose la mujer dentro del grupo de los débiles (Muñoz, 2013).

Entre las deidades de su movimiento destaca, “Babalón” conocida también por el nombre de Mujer Escarlata. Crowley por medio de esta diosa representa el arquetipo de mujer liberada, él imagina a la Babalon como un avatar terrenal que logra satisfacer su impulso sexual femenino mediante su cáliz y el manejo de las riendas, de modo que a través de esa simbología la Babalon adquiere relevancia espiritual, hecho que permite a Crowley representar de una forma velada el sometimiento de la mujer al hombre (Campbell, 2018; Crowley, 1986). La Mujer Escarlata o Babalón presenta un gran parecido con la ramera de Babilonia, personaje destacado en varios capítulos del libro Apocalipsis. Este libro leído por Crowley en la infancia (Churton, 2012; Urban, 2012), debió de cautivarle, ya que, a la luz de las teorías de Freud con relación al desarrollo de la sexualidad, inducen a pensar que Crowley tomó el libro de Apocalipsis como referente para desarrollar sus deidades.

La Ma(k)gia en el movimiento de Thelema: origen de la Mujer escarlata

Dentro del movimiento de Thelema, la mujer adquiere relevancia a través de sus fluidos corporales considerados principios activos mágicos. Así, estos fluidos logran el “Elixir de la vida” mezcla de moco vaginal de la mujer escarlata y semen. Y el “Elixir Rubeus”, combinación de la sangre menstrual con el semen (Howe, 1985).

El misticismo que alcanza la mujer escarlata durante su unión sexual, Crowley lo interpreta como una interacción mágica (Symonds, 2008). Sin embargo, ese ritual afecta a su salud de la mujer, pues el clímax continuó asociado a la exposición permanente de su cuerpo, inciden en su autoestima y su autocuidado, los cuales quedan relegados a un segundo plano. La mujer escarlata vive por y para el sexo, hecho que le lleva a perder su intimidad y a vivir en unas circunstancias próximas a la esclavitud sexual (Vitor, Lopes y Araujo, 2010; Martínez, Siles y Martínez Roche, 2014).

Para explicar las condiciones de salud y bienestar de las mujeres que son miembros de ciertas logias herméticas, es necesario aplicar el marco teórico de la Jerarquía de necesidades que

diseñó el psicólogo Abraham Maslow (1908-1970). Él defendió que los individuos están motivados para alcanzar ciertas necesidades, siendo prioritarias unas sobre otras. A su vez, expuso que la primera necesidad básica de todo ser humano es la supervivencia física (comida, bebida, sueño, etc.), ejerciendo esta necesidad de estímulo dentro del comportamiento humano. De modo que una vez satisfecha dicha necesidad, el ser humano estará preparado para pasar a otro escalón, siendo ese segundo peldaño la motivación por crecer y convertirse en el adulto que quiera ser, satisfecha esa necesidad, las siguientes necesidades por orden de jerarquía son: seguridad (seguridad, ley...); afiliación (familia, amigos, pertenencia...); estima (independencia, estatus, prestigio); y autorrealización (crecimiento personal, autenticidad y búsqueda de sentido en la vida ...) (Castro-Molina, 2019).

Luego, siguiendo el modelo descrito con anterioridad, la mujer escarlata debe satisfacer las premisas esenciales que marca el movimiento de Thelema, las cuales son “Hacer tu voluntad”, “El amor es la ley” y “No hay más ley más allá de hacer tu voluntad” (Churton, 2012; Urban, 2012). Sin embargo, la aptitud de estas mujeres, a la larga choca con la jerarquía de Maslow (Castro-Molina, 2019), pues no logran satisfacer sus necesidades primarias de supervivencia física y bienestar, pero tampoco alcanzan las premisas del movimiento de Thelema. Pues hundidas en el clímax continuo y con una pérdida de su intimidad, estas mujeres abandonan el patrón de vida saludable. Hecho que afectará a su salud, entendida esta, como el bienestar psíquico, físico y social de la persona. Estas mujeres recuerdan en la actualidad a todas aquellas que de forma violenta les roban su intimidad cuando prestan sus servicios como esclavas sexuales en los prostíbulos de todo el mundo.

Crowley en la corriente de Thelema situó la mujer en el mismo nivel que al hombre, pero solo en relación con las relaciones sexuales, pues este consideró la igualdad entre ambos sexos como un hecho divino. Dicha igualdad tan solo intentaba satisfacer su magia(k) sexual, pues el modelo social de su filosofía religión de Thelema no fue igualitario, sino todo lo contrario (Muñoz, 2013). La mujer escarlata fue una esclava sexual de Crowley, quién al no satisfacerle sus fantasías sexuales o sus impulsos carnales, buscaba un nuevo objeto sexual de placer, quiere decirse embaucaba con su manera de hablar a otra mujer a quién elevaba a la categoría de Babalon (Martínez, Siles González y Martínez Roche, 2014; Cantarino, et al., 2016).

Crowley en 1920 publicó una obra denominada *Cocaine* (Churton, 2012; Urban, 2012), lo que demuestra que es un hombre de su tiempo y al igual que otras personas célebres como Lewis Carroll, Marcel Proust, Vincent Van Gogh, Toulouse Lautrec o Paul Gauguin, debió padecer

alguna patología mental derivada del consumo desmedido de alcohol, opio, cocaína y heroína. Todos ellos defendían la libertad sexual y frecuentaron los prostíbulos de forma compulsiva, hechos que hacen suponer que los estados de misticismo que Crowley describió durante la unión sexual de la mujer escarlata son simples alucinaciones motivadas por exceso o falta de alguna sustancia adictiva, dentro del contexto de la orgía.

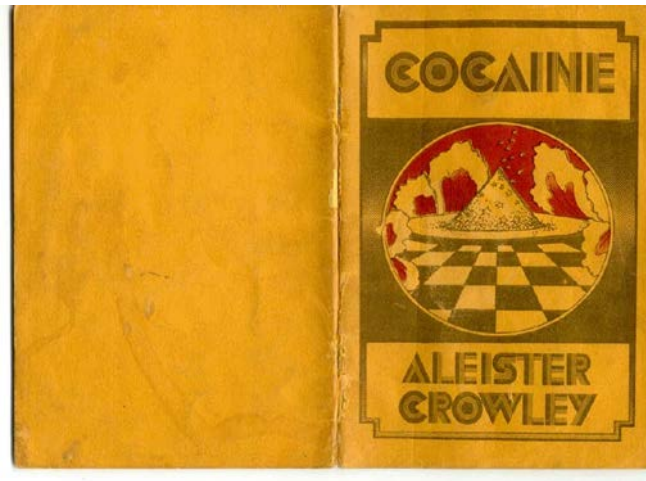


Figura 2. Portada de la publicación realizada por Crowley, 1920.

Finalmente, la Mujer Escarlata pudo ser cualquier mujer que trabajase en los prostíbulos que Crowley frecuentó. Mujeres sin recursos económicos y escasas de educación que trabajan para poder sobrevivir. Cabe recordar que la prostitución a principios del siglo XX, fue una lacra social que afectó a las personas de cualquiera clase social a nivel mundial (Villa, 2010).

CONCLUSIÓN

Siguiendo el marco teórico de la Jerarquía de necesidades de Maslow, las necesidades básicas de supervivencia física (comida, bebida, sueño, etc.), en Crowley estuvieron satisfechas gracias a la herencia que recibió a la muerte de su padre. De modo que siendo rico y sin necesidades que satisfacer dilapidó su dinero entre viajes, consumo desmesurado de sustancias y orgías.

Crowley representa el prototipo de bon vivant, ya que es joven, acaudalado, educado y locuaz, aspectos que debieron atraer a muchas de las jóvenes de la época, tal y como se desprende de los múltiples matrimonios que formalizó y de las múltiples relaciones extramatrimoniales que mantuvo en su vida. Además, hombre de su tiempo, debió padecer alguna patología mental derivada del consumo desmedido de alcohol, opio, cocaína y heroína, e incluso alguna enfermedad venérea derivada de su libertad sexual, hechos que asociados a su personalidad histriónica y a las

posibles las secuelas sobrevenidas por la falta de oxígeno en su ascensión al K2, pudieron originar su voz sobrenatural Aiwass, la cual le dictó su libro sagrado Liber AL vel Legis.

El estudio de la figura de la Mujer Escarlata, deidad en la corriente filosófica religiosa de Thelema, revela que Crowley durante toda su existencia, manifestó indisciplina hacia todo lo que supusiese actuar de una forma rigurosa, metódica o adaptada a la norma. Enseñanzas aprendidas en el seno de su familia, pero que él detestó al igual que a su madre, y todo lo que devanase de ella. Por tanto, para Crowley la mujer es un mero objeto sexual de placer, al cual adorna de una simbología mística, como forma de transgredir el concepto sexual defendido en el pensamiento judeocristiano, por el cual sintió aversión. Así revitaliza el movimiento filosófico religioso de Thelema que le permite de forma velada, realizar todo tipo de orgías y bacanales en pro de la libertad sexual de la persona, pero en donde la mujer pierde su libertad cuando se convierte en Babalon para pasar a ser una esclava sexual divina y por tanto en mujer escarlata. Luego, es lícito pensar que a través de la mujer escarlata se vengó de su madre y siendo líder espiritual del movimiento Thelema idealizó a su padre, predicador Darbyta, secta fundamentalista cristiana.

El embotamiento afectivo y la abulia derivada de una vida sin límites y con un patrón de salud desorganizado lo conducen a la ruina moral y económica, hechos que empiezan a cobrar importancia cuando es expulsado de Italia. En ese momento, las críticas a su persona por parte de la sociedad son feroces y su déficit de autocuidado quiebra el binomio salud-enfermedad, de modo que las conductas de riesgo desencadenan la enfermedad que acaba con su vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Botero, F. y Endara, L. (2000). *Mito, rito, símbolo: lecturas antropológicas*. Abya-Yala: Instituto de Antropología Aplicada.
- Cantarino, S. G., Pinto, J. M. D. M., Fabião, J. A. D. S. A. D. O., García, A. M. C., Abellán, M. V., & Rodrigues, M. A. (2016). The importance of religiosity/spirituality in the sexuality of pregnant and postpartum women. *PloS one*, 11(6), e0156809.
- Campbell, C. D. (2018). *Thelema: An Introduction to the Life, Work & Philosophy of Aleister Crowley*. Llewellyn Worldwide.
- Castro-Molina, F. (2019). Abraham Maslow, las necesidades humanas y su relación con los cuidadores profesionales. *Cultura de los Cuidados*, 22(52), 102-108. doi:10.14198/cuid.2018.52.09
- Churton, T. (2012). *Aleister Crowley: The Biography: Spiritual Revolutionary, Romantic Explorer, Occult Master and Spy*. Watkins Media Limited.

- Crowley, A. (1929). *Magick in theory and practice*. New York: Castle Books.
- Crowley, A. (1938). *The Book of the Law* [Internet]. Londres: Ordo Templi Orientis; 1938 [revisado 2019-2020]. Recuperado de: <http://lib.otousa.org/libri/liber0220.html>
- Crowley, A. (1986). *Libro de mentiras*. Weiser Books.
- De Miguel Álvarez, A. y Cermeño Palomo, E. (2011). Los inicios de la lucha feminista contra la prostitución: políticas de redefinición y políticas activistas en el sufragismo inglés. *Brocar*, 35, 318-319.
- Dios-Aguado, Mercedes de, Gómez-Cantarino, Sagrario, Rodríguez-López, Cristina Rocío, Queirós, Paulo Joaquim Pina, Romera-Álvarez, Laura, & Espina-Jerez, Blanca. (2021). Lactancia materna y feminismo: recorrido social y cultural en España. *Escola Anna Nery*, 25(1), e20200054. Epub July 22, 2020. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0054>
- Freud, S. (2006). *Sobre la sexualidad femenina, Obras Completas (Tomo IV)*. Barcelona: Ed. RBA.
- García Nieto, R. (2005). El crepúsculo de la mente. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, (95), 25-47.
- Howe, E. (1985). *The magicians of the Golden Dawn: a documentary history of a magical order 1887-1923*. Editorial Kier.
- Lagarde, M. (2016). *Los cautiverios de las mujeres: madres, esposas, monjas, putas, presas y locas*. Mexico D.F.:Editores México.
- Luengo López, J. (2006). Tazas calientes manchadas de carmín. Mujeres de cafés en la bipolaridad moral del espacio público (1890-1936). *Asparkia: investigació feminista*, 17, 81-105.
- Malinowski, B. (1923). The Golden Bough: a Study in Magic and Religion. *Nature*, 111(2794), 658-662.
- Martínez Rojo, C., Siles González, J. y Martínez Roche, M. (2014). Los manuales escritos por matronas europeas (1609-1710): el origen de cuidados humanizados en el embarazo. *Index de Enfermería*, 23(1-2), 106-110.
- Muñoz, A. (2013). Hugh B. Urban: poder, tantra y esoterismo posmodernos. *Estudios de Asia y África*, 48(2), 557-573.
- Schneider, R. A. (2019). *Dignified Retreat: Writers and Intellectuals in the Age of Richelieu*. Oxford University Press.
- See, A. (2005). Woman, work, religion and social mobilization in the nineteenth century: models and paradoxes. *Hist. Soc.*, 53, 85-101.
- Sutin, L. (2002). *Do What Thou Wilt: A Life of Aleister Crowley*. Nueva York: St. Martin's Griffin.

- Symonds, J. (2008). *La Gran Bestia: Vida de Aleister Crowley*. Siruela.
- Urban, H. B. (2003). Unleashing the Beast. Aleister Crowley, Tantra and Sex Magic in Late Victorian England. *Esoterica: The Journal of Esoteric Studies*, 5.
- Urban, H. B. (2012). The Occult Roots of Scientology? L. Ron Hubbard, Aleister Crowley, and the Origins of a Controversial New Religion. *Nova Religio: The Journal of Alternative and Emergent Religions*, 15(3), 91-116.
- Villa Camarma, E. (2010). Estudio antropológico en torno a la prostitución. *Cuicuilco*, 17(49), 157-179.
- Vitor, A. F., Lopes, M. V. D. O. y Araujo, T. L. D. (2010). Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. *Escola Anna Nery*, 14(3), 611-616.
- Walkowitz, J. R. (1982). *Prostitution and Victorian society: Women, class, and the state*. Cambridge University Press.

El lugar epistemológico de la Enfermería como arte desde una mirada aristotélica

The epistemological place of Nursing as art from an Aristotelian viewpoint

O lugar epistemológico da Enfermagem como arte desde uma perspectiva aristotélica

Lucia Castillo Lobos¹Amaya Pavez Lizarraga²

¹ Dra. © en Estudios Americanos mención Estudios Políticos y Sociales. Académica Escuela de Enfermería Universidad de Santiago de Chile. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6524-4984>; lucia.castillo@usach.cl

² Dra. en Antropología. Académica Facultad de Ciencias Medicas Universidad de Santiago de Chile. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4671-2092>; amaya.pavez@usach.cl

Correspondencia: Lucia Castillo Lobos. Avenida Libertador Bernardo O'Higgins 3363. Estación Central. Santiago de Chile.

Correo electrónico de contacto: lucia.castillo@usach.cl

Para citar este artículo: Castillo Lobos, L., & Pavez Lizarraga, A. (2021). El lugar epistemológico de la Enfermería como arte desde una mirada aristotélica. *Cultura de los Cuidados*, 25(60). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.60.10>

Recibido:28/12/2020 Aceptado: 19/03/2021



RESUMEN

Enfermería es la ciencia del cuidado que sustenta su conocimiento en un corpus teórico complejo. En su evolución como ciencia se identifican cuatro dimensiones epistemológicas inherentes al conocimiento de Enfermería; la complejidad de la disciplina, el cambio paradigmático de la ciencia, la coexistencia de paradigmas cuantitativos-cualitativos y la perspectiva de género. Durante el siglo XIX y XX, el conceptualizar la Enfermería como un todo

que involucra ciencia y arte constituyo una realidad contradictoria que transgredió el desarrollo de la ciencia moderna al conjugar el ámbito del saber de las ciencias naturales con el saber de las ciencias sociales y el arte. Esta convergencia abyecta para la ciencia de la salud se torna vanguardista y precursora de la integración de los paradigmas cuantitativos-cualitativos para comprender la diversidad de las expresiones de salud humana. Atender a las necesidades de cuidado sustentado en un cuerpo teórico que comprende el fenómeno de salud rescatando los principios estéticos, creativos e individuales del cuidado, convierten a la Enfermería en una ciencia transgresora y, desde una mirada aristotélica, representa en si misma a una poeisis, por cuanto su reflexión y práctica, constituyen creación de cuidado único, individual, complejo y estético que demanda coherencia biológica, sociopsicocultural y espiritual.

Palabras Claves: Conocimiento; estética; enfermería; arte

ABSTRACT

Nursing is the science of caring which sustains its knowledge on a complex theoretical corpus. In its evolution as a science, four epistemological dimensions are identified belonging to the knowledge of Nursing: the complexity of the discipline, the paradigmatic changes of science, the coexistence of quantitative-qualitative paradigms, and the gender perspective. During the 19th and 20th centuries, conceptualizing Nursing as a whole that involves science and art represented a contradictory reality that went beyond the development of modern science by putting together the field of knowledge of the natural sciences with that of the social sciences and art. This abject convergence of health science is vanguardist and precursor of the integration of the quantitative-qualitative paradigms to understand the diversity of the expressions of human health. Attend to the care needs supported by a theoretical body that understands the health phenomenon, rescuing the aesthetic, creative and individual principles of care, makes Nursing a transgressive science and, from an Aristotelian point of view, represents in itself a poeisis, inasmuch as its reflection and practice constitute the creation of unique, individual, complex and aesthetic care that demands biological, socio-psycho-cultural and spiritual coherence.

Keywords: Knowledge; aesthetics; nursing; art

RESUMO

A enfermagem é a ciência do cuidado que baseia seu conhecimento em um corpus teórico complexo. Na sua evolução como ciência podem ser identificadas quatro dimensões epistemológicas próprias do conhecimento da enfermagem: a complexidade da disciplina, a mudança no paradigma da ciência, a coexistência de paradigmas quantitativos e qualitativos, e a perspectiva de gênero. Nos séculos XIX e XX, a conceptualização da Enfermagem como uma unidade envolvendo ciência e arte produziu uma realidade contraditória além do desenvolvimento da ciência moderna, logo que misturou o conhecimento das ciências da natureza e o saber das ciências sociais e a arte. Esta convergência negativa para as ciências da saúde é vanguardista e antecede à integração dos paradigmas quantitativos e qualitativos na compreensão da diversidade das expressões da saúde humana. Atender as necessidades de cuidado amparado por um corpo teórico que compreenda o fenômeno saúde, resgatando os princípios estéticos, criativos e

individuais do cuidado, faz da Enfermagem uma ciência transgressora e, do ponto de vista aristotélico, representa em si uma poeisis, na medida em que sua reflexão e prática constituem a criação de um cuidado único, individual, complexo e estético que exige coerência biológica, sociocultural e espiritual.

Palabras-chave: Conhecimento; estética; enfermagem; arte

INTRODUCCIÓN

El reflexionar sobre las bases epistemológicas de la Enfermería inmediatamente sugiere la complejidad propia de esta disciplina para el abordaje del cuidado de la salud de personas, familias y comunidades. La compleja composición del corpus teórico de Enfermería, conformado por una propuesta propia sobre el cuidado, requiere para su construcción de bases epistemológicas de distinta naturaleza que incluyen, tanto a las ciencias exactas como a las ciencias sociales y humanas, que hacen que la comprensión epistemológica de esta ciencia sea, a lo menos, controversial. Al plantear un análisis epistemológico de la Enfermería, se identifican al menos cuatro dimensiones. La primera, obliga a la construcción de una teoría que supera la interdisciplinaridad y aborda el cuidado de la salud desde la complejidad y las consecuentes múltiples relaciones que involucra. La segunda, considera la innovación científica en un momento de clausura al cambio paradigmático, por cuanto la Enfermería se inaugura como ciencia recién en la segunda mitad del siglo XIX, momento caracterizado por el desarrollo de la hegemonía epistemológica purista y que, en el caso de la salud, sella la preeminencia de la mirada biomédica. Esta dimensión es relevante debido a que la propuesta no está en consonancia con la apuesta del paradigma imperante, pues, la Enfermería, propone una polisemia de saberes para el cuidado de la salud y no duda en recurrir a áreas de conocimiento que en el pensamiento científico están en las antípodas. La tercera dimensión converge los paradigmas cualitativo y cuantitativo para abordar el cuidado, comprendidos como consenso a través del cual se definen criterios para seleccionar los problemas propios de la disciplina así como los modelos conceptuales y metodológicos para resolverlos (Siles, 1996) y en donde la Enfermería conjuga el aporte de las ciencias sociales con las ciencias naturales, no solo desde el reconocimiento de la existencia y pertinencia de estos paradigmas, sino que además reivindicando su condición de ciencia y estética en un momento de especial alejamiento entre la ciencia y arte. La cuarta dimensión, aunque se entrelaza con los saberes no científicos, involucra el saber de las mujeres: el cuidado. En este lugar, la Enfermería propone un objeto disciplinar que es un conocimiento consuetudinario, naturalizado y por tanto inherente a la feminidad y condición de mujer. Se debe agregar, el carácter culturalmente subversivo que alcanza la Enfermería, no solo

porque propone una ciencia cuyo objeto es un saber ontológico a la feminidad, sino que, además, emerge como la primera profesión liberal de mujeres cuyo bien es desarrollar y emprender su consustancial saber.

Es así como la Enfermería entra en el espacio de la ciencia en desventaja de género y de complejidad, dos cualidades de la ciencia hiperespecializada del siglo XIX y XX en el ámbito de la salud. Durante el primer tercio del siglo XXI la ciencia incorpora la propuesta disciplinar de la Enfermería debido a la ruptura de las fronteras disciplinares y de la valorización de la interrelación epistémica cualitativa y cuantitativa de forma que, la salud al igual que la sociedad, se construye proponiendo una construcción social del cuidado desde la versatilidad que subyace a la creación situada del cuidado de la salud.

Al reflexionar sobre Enfermería afloran distintas teorías, conceptos, modelos, paradigmas y metodologías que se interrelacionan entre sí para explicar fenómenos propios del cuidado de las personas. Sin embargo, esta amplia mixtura de elementos, dan cuenta de una forma dominante de Enfermería como ciencia y disciplina, postergando los elementos humanistas y creativos de la disciplina como arte del cuidar. Surge entonces la interrogante ¿Por qué la Enfermería es definida como arte? ¿Qué hace merecedora a la Enfermería de ser catalogada como el arte del cuidado? El propósito de esta propuesta es re-significar y rescatar los principios epistemológicos de la Enfermería reconociendo la impronta artística y creativa de la disciplina fortaleciendo así los cimientos epistemológicos de la Enfermería como arte. Metodológicamente se plantea una reflexión teórica sobre la práctica de Enfermería como ciencia, disciplina y arte desde sus supuestos teóricos y desde algunos planteamientos Aristotélicos desde una perspectiva práctica, creativa y poética del cuidado que darán cuenta de algunas reflexiones críticas finales.

DESARROLLO DEL TEMA

Enfermería: Ciencia, Disciplina y Arte

Desde los últimos 50 años en Estados Unidos, y desde la perspectiva de la generación de conocimiento, la Enfermería ha sufrido cambios importantes en su tránsito desde disciplina a ciencia (Kim, 2010) que han significado una transformación de la disciplina, desde lo procedimental-asistencial al desarrollo de metaparadigmas y conceptos esenciales para la práctica de Enfermería, que han permitido dar grandes pasos para delinear sus bases epistemológicas planteándose como una forma de comprender críticamente

el conocimiento y la práctica, conjugando, en una visión integrada y evolucionada, el realismo epistemológico, pragmatismo y la perspectiva normativa de la práctica humana (Kim, 2010).

Para perfilar la epistemología de Enfermería, es indispensable una aproximación desde la antropología y las ciencias sociales, por cuanto la enfermedad y el sufrimiento humano no pueden ser comprendidos desde una perspectiva única y, además, las implicancias sociales del proceso salud enfermedad no pueden ser comprendidos desde el esencialismo. Se necesita una multiplicidad de disciplinas para abordar los objetivos de la Enfermería y que resultan pertinentes para conocer de manera holística los fenómenos vinculados a los cuidados de salud (Siles, 2010) entregando una respuesta antropológica, científica, política, moral, estética o filosófica (Good, 1994) plasmadas en un plan de cuidados tangible, individual y singular y tan único como el ser humano que constituye el objeto de estudio antropológico de la Enfermería (Siles, 2010).

Cabe señalar que solo hasta que la Enfermería comenzó a explorar su herencia filosófica humanista, la aproximación positivista lógica de la disciplina ocupó un lugar exclusivo en la disciplina para la búsqueda de conocimiento. Esta orientación deductiva ha prevalecido a pesar de la postura de Enfermería de valoración de lo subjetivo y de los datos objetivos (Grossman & Hooton, 1993). El desajuste de ambos métodos para la investigación en Enfermería obedecería a causas históricas (Siles, 2010) y se manifestaría en la tensión existente entre la “interrogación explicativa de las ciencias biomédicas y la interrogación comprensiva de las ciencias humanas y sociales” de los fenómenos de salud y que han desencadenado la dificultad de identificar los aportes específicos de estos enfoques a la disciplina (Rivera, 2003) dada la propuesta políticamente divergente de la Enfermería, motivando la preferencia por el estudio de los fenómenos biomédicos (Rivera, 2003) priorizando así la adopción de métodos empíricos de investigación alineándose con el positivismo y convirtiendo a la Enfermería en una ciencia predominantemente empírica inspirada en las ciencias naturales como modelo. Si bien en este tiempo se ha producido un desarrollo de la teoría de Enfermería, se ha generado también un debate para su integración (Urta M, 2009). Lamentablemente este desarrollo teórico disciplinar no ha logrado penetrar ni difundirse en Latinoamérica al encontrarse en una permanente encrucijada entre práctica y ciencia que ha redundado en una inexistencia de valoración de la potencialidad teórica y científica de la Enfermería por la comunidad científica multidisciplinaria. Además, es necesario relevar los orígenes de las teorías de Enfermería en

el mundo anglosajón (Rivera, 2003) que complejizan su aplicación en una sociedad chilena dueña de un universo cultural particular y en donde la Enfermería, como producto del proceso de neolibertización, se ha instrumentalizado para dar respuesta a la función asistencial y de apoyo al tratamiento médico, reduciendo el espacio para el desarrollo de los patrones de conocimiento estético y personal de la disciplina con el consecuente ejercicio de una práctica profesional alojada en el paradigma cuantitativo y en donde la Enfermería deja de ser arte. Sin embargo, existe consenso en la definición de Enfermería como Ciencia del Cuidado y como ciencia social, disciplina y arte responsable del cuidado de las personas, familias y comunidades en los distintos niveles de intervención en salud y a lo largo del ciclo de vida, desde una perspectiva biopsicosocial, holística y estética en una relación ética, moral y compleja.

La Enfermería es ciencia por cuanto corresponde a un campo unificado de conocimiento que cuenta con técnicas y metodologías específicas para estudiar y explicar los fenómenos de interés propios de la disciplina (Marriner Tomey & Raile Alligood, 1999) como la relación existente entre el ser humano y su entorno (Kim, 2010) en donde la enfermera aplica su conocimiento científico específico articulado en marcos y teorías de Enfermería organizando sintácticamente dos conjuntos de conocimientos diferentes; científico y ético, que luego se desarrollan y sistematizan de acuerdo con los diferentes modelos de conocimiento, abriendo así las posibilidades de investigación a las ciencias sociales y humanas (Donaldson & Crowley, 2000).

La Enfermería es disciplina por cuanto en ella se distinguen creencias compartidas entre los miembros de la comunidad profesional en vista de su razón de ser, relevancia social y orientación de sus valores (Newman, Sime, & Corcoran-Perry, 1991) y que conforman un cuerpo de conocimiento propio sustentado en modelos y teorías que fundamentan la práctica profesional (Rivera, 2003) a través de la reflexión desde distintos paradigmas (Newman, Sime, & Corcoran-Perry, 1991) para la resolución de problemas de la práctica en Enfermería (Chinn, Maeve, & Bostick, 1997; Urra M, 2009).

Enfermería ha definido estructuras, paradigmas, marcos conceptuales, conceptos y teorías que describen las ideas sobre los fenómenos de interés para la disciplina y que ponen a disposición patrones mentales de las áreas de conocimiento que se relacionan de manera particular para conformar el metaparadigma de Enfermería al integrar los conceptos de salud, cuidados, entorno y persona (Fawcett, 1990) proporcionando un marco dentro del cual la disciplina puede ser estudiada, practicada y direccionada hacia el arte y la ciencia de la profesión (Grossman & Hooton, 1993). Según Carper, estos patrones de conocimiento involucran el patrón de conocimiento

empírico o científico el cual en forma descriptiva pretende explicar, en forma lógica, abstracta y teórica, predecir y controlar las mejores prácticas de cuidado a través del paradigma positivista (Rivera, 2003). El patrón de conocimiento personal implica el reconocimiento personal y mutuo de la enfermera para transitar hacia el cuidado del mundo íntimo del otro a través de la construcción de un marco cualitativo que define la acción profesional (Rivera, 2003). Por su parte, el patrón de conocimiento ético envuelve las acciones de Enfermería deliberadas y sujeto de juicio de valor moral, conscientes o inconscientes y propias del universo cultural en las que tienen efecto (Rivera, 2003). Finalmente, el patrón de conocimiento estético expresa la apreciación, más allá de la lógica, de lo singular y que involucra conocer al otro en su singularidad para valorar sus necesidades expresadas producto de la transformación de la experiencia (Rivera, 2003) y de la comprensión de los distintos modos de enfrentar la realidad, desde una mirada cualitativa, que involucra “intención y sensibilidad” reconociendo lo subjetivo como atributo general de lo humano (Rivera, 2004).

Desde este patrón de conocimiento estético la Enfermería es también definida como un arte puesto que las orientaciones valóricas de la disciplina son reflejadas por su filosofía de ciencia y arte que adhieren a una filosofía humanista y de cuidado holístico (Donaldson & Crownley, 1978). La Enfermería como arte incorpora conocimientos desde las humanidades tales como la filosofía, la ética, la historia y las artes (Urra M, 2009) y según esta lógica, el desarrollo de conocimiento de la disciplina, al proceder desde varias perspectivas filosóficas y/o científicas, se considera libre de visión paradigmática (Newman, Sime, & Corcoran-Perry, 1991) caracterizando así al carácter artístico de la Enfermería como expresión propia y creativa del cuidado desde una visión antropocéntrica.

El cuidado de la unidad indivisible persona-entorno-contexto obliga a un cuidado creativo en el que la Enfermería se constituye en sí misma como arte al abordar las complejidades e individualidades humanas en entornos particulares, considerando a los seres humanos como entidades simbólicas construidas por ellos mismos, en la relación con otros y definidos por su historia, biografías y contextos de vida (Good, 1994). Así, el abordar estas individualidades para la elaboración de planes de cuidados, constituye en sí mismos, una obra de arte. En razón de la individualidad propia de cada ser humano y la imposibilidad de esta obra de ser replicada idénticamente, nos permite deducir que la Enfermera, como artista del cuidado, puede crear tantas obras de arte como individuos, familias y comunidades tenga posibilidad de cuidar.

Enfermería aborda a la unidad persona-entorno-contexto desde distintas epistemologías en un todo y en forma indivisible (Good, 1994; Rivera, 2003) como una unidad integral,

biopsicosocial y desde una perspectiva unitaria y transformativa, por cuanto su objetivo es contribuir en la evolución del proceso salud enfermedad en una relación de mutualidad propia en la relación Enfermera-persona como sujeto de cuidado (Good, 1994) y es en esta transformación que Enfermería se convierte en arte. Es a través de la empatía y la indagación de la experiencia de salud humana que la Enfermería alcanza el conocimiento particular individual para un cuidado ético y estético, materializado en específicos planes de cuidado (Good, 1994).

Aristóteles en sus planteamientos generales hace fuerte alusión a dos ideas que son importantes de considerar en el ejercicio del arte de la Enfermería. Por una parte plantea que no existen ideas innatas y que las ideas son conceptos que los seres humanos forman después de ver un cierto número de formas con cualidades específicas semejantes, por lo tanto, el mayor grado de realidad es lo que sentimos con los sentidos y que a su vez nutren la conciencia (Gaarder, 1994). Así, la realidad estaría compuesta por una serie de cosas individuales que constituyen un conjunto de materia y forma en donde la materia constituye el material del cual están constituidas las cosas y la forma corresponden a las cualidades específicas de una cosa y cada cambio que ocurre en la naturaleza es una transformación de la naturaleza de posibilidad a realidad (Gaarder, 1994).

Aristóteles define como poiesis a cualquier instancia en que se da vida a algo nuevo, la experiencia de la creación de aquello que antes no existía, como la causa que convierte cualquier cosa considerada de no-ser a ser (Aristoteles). La traducción realizada desde las lenguas clásicas para el termino poiesis no es “poesía” sino “producción” (Halliwell, 1998), por lo tanto, la poesía y las artes corresponden a ejemplos de poiesis incorporando incluso a la propia naturaleza, por cuanto continuamente producen vida nueva. Para Aristóteles las artes corresponderían a la naturaleza imitativa del ser humano en la búsqueda del placer universal que constituye para el ser humano la búsqueda del conocimiento a través del ritmo, el lenguaje y la armonía y que responden a la naturaleza humana entregando una connotación positiva. Estos planteamientos de Aristóteles son principios aplicables al arte de Enfermería por cuanto responden a la individualidad del enfoque en la experiencia de cuidado holístico e integral, propia del cuidado profesional, realizando una creación artística al fundir, por una parte, la individualidad humana con los conocimientos provenientes desde distintas áreas de conocimiento, materializando un cuidado tangible, estético, único e irreproducible.

Los supuesto filosóficos de Aristóteles se han mantenido hasta el siglo XX a través del concepto de cuidado o “Sorge” desarrollado por Heidegger comprendido como la preocupación, alarma y desvelo por sí mismo y en el cual ha recuperado el concepto del ser al asumirlo desde lo

existencial y no desde lo intelectual, y que se expresa en la praxis como manifestación existencial del cuidado (Ramirez, 2015). En su planteamiento releva que los seres humanos existen de una manera distinta a la tradición positivista y el estar ahí, el Dasein, se presenta como manifestación de la existencia humana desde la conciencia, voluntad y conocimiento de sí misma (o) indispensables para asumir el cuidado del otro (Ramirez, 2015), en sincronía los supuestos planteados por el patrón de conocimiento personal de la Enfermería. Es importante destacar la relevancia de las virtudes aristotélicas ya que su vivencia permite la convergencia de “los diferentes patrones de conocimiento que utilizan los (las) profesionales en el ejercicio de la Enfermería por lo que resultan elementos clave para la mejora de los cuidados y, a su vez, posibilitan responder a las preguntas: ¿Estoy haciendo lo correcto? ¿He buscado la excelencia en los cuidados?” (Martinez, 2018) por cuanto pensar, crear y aplicar el cuidado exige una deliberación y discernimiento situado en la persona que recibe la atención de enfermería (De Santiago, 2014) y la complejidad de este quehacer se resuelve en el encuentro de las diferentes epistemes.

REFLEXIONES FINALES

La Enfermería como ciencia social y disciplina define un paradigma y conceptos para explicar los fenómenos a través de los saberes propios y compartidos desde distintas áreas del conocimiento, sin embargo, al explicar esta característica paradigmática de la Enfermería desde la filosofía de Kuhn, en su carácter de ciencia social, esta sería excluida como ciencia, por cuanto las ciencias sociales carecerían de paradigma y, por tanto, no constituirían ciencia (Perez Soto, 2008), sino más bien presentan un enfoque centrado en la práctica, fundamentando su planteamiento en que las ciencias naturales cuentan con un paradigma relativo al control de la naturaleza a diferencia de las ciencias sociales y humanas.

Ahora bien, desde la perspectiva de Kuhn, si las ciencias sociales y las ciencias naturales tendrían fuertes diferencias epistemológicas, ¿cómo sería posible entonces que las ciencias que construyen sus paradigmas a partir de distintos enfoques epistemológicos, incluyendo enfoques sociales y de las ciencias exactas como en el caso de la Enfermería, puedan ser considerados ciencia asegurando además la validez de los resultados que componen su corpus teórico e investigativo? Si en las ciencias sociales no existe ese paradigma ¿Cuál es la relación entre la ciencia social y la práctica? ¿Cómo sería posible incluir a las ciencias sociales dentro del corpus de conocimiento que sustentan a las disciplinas que se alimentan de distintas y variadas epistemologías para la construcción de conocimiento? ¿Cómo posicionar a los resultados

obtenidos a partir de los métodos cualitativos frente a los resultados obtenidos históricamente mediante métodos científicos exactos dominantes en estos paradigmas? Estas interrogantes son críticas considerando la evolución de estas ciencias desde paradigmas más bien deductivos y dogmáticos a paradigmas con una fuerte influencia social para su explicación, por cuanto los fenómenos sociales influyen directamente en los niveles de salud de las personas a nivel individual y poblacional como fenómeno multifactorial. Es necesario abandonar la idea de ausencia de paradigma, producto de la concepción de que la Enfermería, al nutrir su corpus teórico desde distintas ciencias, implica la existencia de un paradigma epistemológico propio para el cuidado.

Lo que parece confuso e inconsistente de la definición de Enfermería radica en que si se declara la existencia de paradigma ¿Por qué la Enfermería se define como arte, si desde la estética no se plantea la existencia de paradigma alguno? Si bien la reflexión es profunda, vale la pena valorar la complejidad de la Enfermería por cuanto es capaz de aplicar métodos científicos provenientes de paradigmas definidos y además hacer creación artística al elaborar cuidados individuales e irreproducibles, al considerar, desde una mirada existencialista, al ser humano como un ser único e irrepetible dando protagonismo al arte libre de paradigma.

Los planteamientos de Aristóteles respecto a la inexistencia de ideas innatas y la constitución de la realidad desde los sentidos materia y forma, se condicen con la necesidad de abandonar, durante en ejercicio de la Enfermería, el prejuicio al abordar a la unidad persona-entorno-contexto, eliminando las ideas innatas, preconcebidas y prejuiciosas al considerar la individualidad propia de los sujetos de cuidado para la elaboración cuidados personalizados y no estandarizados convirtiéndose en obras de arte únicos e irrepetibles. Obedeciendo al patrón de conocimiento estético, es una evolución desde el no-ser al ser en la creación de cuidados profesionales que permitirán la evolución y transformación de los procesos de salud enfermedad de los individuos al indagar en el ser propio como ser único que requiere de cuidados profesionales, contribuyendo a la evolución de su experiencia humana de salud al considerar sus pensamientos, sensaciones, creencias, patrones culturales y comportamientos particulares articulados en armonía por las distintas áreas del rol de Enfermería. Heidegger, por su parte, ha relevado el patrón personal de conocimiento por cuanto visibiliza la relevancia de la conciencia y el autoconocimiento de la enfermera para la entrega de cuidados significativos producto de la transformación como manifestación artística de la Enfermería con coherencia temporal e histórica.

Es necesario entonces que la Enfermería se abra a las sensaciones producidas en la relación Enfermera- persona, al indagar en el ser interno de cada unidad persona-entorno-contexto,

priorizando la individualidad, desde distintas perspectivas, haciendo uso integrativo y transformativo de los conocimientos aportados desde distintas ciencias en una permanente reflexión que respondan epistemológicamente a la naturaleza de las preguntas que reflejen los aspectos humanos de la Enfermería, integrando así las distintas perspectivas paradigmáticas y patrones de conocimiento de la disciplina para la generación de conocimiento y cuidado.

Así, la Enfermería rescata los supuestos de otras filosofías en la creación artística de cuidados dirigidos a unidades compuestas por personas, entornos y contextos individuales. Invita además a revalidar la experiencia sensorial del cuidado desarrollando el sentir, intuición y humanidad a través de la observación, la escucha y abandonando las ideas preconcebidas para alcanzar la esencia del ser humano desarrollando así una Enfermería sustentada en el contacto humano de la experiencia de cuidado de la salud humana, fortaleciendo la naturaleza artística, poética, creativa, única y humana de la Enfermería como arte del cuidado.

BIBLIOGRAFÍA

- Aristoteles. (2018). *La Poetica*. Madrid: Gredos.
- Chinn, P., Maeve, M., & Bostick, C. (1997). A esthetic inquiry al the art of Nursing. *Schi Inq Nurs Pract*, 11(2), 83-96.
- De Santiago, M. (2014). Las virtudes en bioética clínica. *Cuadernos de Bioética*, 25(1), 29-51.
- Donaldson, S., & Crowley, D. (2000). The discipline of nursing. En H. S. Kim, *The nature of theorethical thinking of nursing*. New York: Springer publishing company.
- Donaldson, S., & Crownley, D. (1978). The discipline of nursing. En M. Grossman, & M. Hooton, *El significado de la relacion entre disciplina y su practica*.
- Edwards, L. M., & Figueroa, A. (2016). *Manual de Filosofia*. Andres Bello.
- Fawcett, J. (1990). Conceptual models and rules from nursing practice. En M. Grossman, & M. Hooton, *El significado de la relacion entre disciplina y su practica*.
- Filosofia y conocimiento. (s.f.). *Seminario de filosofia de la ciencia cognitiva*.
- Gaarder, J. (1994). El mundo de Sofia. *Novela sobre la historia de la filosofia*. Madrid: Siruela.
- Good. (1994). Nursing Epistemology. En H. S. Kim, *the nature of theoretical thinking in nursing* (pág. 46).

- Grossman, M., & Hooton, M. (1993). El significado de la relacion entre disciplina y su practica. *Journal of advanced nursing*, 866-872.
- Halliwell, S. (1998). Aristotle's Poetics. En J. Crumbaugh, *Poiesis, producción, trabajo*. Chicago: U Chicago P.
- Hesse, M. (1999). Introduccion a Revoluciones y Reconstrucciones en la filosofia de la ciencia. *Revista de la Academia*, 139-153.
- Jeffrey, A. (1995). La centralidad de los clasicos. En A. Giddens, *Teoria social hoy* (págs. 22-82). Mexico: Alianza Editorial.
- Kim, H. S. (2010). Nursing Epistemology. En H. S. Kim, *The nature of theoretical thinking in nursing* (págs. 41-57). Nueva York: Springer Publishing Company.
- Marriner Tomey, A., & Raile Alligood, M. (1999). *Modelos y teorías en Enfermería*. Madrid: Harcourt Brace.
- Martinez, L. (2018). El ejercicio enfermero de excelencia: aplicación de las virtudes intelectuales de Aristóteles. *Temperatum*, 14(4), 4. Recuperado de <http://ciberindex.com/c/t/e11592>.
- Newman, M., Sime, A., & Corcoran-Perry S. (1991). The focus of discipline of nursing. *ANS Adv Nurs Sci*. 14(1): 1-6.
- Perez Soto, C. (2008). *Sobre un concepto historico de ciencia*. Santiago: LOM.
- Popper, K. (2002). The logic of scientific discovery. Londo: Taylor & Francis e-Library.
- Ramirez, M. (2015). El Dasein de los cuidados desde la fenomenologia hermeneutica de Martin Heidegger. *Enfermería Universitaria*, 12(3), 144-151.
- Rivera, M. (2003). Formas de conocer en Enfermería: el sustento teorico de la practica profesional. *Horizonte de Enfermería*. (14), 21-32.
- Rivera, M. (2004). El arte de cuidar en Enfermería. *Horizonte de Enfermería*, 15, 11-22.
- Siles, J. (1996). *Pasado, presente y futuro de la Enfermería en España. Una perspectiva historica y epistemologica*. Alicante: Cecova.
- Siles, J. (2010). Historia cultural de la Enfermería: reflexion epistemologica y metodologica. *Avances en Enfermería*, XXVIII(Número especial), 120-128.
- Urra M, E. (2009). Avances de la ciencia de Enfermería y su relacion con la disciplina. *Ciencia y Enfermería*, 9-18.

Percepción popular sobre el Cantón de Cartagena (1873-74)

Popular perception about the Canton of Cartagena (1873-74)

Percepção popular sobre o Cantão de Cartagena (1873-74)

Eduardo Carrión García¹

¹Enfermero Hospital Clínico Universitario Virgen de La Arrixaca. PDI de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica San Antonio de Murcia. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9354-2284>

Correspondencia: C/Marcos Redondo 6, 1B. 30201 Cartagena. Murcia. España Correo electrónico de contacto: ecarrion071@ucam.edu

Para citar este artículo: Carrión-García, E. (2021). Percepción popular sobre el Cantón de Cartagena (1873-74). *Cultura de los Cuidados*, 25(60). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.60.11>

Recibido:28/11/2020 Aceptado: 16/03/2021



RESUMEN

El Cantón de Cartagena, acaecido en el sureste español en un espacio de tiempo comprendido entre los años 1873 y 1874, afectó principalmente a la ciudad de Cartagena, pero también a provincias limítrofes como Almería o Alicante. Para Cartagena supuso la destrucción total de la mayoría de sus edificaciones, así como un drama humano y sanitario. Se ha partido del objetivo general de conocer la percepción general que la población contemporánea posee sobre el Cantón de Cartagena. Asimismo, los objetivos específicos han consistido, por un lado, en concretar mediante preguntas cerradas, si existe la creencia de forma generalizada, de algunos mitos o leyendas sobre el conflicto cantonal; partiendo de la hipótesis de que hay un desconocimiento generalizado por la realidad sucedida y por el sufrimiento y la destrucción sufrida por la población

de Cartagena en dicho momento histórico. El estudio se realizó en octubre de 2020 mediante técnica Delphi de recogida de información con 86 personas participantes de las que se obtuvieron unos resultados en base a unas categorías de análisis que globalizan, de forma hipotética, alguna de las creencias o percepciones populares sobre el conflicto cantonal.

Palabras clave: Historia; cantón; cartagena; conflicto; cantonalismo.

ABSTRACT

The Canton of Cartagena, which occurred in the southeast of Spain in a period of time between 1873 and 1874, mainly affected the city of Cartagena, but also neighboring provinces such as Almería or Alicante. For Cartagena it meant the total destruction of most of its buildings, as well as a human and sanitary drama. It has been based on the general objective of knowing the general perception that the contemporary population has about the Canton of Cartagena. Likewise, the specific objectives have consisted, on the one hand, in specifying, through closed questions, whether there is a general belief in some myths or legends about the cantonal conflict; starting from the hypothesis that there is a general ignorance of the reality that happened and the suffering and destruction suffered by the population of Cartagena at that historical moment. The study was carried out in October 2020 using the Delphi information collection technique with 86 participating people, from which results were obtained based on some categories of analysis that hypothetically globalize some of the popular beliefs or perceptions about the conflict cantonal.

Keywords: History; cantón; cartagena; war; cantonalism.

RESUMO

O Cantão de Cartagena, ocorrido no sudeste da Espanha entre 1873 e 1874, afetou principalmente a cidade de Cartagena, mas também províncias vizinhas como Almería ou Alicante. Para Cartagena significou a destruição total da maioria de seus edifícios, bem como um drama humano e sanitário. Tem como objetivo geral conhecer a percepção geral que a população contemporânea tem sobre o Cantão de Cartagena. Da mesma forma, os objetivos específicos consistiram, por um lado, em especificar, por meio de perguntas fechadas, se há uma crença geral em alguns mitos ou lendas sobre o conflito cantonal; partindo da hipótese de que existe um desconhecimento geral da realidade ocorrida e do sofrimento e destruição sofridos pela população cartagena naquele momento histórico. O estudo foi realizado em outubro de 2020 utilizando a técnica de coleta de informações Delphi com 86 participantes, cujos resultados foram obtidos com base em categorias de análise que hipoteticamente globalizam algumas das crenças populares ou percepções sobre o conflito cantonal.

Palavras chave: História; cantón; cartagena; conflicto; cantonalismo.

INTRODUCCIÓN

Las redes sociales son hoy en día un elemento más de nuestras vidas, y en cierto modo, se podría decir que son un elemento indispensable, ya que son un lugar de encuentro digital donde confluyen la gran mayoría de ciudadanos. En ellas se comenta y se discute sobre cualquier aspecto. Las redes sociales son algo parecido a cualquier foro antiguo como cualquier entorno social cotidiano, pero con la salvedad de que todo queda guardado para siempre. Es suficiente con hacer una búsqueda en cualquier red social acerca del conflicto cantonal para encontrar rápidamente cualquier tipo de post o de hilo al respecto, pero ¿es siempre cierto lo que se cuenta?. Valga el ejemplo que podemos observar en esta misma página, cómo ponemos en el buscador de Twitter los términos “cartagena estados unidos” y podemos encontrar que hace 21 horas, un usuario realizó un hilo en el que narra, supuestos hechos históricos sobre el Cantón de Cartagena. El más conocido y el que más ha trascendido y se ha desvirtuado hasta nuestros días, el mito de que Cartagena solicitó formar parte de los Estados Unidos de América. **Imagen 1:** Búsqueda en Twitter de los términos “Cartagena estados unidos”.



Fuente: Elaboración propia

Ya Luis Miguel Pérez Adán (2017) en un artículo del diario La Verdad en 2014 escribió al respecto de este mito, que no resultó ser tal y como hoy en día se cree, popularmente, que sucedió. Y así lo demuestra el texto que Roque Barcia, político y dirigente del conflicto cantonal, dirigió al entonces presidente de los EUA Ulysses S. Grant y al embajador estadounidense Daniel Edgar Sickles.

Pero no sólo la creencia del episodio norteamericano ha trascendido hasta nuestros días como una supuesta realidad. También el mito del soldado que tiñó una bandera turca con su sangre, que los cantonales fueron masacrados sin oponer resistencia, que el conflicto no tuvo tanta importancia ya que duró relativamente poco tiempo porque el ejército centralista acabó rápidamente con las aspiraciones cantonales o, incluso, que las intenciones de los insurgentes cantonales tenían connotaciones o aspiraciones secesionistas, provincialistas o similares. Todo en conjunto, ha llevado a la realización de este estudio. ¿Qué cree la gente que fue el conflicto cantonal?, ¿cree en el mito o cree en la realidad?. Para lograr los objetivos de este estudio, debemos profundizar antes en el contexto histórico, social y político de la época para entender la convulsa situación previa que llevó a tal desenlace y final. Para comenzar hablar del conflicto cantonal, debemos primero preguntarnos qué es un “Cantón”. La Real Academia de la Lengua Española (RAE), define ‘cantón’, entre otras acepciones, como “Cada una de las divisiones administrativas o territoriales de ciertos Estados, como Suiza, Francia y algunos países de Hispanoamérica.”. Y para entender la relación de esta definición con nuestro periodo a estudio, debemos remontarnos a unos años antes de 1873, concretamente a 1868 cuando la revolución de “La Gloriosa” dió comienzo a un periodo de cambio político en el que se acababa con la monarquía de Isabel II, posteriormente se abrió paso a la monarquía de Amadeo I de Saboya, a continuación a la primera República española, y finalmente, la vuelta de nuevo a la monarquía borbónica. El episodio cantonal se encuadra dentro de la primera República española (1873-1874), en la que las fuerzas militares acuarteladas en Cartagena, republicanos federales intransigentes, se sublevaron contra el Gobierno central español, republicanos federales moderados, para impulsar una reforma constitucional que diera paso a una república federal basada en la gestión mediante cantones.

Se ha partido del objetivo general de conocer la percepción general que la población contemporánea posee sobre el Cantón de Cartagena. Asimismo, el objetivo específico ha consistido en concretar mediante preguntas cerradas, si existe la creencia de forma generalizada, de algunos mitos o leyendas sobre el conflicto cantonal.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cualitativo para analizar la percepción popular sobre el conflicto cantonal. La recogida de información se produjo mediante una técnica Delphi en la que personas anónimas sin importar sexo, edad o lugar de procedencia participaron de forma voluntaria. La recogida de datos se realizó mediante encuesta a diferentes grupos de personas en base a las creencias del autor sobre la percepción que podían tener acerca del estudio en cuestión. Se pasó de forma intencionada a un grupo aproximado de 30 personas con alto nivel de formación y conocimientos acerca de la historia de Cartagena, y a partir de la participación de ese grupo de personas, se difundió por redes sociales hasta llegar a 86 participantes. Dos días después de lanzar la encuesta y sin recibir más participaciones durante varias horas se finalizó la recogida de datos. El contacto con los participantes se llevó a cabo por medio de enlace digital con acceso a un formulario con respuestas cerradas, que en total fueron doce preguntas en las que se abordaban diversas temáticas que se pueden clasificar en cinco principales categorías de análisis:

- Fin ideológico del conflicto
- Mitos y leyendas
- Repercusión internacional del conflicto
- Conocimiento de personajes históricos

De las doce preguntas, once, eran preguntas cerradas con tres opciones de respuesta: Muy de acuerdo, nada de acuerdo, no lo sé/desconocimiento. La última pregunta era una pregunta abierta en la que se solicitaba que, si se conocía a algún personaje histórico de este hecho, se le nombrara o se comentara sin límite de caracteres.

La limitación a establecer esas once preguntas en concreto se debe a que no se pretendía hacer una encuesta que se hiciese pesada y que llevara al abandono por parte del encuestado. Se reconoce por parte del autor que se podrían haber incluido muchas otras preguntas sobre la temática en cuestión.

RESULTADOS

Se pueden destacar los siguientes resultados clasificados por las siguientes categorías de análisis y sus correspondientes subdivisiones:

Fin ideológico del conflicto

El Cantonalismo fue un movimiento secesionista, parecido a los actuales movimientos nacionalistas españoles

87 respuestas

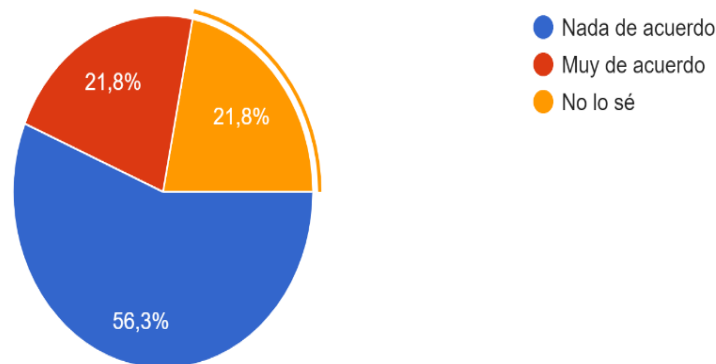


Gráfico 1. Fuente: Elaboración propia

La primera pregunta de la encuesta era referida a la sensación por parte del autor de que, en muchas ocasiones, el fin de la insurrección cantonal se confunde con movimientos nacionalistas que surgieron posteriormente en nuestro país, sin contar los de las colonias españolas hasta entonces. 49 personas respondieron que nada tuvo que

El Cantonalismo fue una revolución cuyo fin era conseguir la federación del Estado Español

86 respuestas

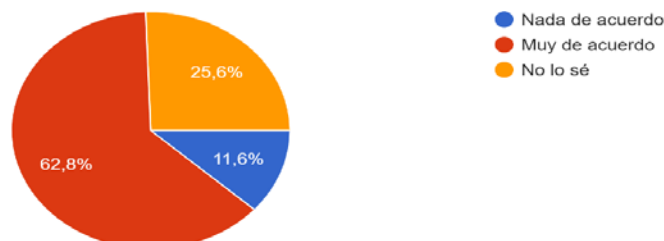


Gráfico 2. Fuente: Elaboración propia

ver con un movimiento nacionalista o secesionista, sin embargo, 38, un 43'6% de los encuestados contestó que sí lo fue o que desconocían la finalidad (Gráfico 1). La segunda pregunta hacía referencia al hecho histórico real que perseguía el Cantón, que era el de conseguir una constitución federal del Estado Español. 54 personas respondieron estar de acuerdo con esta pregunta, 22 no lo sabían y 15 optaron por que esta opción no era real (Gráfico 2).

- **Mitos y leyendas**

La tercera pregunta correspondía al conocimiento acerca de cómo afectó dicho conflicto a la ciudad de Cartagena. 45 personas coincidieron en que las consecuencias fueron dramáticas, pero casi la otra mitad de los encuestados o no sabía las consecuencias u optó por que apenas tuvo consecuencias.

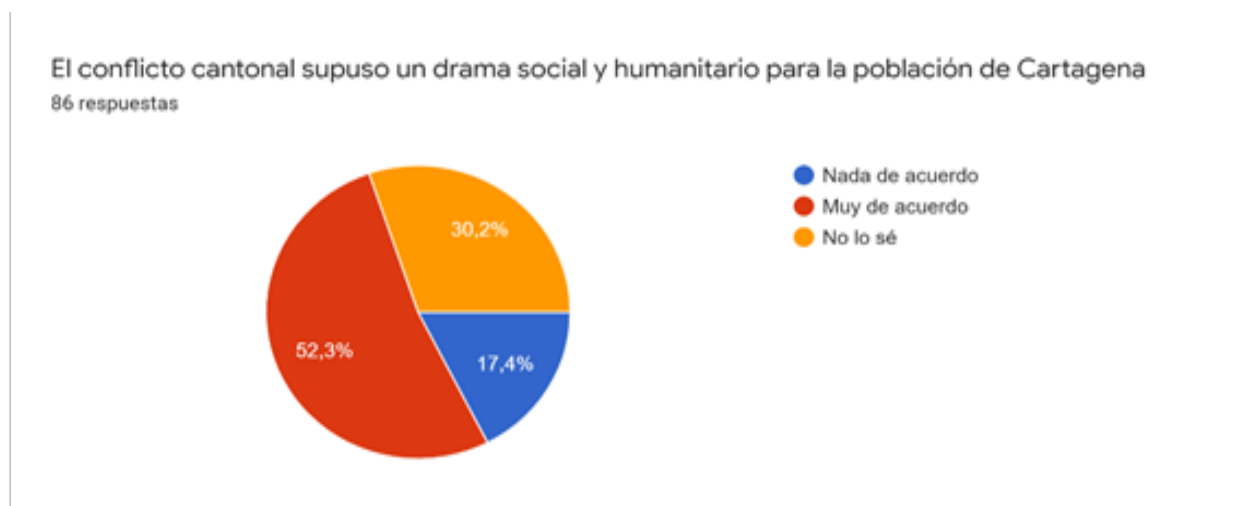


Gráfico 3. Fuente: Elaboración propia

A continuación, venía una pregunta muy similar a la anterior en la que se interpelaba al entrevistado sobre las consecuencias que el conflicto tuvo para la población. 11 personas se reafirmaron en que el conflicto apenas tuvo consecuencias para la población, 9 lo desconocían y 66 optaron por creer todo lo contrario (Gráficos 3 y 4).

El conflicto cantonal apenas tuvo repercusión para la población de Cartagena
86 respuestas

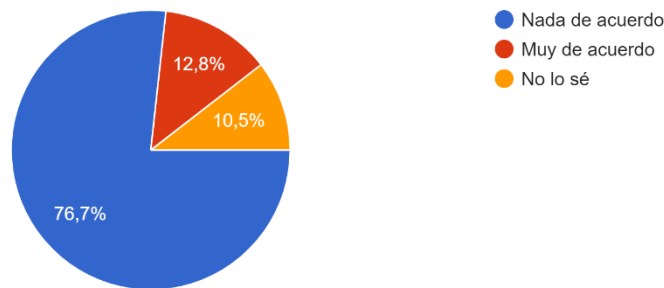


Gráfico 4. Fuente: Elaboración propia

Las siguientes dos preguntas se referían al intercambio de proyectiles entre ambas facciones en el conflicto. Siempre ha habido la creencia popular de que los centralistas tuvieron un claro dominio en el fuego artillero, cuestión que veremos en la discusión, y que los encuestados también tuvieron claro. Prácticamente un 50% cree que el dominio artillero fue por parte del bando centralista y el otro 50% no sabe lo que ocurrió, a excepción de 2-3 personas, que sí optaron en ambas preguntas por la opción más acorde a los hechos históricos acaecidos (Gráficos 5 y 6).

El Ejército Centralista que asedió Cartagena disparó más proyectiles que el Cantonal
86 respuestas

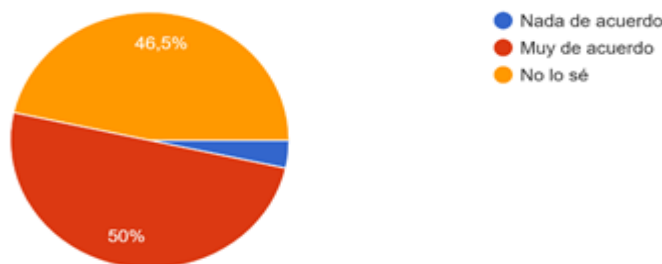


Gráfico 5. Fuente: Elaboración propia

El Ejército Cantonal que defendía Cartagena disparó más proyectiles que el Centralista
86 respuestas

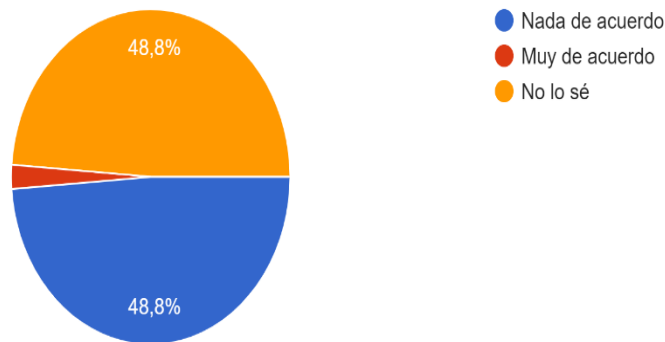


Gráfico 6. Fuente: Elaboración propia

Otro hecho histórico fundamentado que ocurrió en el conflicto fue la voladura del Parque de Artillería del 6 de enero de 1874 en el que fallecieron en torno a 400 personas que allí se refugiaban de los bombardeos (Gráfico 7). Un 57% de los encuestados, al parecer, conocían el hecho y pudieron relacionarlo con la pregunta. 37 de los demás participantes probablemente desconocían este hecho.

En un sólo día llegaron a fallecer en Cartagena 400 civiles durante el conflicto
86 respuestas

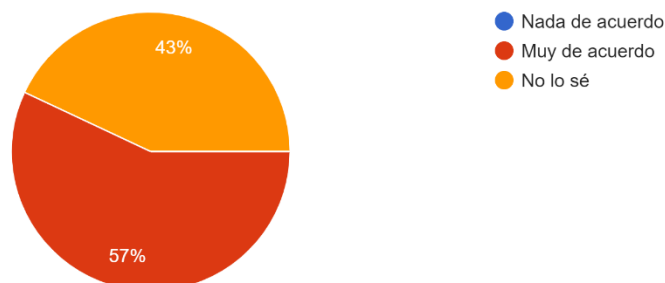


Gráfico 7. Fuente: Elaboración propia

La última de las preguntas relacionadas con este subgrupo fue la referida a la adhesión de Cartagena a los EUA (Gráfico 8). 54 de los 86 participantes, un 62'8%, dio por real esta pregunta, frente a 15 personas que no estaban de acuerdo con la afirmación, y 17 que lo desconocían.

Cartagena solicitó ser un Estado miembro de los Estados Unidos de América
86 respuestas

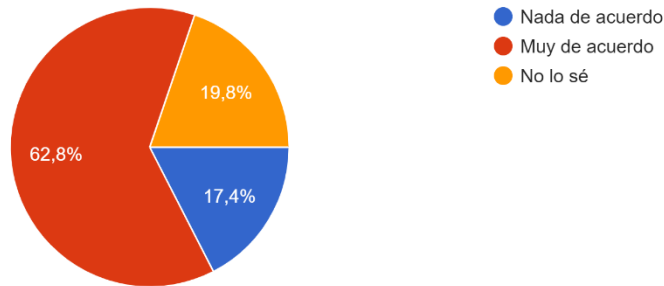


Gráfico 8. Fuente: Elaboración propia

- **Repercusión internacional del conflicto**

La primera pregunta de este subgrupo era una pregunta “trampa”, debido a que la ONU fue fundada al finalizar la Segunda Guerra Mundial (Gráfico 9), no obstante se decidió establecer como pregunta para “despistar” al encuestado, ya que si solamente se pusieran las preguntas que venían posteriormente, cabría la posibilidad de que los participantes dieran

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) intervino en el conflicto
86 respuestas

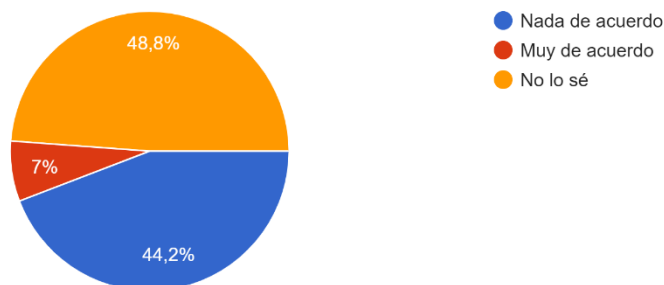


Gráfico 9. Fuente: Elaboración propia

por afirmativas las preguntas aún no sabiendo si eran ciertas o no, simplemente por el hecho de plantearse. Sin embargo, pese a ser totalmente incierta, solamente el 44'2% de los encuestados sabía que no era posible dicha afirmación, frente a un 55'8% que o no lo sabía o la dio por afirmativa. La importancia que tuvo la Cruz Roja en el conflicto (Gráfico 10) cantonal en cuanto a la asistencia sanitaria, es desconocido por el 62'8% de los encuestados que, o no sabía si la Cruz Roja participó, o incluso, 11 de los encuestados, dieron por negativa la afirmación de su participación.

Sobre la internacionalización del conflicto (Gráfico 11), que tuvo lugar con el Decreto de Piratería promulgado por el Gobierno central y permitió que entraran en el escenario bélico la armada francesa o alemana, por ejemplo, solamente 23 personas de las 86 encuestadas parece que sabían este hecho, frente a 24 que lo negaron y 39 que lo desconocían.



La Cruz Roja intervino en el conflicto

86 respuestas

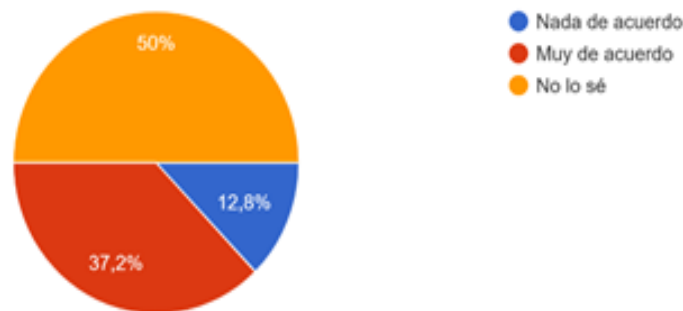


Gráfico 10. Fuente: Elaboración propia

Paises como Inglaterra, Francia o Alemania participaron en el conflicto
86 respuestas

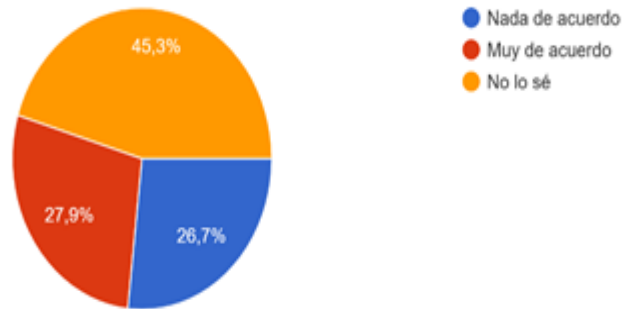


Gráfico 11. Fuente: Elaboración propia

- **Conocimiento de personajes históricos**

En cuanto a personajes conocidos por los participantes, esta fue la relación de nombres y veces nombradas (Tabla 1).

Tabla 1

Personaje	Veces nombrado
Antonete Gálvez	19
Roque Barcia	8
General Juan Contreras	5
Cartero Sáez	2
José López Domínguez	1
Emilio Castelar	1
General Pavía	1
Pi i Margall	1
Jerónimo Poveda	1
Jose M. Pérez Rubio	1
Dr. Bonmatí	1
Personas contemporáneas nombradas probablemente de forma irónica	2

Fuente: Elaboración propia

DISCUSIÓN

En cuanto al fin ideológico del conflicto, los resultados muestran que una ligera mayoría de los encuestados conoce realmente que la insurrección cantonal perseguía la consecución de una República Federal Española y que nada tuvo que ver con movimientos provincialistas, secesionistas, nacionalistas o similares que posteriormente se produjeron en nuestro país. Quizás el hecho de que en algunas ocasiones, en el argot popular contemporáneo, se hable abiertamente de que Cartagena se independizó durante aquellos meses de 1873 a 1874, pueden hacer confundir a la persona contemporánea con los fines reales del Cantón de Cartagena como en el caso del popular programa radiofónico *La Vida Moderna* (2017).

Si el objetivo principal es desconocido o conocido erróneamente por muchos de los encuestados, lógicamente son varios los mitos o creencias erróneas que hoy en día se creen popularmente. Valga el ejemplo de la introducción de este mismo documento sobre la adhesión a los Estados Unidos; pero también la creencia de que Cartagena fue arrasada por los Centralistas, hecho real este, pero también se cree que fue “un paseo” para el ejército sitiador, y nada tuvo que ver. Ya Joaquín Vivanco en su memoria sobre el asedio a la ciudad narraba cómo el fuego por parte de los Cantonales hacia las baterías Centralistas fue bastante intenso. Ejemplo es el fracaso de la batería de la finca La Piqueta, cuyo único objetivo era atacar al castillo de La Atalaya y finalmente tuvo que cesar en el empeño, o cómo los centralistas tuvieron escasez de municiones, relevo en el mando y otra serie de complicaciones para vencer la plaza tal y como narra Márquez (2001).

La repercusión internacional del conflicto también es bastante desconocida hoy en día. Nadie puede imaginar que Cartagena podría entrar en conflicto con Alemania o Inglaterra, pero casi fue así tras el Decreto de Piratería del Boletín Oficial del Estado (1873) producido durante el conflicto. Quizás la encuesta debería haber sido algo más extensa y haber incluido otros ítems respecto a la internacionalización del conflicto, ya que existen evidencias de que a Cartagena acudieron voluntarios de otras partes del mundo como por ejemplo desde París, o que Marx y Engels (1873) escribieron al respecto, o que tampoco se conoce el papel fundamental en la asistencia sanitaria y humanitaria que desempeñó la Cruz Roja con Antonio Bonmatí al frente, y por tanto, los encuestados sí son conscientes de que Cartagena fue destruida, pero probablemente no sean conocedores del sufrimiento humano que conllevó para su población como se relata en algunos escritos de la época como, por poner un ejemplo, los de Giménez Enrich (1874).

En cuanto a personajes históricos, el más nombrado fue el líder de los voluntarios de la insurrección, el diputado Antonio Gálvez Arce. El de Torreagüera, es al parecer el personaje que a día de hoy más se identifica con este hecho histórico, seguido de Roque Barcia, político que también estuvo al frente de la insurrección junto al General Juan Contreras. Algunos encuestados nombran también a presidentes de la I República Española o escuetamente algún otro personaje destacable como el Cartero Sáez, presente durante todo el conflicto en el Castillo de San Julián.

Cabe destacar también, la confusión con la que en ocasiones se refiere hoy en día a Antonio Bonmatí, presidente de Cruz Roja Cartagena durante el Cantón, y que muchas veces se le llama erróneamente “doctor Bonmatí”, cuando este, de profesión era maestro de una escuela en la calle del Aire y del que no se consta que tuviese descendencia en Cartagena, ya que tras el conflicto marchó a vivir a Barcelona junto a sus hijos tal y como narra Pérez Crespo (2000) Confusión muy probable con la figura del doctor Casimiro Bonmatí, que ejerció la medicina en Cartagena en la segunda mitad del siglo XX, y que en principio, nada tuvo que ver con Antonio.

CONCLUSIONES

En referencia a los resultados que hemos obtenido de este estudio y en base a las categorías de análisis planteadas, podemos concluir que la percepción popular sobre el Cantón de Cartagena, en cuanto a:

- **Fin ideológico del conflicto**
 - Una ligera mayoría de los encuestados conoce que la insurrección cantonal perseguía la instauración de una República federal.
 - En ocasiones, se confunde la insurrección cantonal con ideologías políticas posteriores de corte secesionista o nacionalista.
- **Mitos y leyendas**
 - Se desvirtúa frecuentemente hechos históricos con hechos reales.
 - Se desconoce las consecuencias que el conflicto tuvo para la población de la plaza.
- **Repercusión internacional del conflicto**

- Las intervenciones de las armadas extranjeras en la cantonal a través del Decreto de Piratería son poco conocidas.
- El importante papel de la Cruz Roja y Antonio Bonmatí en la plaza tampoco son considerados hoy en día.
- **Conocimiento de personajes históricos**
- La figura que más se recuerda es la de Antonio Gálvez Arce, junto a Roque Barcia y el General Contreras.

Ante todo esto, en 2023 se cumplirán 150 años del Cantón de Cartagena, año que podría ser idóneo para que instituciones gubernamentales o pedagógicas, conmemorasen este hecho histórico tan importante de la historia de Cartagena, así como de otros territorios de su entorno, aprovechando para fomentar cómo se fueron produciendo realmente los hechos.

FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA

- Engels, F. (1873) Los bakuninistas en acción: Memoria sobre los levantamientos en España en el verano de 1873. Recuperado de <https://www.marxists.org/espanol/m-e/1870s/1873-bakun.htm>
- Giménez, E. S. (1875). Cartagena, recuerdos cantonales. Madrid: Edita Librería de A. de S. Martin.
- Gaceta de Madrid (N.º 202, 1873: 1122). Boletín oficial del estado. Recuperado de <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1873/202/A01122-01122.pdf>
- La Vida Moderna. (2017, 11 febrero). [Vídeo]. YouTube. Recuperado de <https://www.youtube.com/channel/UC6lJZ9Ctx1vcmRY9cFEPyww>
- Márquez, A. (2001). La artillería centralista en el bombardeo de Cartagena. La memoria Vivanco. (Edición Príncipe). Ed. Áglaya.
- Pérez Adán, L. M. (2017). Cuando Cartagena quiso ser norteamericana. *Cartagena histórica*, 2a época digital, 1-5. Recuperado de <https://archivo.cartagena.es/gestion/documentos/21176.pdf>
- Pérez Crespo, A. (2000) *Antonio Bonmatí. Un héroe cantonal olvidado. Murcianos para el recuerdo*. Murcia: Fundación Centro de Estudios Históricos e Investigaciones Locales Región de Murcia.

Fiebre Amarilla: Representación en imágenes de una epidemia en el Río de Janeiro del Siglo XIX

Yellow Fever: Imagetic Representation of an Epidemic in Rio De Janeiro in the 19th Century

Febre Amarela: Representação Imagética de uma Epidemia no Rio De Janeiro no Século XIX

Mercedes Neto¹, Alberto de Lemos dos Santos², Camilly de Oliveira Novaes³, Eliza Aguiar de Almeida⁴, Fernando Porto⁵

¹Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Brasil). Departamento de Enfermagem de Saúde Pública. Orcid: <http://orcid.org/0000-0001-7529-9535>. Correo electrónico: mercedesneto@yahoo.com.br

²Especialista em Infectologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas – INI/FIOCRUZ (Brasil). Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0138-6577>. Coreo electrónico: aslemosdip@yahoo.com.br

³Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ (Brasil). Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7625-3854>. Correo electrónico: camilynovaes@gmail.com

⁴Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJO (Brasil). rcid: <https://orcid.org/0000-0003-1551-9502>. Correo electrónico: elizaa.aguiar@gmail.com

⁵Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO (Brasil). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2880-724X>. Correo electrónico: ramosporto@openlink.com.br

Correspondencia: Mercedes Neto .Universidade do Estado do Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, RJ, BR

Correo electrónico de contacto: mercedesneto@yahoo.com.br

Para citar este artículo: Neto, M., de Lemos, A. S., Novaes, C. O., Almeida, E. A.& Porto, F.(2021). Fiebre Amarilla: Representación en imágenes de una epidemia en el Río de Janeiro del Siglo XIX. *Cultura de los Cuidados*, 25(60). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.60.12>

Recibido:23/10/2020 Aceptado: 14/03/2021



RESUMEN

Objetivo: analizar la imagen sobre la epidemia de Fiebre Amarilla en Río de Janeiro, en 1850. **Metodología:** Se trata de un estudio en la perspectiva histórica, con base en análisis cultural y en imaginaria. La fuente histórica fue la imagen de la décima tirada de la Revista Ilustrada, en 1876. **Resultados:** La imagen publicada el día 04 de marzo de 1876, en la página 07 del número 10 del Año 01 de la Revista Ilustrada, denominada "Epidemia de la Fiebre Amarilla" como un brote que causó altas tasas de mortalidad, representaciones sobre la dinámica de la epidemia, la muerte, y la participación de Oswaldo Cruz en este contexto. **Conclusiones:** Las representaciones, en conjunto, demostraron la desesperación con la enfermedad, la muerte como desenlace de esta epidemia y acción sanitaria, pero también la esperanza y salvación por medio de la vacuna como desdoblamiento de este brote.

Palabras-clave: Fiebre Amarilla; Enfermedad Reemergente; Enfermedad Inmunoprevenible; Salud pública; Historia de la Salud.

ABSTRACT

Objective: to analyze the image about the Yellow Fever epidemic in Rio de Janeiro in 1850. **Methodology:** This is a historical perspective, based on cultural and imagery analysis. The historical source was the image of the tenth issue of *Ilustrada Magazine*, in 1876. **Results:** The image published on March 4, 1876, on page 07 of the number 10 of Year 01 of *Revista Ilustrada*, denominated "Yellow Fever Epidemic" translates as an outbreak that caused high mortality rates, representations on the dynamics of the epidemic, death, and Oswaldo Cruz's participation in this context. **Conclusions:** The representations, together, demonstrated the despair with the disease, the death as an outcome of this epidemic and sanitary action, but also the hope and salvation through the vaccine as a result of this outbreak.

Keywords: Yellow Fever; Reemerging Disease; Immunopreventable Disease; Public health; History of Health.

RESUMO

Objetivo: analisar a imagem sobre a epidemia de Febre Amarela no Rio de Janeiro, em 1850. **Metodologia:** Trata-se de um estudo na perspectiva histórica, com base em análise cultural e imagética. A fonte histórica foi a imagem da décima tiragem da Revista Ilustrada, em 1876. **Resultados:** A imagem publicada no dia 04 de março de 1876, na página 07 do número 10 do Ano 01 da Revista Ilustrada, denominada "Epidemia da Febre Amarela" traduz como um surto que causou altas taxas de mortalidade, representações sobre a dinâmica da epidemia, a morte, e a participação de Oswaldo Cruz neste contexto. **Conclusões:** As representações, em conjunto, demonstraram o desespero com a doença, a morte como desfecho desta epidemia e ação sanitária, mas também a esperança e salvação por meio da vacina como desdobramento deste surto.

Palavras-chave: Febre Amarela; Doença Reemergente; Doença Imunoprevenível; Saúde Pública; História da Saúde.

INTRODUÇÃO

A história das doenças sempre esteve intimamente ligada ao contexto social, produzindo significados que vão além de suas características biológicas, e são, sobretudo, fruto de um fenômeno cultural. As enfermidades revelam muito sobre as crenças, os costumes, as identidades, as organizações sociais e política, além da moral, e, por isso, sua compreensão tem sido cada vez mais ampliada para além do discurso médico-científico. A doença, como fenômeno social, também é uma construção, e os significados são moldados, ganhando novos sentidos.

Nos tempos idos, as doenças representariam o desequilíbrio social e nesta condição a sociedade procura identificar suas origens. No caso da epidemia de febre amarela, por exemplo, os negros foram condenados por serem responsáveis por levar a doença ao Rio de Janeiro, na segunda metade do século XIX, no momento em que o governo atraía a mão-de-obra imigrante branca, para favorecer o embaquecimento da população (Rezende, 2009).

Os imigrantes eram mais suscetíveis às enfermidades, o que provocou um problema de ordem econômica e disseminou ainda mais preconceito contra os negros. Diversos sanitaristas e políticos apontavam a abolição da escravatura como um dos caminhos possíveis para diminuir o contágio da população branca. Neste caso, é interessante notar que, ao invés de serem apontados como culpados pelas epidemias, os imigrantes são vistos como vítimas, uma vez que faziam parte dos interesses políticos da nação (Rezende, 2009).

Concomitantemente, interpretações das doenças como fenômeno social passaram a ser difundidas: “falta de moral”, pobreza e outros fatores de natureza econômica e social explicavam, para os adeptos dessa corrente, determinadas enfermidades, como a febre amarela, por exemplo.

Vale destacar que durante boa parte do século XIX, médicos acreditavam que os miasmas presentes no ar, oriundos de matéria orgânica em decomposição ou água parada provocavam as epidemias. Para tal concepção, o meio físico, a natureza e a concentração de pessoas eram produtores de miasmas. A discussão ganha espaço com os que validavam a teoria do contágio, que poderia ocorrer de forma direta, a partir do contato com o doente, ou de forma indireta, através do ar, roupas e outros objetos, o que resultou em uma variedade de medidas profiláticas (Pimenta, 2004).

Desde o começo dos anos da segunda metade do século XIX, foram se multiplicando na imprensa médica e leiga do Rio de Janeiro as especulações sobre o papel

dos insetos na transmissão de doenças, inclusive a febre amarela. Eram vistos não como hospedeiros de parasitos, mas principalmente como agentes mecânicos de transmissão dos micróbios que causavam as doenças (Benchimol, 2001). A imprensa à época fornecia informações em artigos escritos a este respeito, buscando entender as partes componentes das teorias microbianas, e como elas eram imantadas na medicina tropical. Novos elos vivos eram encaixados nos constructos elaborados para explicar a transformação extra corporal do micróbio da febre amarela. Ademais, a cada epidemia da febre amarela no Brasil, a imprensa ilustrada se utiliza de informações para divulgar os casos, a doença, as medidas preventivas e profiláticas, por meio de matérias jornalísticas, ou por imagens em charges ou cartuns.

Para tanto, este estudo tem como **objetivo** analisar a imagem sobre a epidemia de Febre Amarela no Rio de Janeiro, em 1876.

MÉTODO

Atualmente, o campo de pesquisas sobre os saberes e as práticas médicas vem se ampliando graças à múltiplas abordagens, fontes e temáticas enriquecidas pelo diálogo entre diversas áreas. Estudos sobre epidemias, representação social e cultural das doenças, sobre a morte, o medo, sobre higiene e educação, a circulação de saberes, os manuais de medicina, dentre outros, descortinaram implicações políticas, educacionais, religiosas, sociais, culturais, evidenciando a historicidade das enfermidades.

Sendo assim, para a metodologia deste estudo, se optou pela perspectiva da Historia Cultural, visando o cumprimento dos objetivos pela iconografia e iconologia articulado a outros documentos e literatura pertinente ao espaço, tempo, e lugar de produção sem ignorar o contexto (André, 2009). Nesta perspectiva, a proposta do uso de documento imagético na pesquisa trata-se de desafio para o pesquisador no momento que, a partir do recorte do objeto em uma determinada dimensão micro, se procura promover exame dos processos nos quais ele se insere.

Isto posto, o método permite ao pesquisador construir, a partir de um “outro” ponto de observação, uma trama narrativa diferenciada, impondo-se nas suas condições de criação realizado no processo de generalização analítico teórico, o que permite reflexões sobre uma problemática mais ampla que o próprio objeto (Bonato, 2011).

O documento utilizado para a análise foi a imagem da décima tiragem da Revista Ilustrada, em 1876 sobre a Febre Amarela. Esta revista foi uma publicação satírica,

política, abolicionista e republicana brasileira, fundada no Rio de Janeiro pelo ítalo-brasileiro Angelo Agostini, e circulou durante os anos de 1876 à 1898.

No intuito de operacionalizar a análise, foi articulado conteúdos escritos à leitura imagética para contextualizar o repertório da época, publicações acerca da temática que corroborem para o entendimento da mensagem que a imagem propõe passar às pessoas que a observam.

Os aspectos éticos da pesquisa referentes aos documentos imagéticos analisados respeitaram o que se refere a Lei número 9.610/1998 quanto a autorização, atualização e consolidação da legislação sobre direitos autorais e outras providências.

RESULTADOS

A primeira epidemia de febre amarela descrita no Brasil ocorreu em 1685, em Recife, atual capital do Estado de Pernambuco, para onde o vírus teria sido levado em barco procedente de São Tomé, na África, com escala em Santo Domingo, nas Antilhas, onde a enfermidade dizimava a população (Teixeira, 2001; Franco, 1976). Em 1686, irrompeu em Salvador, atual capital do Estado da Bahia, havendo relatos de sua presença neste território até meados de 1692, período em que cerca de 25.000 pessoas adoeceram e 900 morreram (Teixeira, 2001).

Neste momento, visando controlar a primeira epidemia de que se tem notícia em território brasileiro, foi posta em prática a primeira campanha profilática no Novo Continente, elaborada por João Ferreira da Rosa, médico português, e executada pelo Marquês de Montebelo, Governador da então Capitania de Pernambuco. Embora utilizando bases técnicas equivocadas, a "ditadura sanitária", operacionalizada mediante ações direcionadas para a segregação dos doentes, purificação do ar, das casas, cemitérios, portos, limpeza das ruas e outras², alcançou o resultado esperado. Essa campanha lançou as bases do modelo das estratégias de vigilância e controle que se seguiriam para este agravo.

Durante mais de um século não se registraram relatos sobre a infecção de Febre Amarela no Brasil, o que sugeriu o seu desaparecimento, pelo menos sob a forma epidêmica. Franco (1976) refere um episódio relatado por Béranger-Féraud envolvendo a tripulação de um navio francês na Bahia, em 1823, não era comum entre as conversas e preocupações de enfermidade para população à época.

Ao que tudo indica, a primeira grande epidemia de febre amarela fustigou a cidade, com enorme virulência, no período compreendido entre dezembro de 1849 e

setembro de 1850. Numa população de 166 mil habitantes, a doença causou, segundo as estimativas do médico Pereira Rego, 90.658 doentes e 4.160 mortos. No auge, que coincidiu com os meses de janeiro, fevereiro e março, fez mais de 80 vítimas por dia. Desde então, durante 59 anos a febre assolou a capital, assumindo, em certos momentos, dimensões de verdadeira hecatombe (Pimenta, 2004).

A epidemia de febre amarela teve consequências importantes para a instituição de um novo tipo de medicina que se vinha constituindo no Brasil desde a década de 1830, no que se refere às formas de conhecimento como ao modo de intervenção na sociedade, particularmente no contexto urbano. O aspecto mais notável dessa transformação é o fato de a medicina se tornar social e, portanto, basicamente preventiva. Em 1850, nomeou-se uma Junta de Higiene para acompanhar os trabalhos de controle da epidemia, avançando nos aspectos estatísticos de controle da doença, e as comissões de prevenção e profilaxia traduzida pela Junta de Higiene (Rezende, 2009).

A primeira notícia sobre febre amarela no Rio de Janeiro foi conhecida em dezembro de 1849 pelo Médico Roberto Cristiano Bertoldo Lalleme (Franco, 1976), e desde aquela época o vírus amarílico tornou-se um problema complexo para os sanitaristas, políticos e comerciantes do tempo, que entenderam quase cem anos depois que a febre amarela não era uma doença fácil controle epidemiológico.

É neste contexto histórico que a epidemia em estudo é construída e levada às mídias impressas à época, com desinformação e conhecimento sobre a doença, até mesmo pelos médicos que conduziam as medidas preventivas e de cuidado da população, e a representações eram difundidas sob interpretações populares daquilo que se conhecia sobre a Febre Amarela.

Para se analisar a construção da imagem de um surto e/ou epidemia, como foi a Febre Amarela no Brasil, foi demarcada a principal imagem que, em buscas virtuais, possui maior incidência de resultados. Para tanto, a imagem analisada neste estudo, e visualizada na Figura 1, foi publicada no dia 04 de março de 1876, n/a página 07 do número 10 do Ano 01 da Revista Ilustrada.

Em um olhar geral da imagem, é possível observar a população representada na parte inferior do fac-símile, cercada por construções que se assemelham a casas ou prédios de uma cidade, e um arco superior que abarca a figura de representação da morte, com uma capa e foice em suas mãos.

A forma de ver define a significação da imagem. Cada pessoa vê a partir de seu lugar histórico, ideológico, psicológico, e culturalmente determinado, e esse lugar induz

a interpretação. Nas palavras de John Berger, “A maneira como vemos as coisas é afetada pelo que sabemos ou pelo que acreditamos”

(Figura 1)

Figura 1 – Epidemia da Febre Amarela



Fonte: Revista Ilustrada, 1876

Ao analisar a Figura 1 “Epidemia da Febre Amarela”, mostrar que este surto causou altas taxas de mortalidade no final do século XIX se faz cogente. Os governantes à época proibiram o enterro de corpos nas igrejas, mandando-os para os ‘cemitérios públicos’. Nos hospitais e enfermarias improvisadas foram recolhidos 6.223 doentes, dos quais 4.630 se curaram e faleceram 1.587. A mortalidade por febre amarela neste período foi cerca de 4.160, num total de 11.192 mortes em geral, 37% das mortes por febre amarela (BENCHIMOL, 2001).

Para complicar o quadro nosológico da cidade, nesse mesmo tempo, a varíola ataca a população e com ela o sarampo também. Em seguida, a ação afastada da febre amarela, se complica com novos surtos epidêmicos de coqueluche, varicela, embora com caráter menos grave, deixando um saldo de cerca de 471 vítimas (Benchimol, 2005).

Em percurso do ano do fac-símile em análise, em 1852, a febre amarela continuou matando, mesmo com as ações pontuais e organização dos serviços de saúde. Foram 1.943 as vítimas no Rio de Janeiro, tendo como mês de maior incidência, abril, quando fez 402 vítimas (Magalhães, 2016).

Ao realizar recorte na Imagem sobre a Epidemia da Febre Amarela, destaca-se a representação da morte por meio de um esqueleto envolto a uma capa e com uma foice à mão. Esta representação está centralizada na imagem, e acima daquela que seria a representação da população da capital do país à época.

As simbologias ilustradas com referência à morte vão além do seu significado em si, denotam a visualização da luta que uma população emerge contra febre amarela, o mal que assolava a cidade e elevava as taxas de mortalidade e morbidade por este agravo à época. Para os leitores desta revista, desperta sentimentos de medo e alerta contra uma doença que se instalava em forma de epidemia.

Para Davies (2005), a morte comparece circunscrita pelos signos religiosos e a vivência da morte e do morrer se dá de um modo totalmente familiar e sob o controle do moribundo, o que em outras palavras poderia se dizer que as construções das representações da morte se fazem pelo imaginário da população, construída pelas suas experiências e cultura, mas também em sua fé.

Construções essas que permeiam o movimento de medos e caos, nos quais fizeram com que Oswaldo Cruz recebesse carta-branca para combater as doenças daquele tempo, o que fez com competência, mas também com autoritarismo, através das campanhas sanitárias. No combate à febre amarela, a primeira das doenças que enfrentou, o modelo que seguiu foi o da campanha feita pelos médicos militares em Cuba. O trabalho foi direcionado ao combate dos focos de mosquito, que resultou na diminuição dos casos de febre amarela.

No recorte realizado e demonstrado na Figura 2 é possível visualizar uma charge de Oswaldo Cruz, médico brasileiro. Sanitarista, bacteriologista e epidemiologista, ele foi o responsável pela erradicação da febre amarela no Brasil. Após seus estudos em Paris, no Instituto Pauster, ele retorna ao país onde é encarregado de debelar o surto de peste bubônica, varíola e febre amarela.

Oswaldo Cruz tem representação na história por exterminar a febre amarela que rondava os portos e as cidades do litoral, sendo a sua primeira medida, que conhecia as pesquisas realizadas por Finlay e sabia que o mosquito rajado era o transmissor da febre amarela, isolar os doentes e iniciar a campanha para acabar com as águas paradas, local

de reprodução do mosquito transmissor da febre. Um contingente de 85 homens foi a campo e mesmo com o descrédito da população, a febre amarela foi debelada em três anos (Löwy, 1990).

Vale destacar que nessa época, no Rio de Janeiro, Oswaldo Cruz era Diretor da Saúde Pública, e ao assumir, a cidade do Rio de Janeiro era caótica em termos habitacionais e sanitários. Com uma rede de água e esgoto precária, a população pobre vivia em cortiços, e a coleta de lixo era ineficiente. Não é à toa que várias doenças proliferavam além da febre amarela, tais como tuberculose, sarampo, tifo e peste bubônica.

Ademais, ressalta-se que o movimento sanitarista, dividido em dois períodos, se deu por meio das ações de Oswaldo Cruz nesta epidemia de febre amarela, o que corresponderia ao desdobramento ao primeiro período que ocorreu na primeira década do século XX, onde foram privilegiados o saneamento urbano da cidade do Rio de Janeiro e o combate às epidemias de febre amarela, peste e varíola, postas à época (Hochman, 1996).

É evidente que as representações imagéticas acerca da Febre Amarela tem em destaque aquele que teve ação efetiva na erradicação de uma moléstia de altas taxas de mortalidade e transmissibilidade, seja de forma oculta, ou como na imagem em estudo, em forma de charge representando assim, um marco de uma intervenção sanitária.

Na turbulenta década de 1890, as “febres paulistas” chamavam a atenção de diversos sanitaristas e médicos, e uma delas em especial, a febre amarela, também chamada tifo amarílico, icteróide ou americano, ou, ainda, vômito negro, em alusão a um sintoma característico da enfermidade. Alguns médicos reduziam-na a uma manifestação singular da malária, caracteristicamente americana. Concomitantemente, alguns bacteriologistas estabeleceram analogias entre a febre amarela e o cólera baseadas nas manifestações intestinais das duas doenças (Calheiros, 1998).

As indefinições sobre a etiologia e transmissão da febre amarela dificultavam não só o diagnóstico clínico como o saneamento das regiões atingidas por aquele que era considerado o problema “número um” da saúde pública brasileira. As controvérsias sobre a doença mobilizavam, então, personagens e instituições médicas de vários países do Velho e do Novo Mundo. A opinião pública já assimilara a noção de que a febre amarela era causada por um dos micróbios recém-inscritos na agenda do debate científico ou, talvez, por um novo germe não descoberto ainda. Mas eram tantos os investigadores debruçados sobre o enigma, tão variados suas configurações possíveis, que a opinião

pública, os agentes econômicos e os políticos exigiram a intervenção do Estado no terreno minado da investigação científica para colocar alguma ordem naquela cacofonia de ideias (Calheiros, 1998).

Muitas foram as interpretações e representações desta doença que assolou o país, e as imagens que se vinculavam nas mídias impressas à época e nas seguintes demonstram a importância do Movimento Sanitário liderado por Oswaldo Cruz. Na Figura N. 02 o estudo faz o pareamento entre a imagem em estudo publicada em 1876 e a capa da Revista Ilustrada, de 1886, registrado por Quintino Bocaiuva, e mostrava a pintura de um quadro alusivo à febre amarela, enquanto os poderes públicos assistiam impassíveis à cena, sendo representados como vacas.

Ressalta-se que, a vigor da ilusão, como uma das regras do mundo das imagens, é um dos problemas que desafiam os pesquisadores, na exata medida em que o afasta da suposição de que este deve ser construído a partir de alguma consideração sobre vínculos causais entre a tradição pictórica e a experiência contemporânea. Isto implica em conexões entre questões do método da iconologia e os problemas da legibilidade da imagem proporcionados pelos debates na semiótica (Monath, Cetron, Teuwen, 2008).

Nas duas imagens, a morte é representada, o que se pode inferir mais uma vez a reprodução nas dobras do tempo deste mal, ou melhor, deste desfecho nos casos de pessoas que eram acometidas por febre amarela. Sendo assim, a representação da morte em duas imagens vinculadas nas mídias que circulavam em ampla extensão à época pode inferir que a febre amarela era acompanhada deste de tragédia irreversível, despertando a atenção das pessoas e o medo para este agravo, que até então, mal se sabia como era transmitida.

No Brasil, Filogonio Utinguassu foi quem primeiro defendeu a ideia da transmissão do agente da febre amarela pelo mosquito, em sessão da Academia Imperial de Medicina de 27 de outubro de 1885. No entanto, somente na Conferência Sanitária Internacional, realizada em Washington em 1881, Finlay defendeu pela primeira vez o combate aos mosquitos como forma de prevenção da febre amarela. Mesmo com argumentos, suas ideias não foram levadas a sério. No decurso de dezenove anos, repetiu a experiência em 102 pessoas, tendo conseguido a transmissão de formas benignas da doença em várias delas. Em 1897 propôs ao governo dos Estados Unidos um plano detalhado para erradicar a febre amarela pelo combate ao mosquito transmissor (REZENDE, 2009).

Figura 2

Dobras do Tempo para Representação do Medo e Morte da Febre Amarela



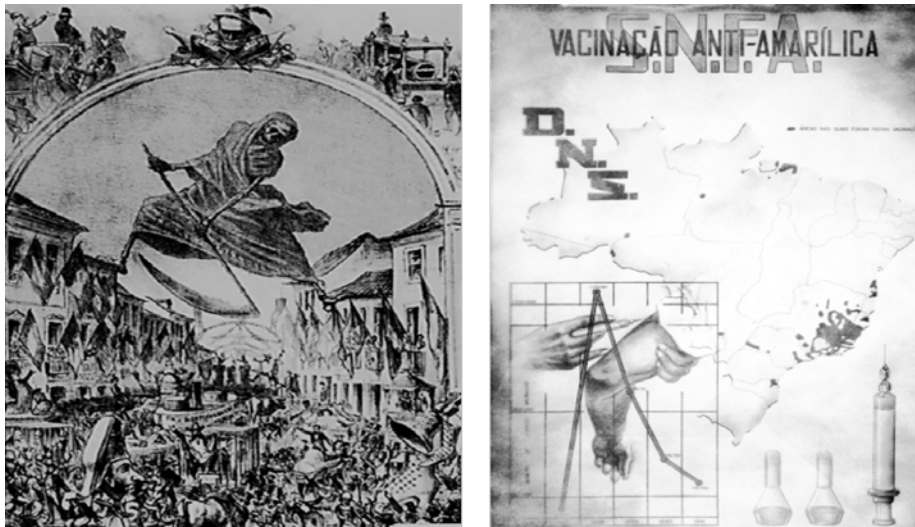
Fonte: Revista Ilustrada, 1876 e 1876.

Muitas foram as discussões entre transmissão e mortalidade por febre amarela, até que, em pesquisas seguintes começava a emergir a ação que levaria a erradicação da doença. A ideia de erradicação, como um objetivo a ser alcançado no campo sanitário começam neste contexto. A sua emergência e a escolha da febre amarela como alvo das primeiras campanhas sanitárias embasadas por esse conceito está diretamente relacionada a importantes transformações ocorridas no campo da saúde pública nas últimas décadas do século XIX.

A Figura N. 03 contrapôs-se esta representação de medo e morte para esperança e intervenção por meio da vacina contra a febre amarela ao parear-se a imagem objeto deste estudo com o cartaz de vacinação do Serviço Nacional de Febre Amarela, que atestava a eficácia da aplicação da vacina produzida no Brasil a partir de 1937, e que foi exposto na XI Conferência Sanitária Pan-Americana no Rio de Janeiro em 1942.

Figura3

Dobras do Tempo para Representação da Esperança e Intervenção no combate da Febre Amarela



Fonte: Revista Ilustrada, 1876 e Pôster DNS p - Conferência Sanitária Pan-Americana no Rio de Janeiro em 1942.

A construção iconológica desta imagem tem por finalidade compreender o desdobramento da epidemia do final do século XIX e a maturidade da vacinação como ação de prevenção deste agravo ocorrido apenas em 1937. Neste ano, foi criada e registrada a primeira vacina eficaz contra febre amarela, conhecida como a cepa 17D ou "vírus camarada" (Monath, Cetron, Teuwen, 2008). A necessidade de controlar tão grave problema de saúde pública acelerou as etapas do ensaio clínico e, tão logo foi constatada sua capacidade imunogênica, a nova vacina foi testada em 100 voluntários humanos da Fundação Rockefeller, em Nova York (Benchimol, 2001).

Destaca-se que em janeiro de 1937 foi trazida ao Brasil por Smith para a realização de pesquisas posteriores. Em março deste ano, passou a ser fabricada no Instituto Oswaldo Cruz, e, nesse mesmo ano, foi usada pela primeira vez em larga escala no Município de Varginha, em Minas Gerais, estendendo-se posteriormente para outros municípios à época recém-afetados pela febre amarela silvestre. Em seis meses foram vacinadas 38.077 pessoas (Benchimol, 2001). Essa campanha foi um marco em termos de logística, registro, controle e técnicas de vacinação em grande escala (Monath, Cetron, Teuwen, 2008).

Ou seja, a epidemia do final do século XIX pode ter gerado motivação das ações de prevenção, com avanços não só nas pesquisas de uma vacina eficiente e incentivos em

sua produção em larga escala, mas também no comportamento das populações ao aderir esta ideia e se vacinar. A construção

Logo, a inferência de uma imagem construída no final do século XIX pode gerar discussões que mostram como uma epidemia resulta em produtos positivos para a sociedade, no que tange políticas públicas de saúde, e neste caso, para medicina preventiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As representações em mídias ilustradas e na imprensa escrita retratam a produção de verdade sobre um determinado modo de ver um evento, e promove outros entendimentos para população, como foi a epidemia da Febre Amarela associada a mortes e ações de intervenção. A principal intervenção foi por meio do Movimento Sanitário promovido, ou liderado, por Oswaldo Cruz foi o combate a febre amarela por meio do extermínio dos vetores, mas também incitou a cultura da vacinação em massa por meio das campanhas.

As representações objetais e imagéticas promovem a cultura da aceitação ou negação de determinadas ações, mas também retratam os sentimentos, as realidades, o imaginário das pessoas, e com a Epidemia da Febre Amarela não foi diferente. Ao transportar aos dias atuais as reflexões desenvolvidas neste estudo pode-se sugerir que a crescente recusa a vacinação e insatisfação da população com o manejo das políticas públicas se devem a condução das imagens criadas sobre a Febre Amarela, mas principalmente, sobre a vacinação.

Por fim, a representação cultural transcrita por meio da fala imagética pode transformar comportamentos, posturas e opiniões das pessoas, conduzindo ao abismo das epidemias, como foi o caso da febre amarela do século XIX, mas também a medidas de recondução científica com o advento da vacinação e condutas preventivas em saúde como campanhas, que são utilizadas até hoje.

REFERÊNCIAS

- André, R. G. (2009). Entre o contexto e a linguagem: o discurso fotográfico e a pesquisa histórica. *Domínios da imagem*, 3(5), 153-162.
- Benchimol, J. L. (2001). *Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Editora Fiocruz.

- Benchimol, J. L., & Sá, M. R. (2005). *Adolpho Lutz-Febre amarela, malária e protozoologia-v. 2, Livro 1*. SciELO-Editora FIOCRUZ.
- Bonato, M. (2011). A micro-história e a metodologia qualitativa de pesquisa. *Anais Do Iii Encontro Nacional Do Gt História Das Religiões E Das Religiosidades–Anpuh*.
- Calheiros, L. B. (1998). A febre amarela no Brasil. In *Simpósio Internacional sobre Febre Amarela e Dengue: cinquentenário da introdução da CEPA 17D no Brasil* (pp. 74-85).
- da Silva Magalhães, R. C. (2016). *A erradicação do Aedes aegypti: febre amarela, Fred Soper e saúde pública nas Américas (1918-1968)*. SciELO-Editora FIOCRUZ.
- Davies, D. (2005). *A brief history of death*. John Wiley & Sons.
- Franco, O. (1976). História da febre-amarela no Brasil. In *História da febre-amarela no Brasil*. Brasil. Divisao de Cooperacao e Divulgacao.
- Hochman, G. (1996). A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil.
- Löwy, I. (1990). Yellow fever in Rio de Janeiro and the Pasteur Institute mission (1901–1905): the transfer of science to the periphery. *Medical history*, 34(2), 144-163.
- Monath, T. P., Cetron, M. S., & Teuwen, D. E. (2008). Yellow fever vaccine. Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA, eds. *Vaccines*.
- Pimenta, T. S. (2004). Doses infinitesimais contra a epidemia de cólera em 1855. In *Uma história brasileira das doenças* (pp. 31-51).
- Rezende, J. M. (2009). *À sombra do plátano: crônicas de história da medicina*. SciELO-Editora Fap-Unifesp.
- Teixeira, L. A. (2001). Da transmissão hídrica a culicidiana: a febre amarela na sociedade de medicina e cirurgia de São Paulo. *Revista Brasileira de História*, 21(41), 217-242.

Cuidados profesionales en *Tu Sello*, fuente para la Historia de la Enfermería

Professional care in *Tu Sello*, source for the History of Nursing

Cuidado profesional em *Tu Sello*, fonte da História da Enfermagem

Txaro Uliarte Larriketa,¹ Carmen M^a Martínez Sánchez,² José E. Guerra González³

¹ Enfermera. Profesora Titular de Escuela Universitaria. Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibersitatea. EHU/UPV. Correo electrónico: txaro.uliarte@ehu.es

² Enfermera. Hospital. El Tomillar (Sevilla). Correo electrónico: carmen.martinezsanchez@gmail.com

³ Enfermero. Doctor por la Universidad de Alicante. Correo electrónico: ppguerra30@gmail.com

Correspondencia: D^a. Txaro Uliarte Larriketa. c/ Pérez Galdós nº 24, 5º int. izq. 48010 Bilbao (País Vasco). España.

Correo electrónico de contacto: txaro.uliarte@ehu.es

Para citar este artículo: Uliarte Larriketa, T., Martínez Sánchez, C.M^a., & Guerra González, J.E. (2021). Cuidados profesionales en *Tu Sello*, fuente para la Historia de la Enfermería. *Cultura de los Cuidados*, 25(60). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.60.13>

Recibido:13/11/2020 Aceptado: 114/03/2021



RESUMEN

Esta investigación ofrece la trayectoria del servicio postal *Tu Sello* (2007-2019), de Correos y Telégrafos en España, en emisión de sellos con fenomenología enfermera e identifica imagen, denominación, tirada, lugar de emisión, diseñador/a, patrocinadores, año, número de sellos y emisiones. Es un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Los resultados, 17 emisiones y 23 modelos de *Tu Sello* en torno a Enfermería con tirada media de 200-500 ejemplares. Destaca la Dra. D^a M^a Teresa Miralles Sangro, pionera del estudio Enfermería vs Filatelia. Estas emisiones surgen fundamentalmente en CCAA de Madrid y Andalucía, sus patrocinadores, compañeras/os, Colegios, Universidades, Asociaciones Profesionales, Sociedades Filatélicas y Órdenes religiosas. Ilustran galardón profesional, retrato compañera, situación clínica, logotipos eventos profesionales, ámbitos profesionales etc. Sus motivos de emisión, *Imposición*

galardón, Aniversarios Colegios, Facultad, Asociación de Enfermería, Congregación religiosa, creación Título Enfermera, Premio Investigación, Celebración evento profesional, Pioneras Enfermería, Reconocimiento Colegio, Día Internacional, Fundadoras y Patrona Enfermería. Se constata relevancia profesional de la Filatelia como fuente de investigación válida. La apuesta firme por el *Tu Sello* para conmemorar efemérides profesionales. Un número de emisiones, aceptable, tiradas, ajustadas, tendencia al alza y motivos del *Tu Sello* variados y pertinentes. Las autoras confían que el *Tu Sello*, continúe en auge para el conocimiento de nuestra Enfermería.

Palabras clave: Enfermería; filatelia; historia; sello postal.

ABSTRACT

This research offers the trajectory of the *Tu Sello* postal service (2007-2019), of Post and Telegraph in Spain, in issue of stamps with nurse phenomenology and identifies image, denomination, circulation, place of emission, designer, sponsors, year, number of stamps and emissions. It is an observational, descriptive and retrospective study. The results, 17 issues and 23 models of *Tu Sello* around Nursing with average circulation of 200-500 copies. Dr. M^a Teresa Miralles Sangro, pioneer of the Nursing vs Philately study stands out. These emissions arise mainly in CCAA of Madrid and Andalusia, its sponsors, partners, colleges, universities, professional associations, philatelic societies and religious orders. They illustrate professional award, companion portrait, clinical situation, logos, professional events, professional fields, etc. Its motives of issuance, Imposition award, Anniversaries Colleges, Faculty, Association of Nursing, Religious Congregation, creation Nurse Title, Research Prize, Celebration professional event, Nursing Pioneers, Recognition College, International Day, Founders and Patron Nursing. The professional relevance of philately is verified as a valid research source. The firm commitment to the *Tu Sello* to commemorate professional ephemeris. A number of issues, acceptable, pulled, adjusted, upward trend and *Tu Sello* motives varied and relevant. The authors trust that the *Tu Sello*, continue to rise for the knowledge of our Nursing.

Keywords; Nursing; philately; history; postal stamp.

RESUMO

Esta pesquisa oferece a trajetória do serviço postal *Tu Sello* (2007-2019), de Correios e Telégrafos na Espanha, em emissão de selos com fenomenologia de enfermeira e identifica imagem, denominação, circulação, local de emissão, projetista, patrocinadores, ano, número de selos e emissões. Trata-se de um estudo observacional, descritivo e retrospectivo. Os resultados, 17 questões e 23 modelos de *Tu Sello* em torno de Enfermagem com circulação média de 200-500 exemplares. M^a Teresa Miralles Sangro, pioneira do estudo Enfermagem vs Filatelia, destaca-se. Estas emissões surgem principalmente no CCAA de Madrid e Andaluzia, seus patrocinadores, parceiros, faculdades, universidades, associações profissionais, sociedades filatélicas e ordens religiosas. Eles ilustram prêmio profissional, retrato de companheiro, situação clínica,

logotipos, eventos profissionais, campos profissionais, etc. Seus motivos de emissão, de atribuição Imposição, Aniversários Escolas, Professores, Associação de Enfermagem, congregação religiosa, criação Research Award enfermeira Título, Comemoração profissional, o reconhecimento Escola Pioneras Enfermagem, Dia Internacional, fundador e patrono de enfermagem. A relevância profissional da filatelia é verificada como uma fonte de pesquisa válida. O firme compromisso com o *Tu Sello* de comemorar as efemérides profissionais. Um número de questões, aceitável, puxado, ajustado, tendência ascendente e motivos *Tu Sello* variados e relevantes. Os autores confiam que o *Tu Sello*, continua a subir para o conhecimento da nossa Enfermagem.

Palavras chave: Enfermagem; filatelia; história; selo postal.

INTRODUCCIÓN

Constatada la relevancia para la profesión enfermera de la Filatelia e Historia Postal como fuente de investigación válida para la construcción disciplinar en sus múltiples vertientes, entiéndase la publicación de artículos (Guerra, 2019), comunicaciones en Congresos -poster, oral- (Uliarte, 2008-2017), (Guerra, 2010), (Herrera, 2015), exposiciones filatélicas de temática enfermera (Miralles, 2016), (Uliarte, 2010-2016), textos monográficos (Guerra, 2005), (Miralles, 2008) e incluso Tesis Doctorales, (Miralles, 2015), (Guerra, 2016), es el momento de seguir conmemorando, con nuevos y más *sellos de naturaleza enfermera* aquellas efemérides relevantes que se suceden periódicamente en la profesión.

El presente artículo, se marca como objetivos ofrecer una visión general del servicio postal *Tu Sello* de Correos y Telégrafos, su trayectoria, en cuanto a la emisión de ejemplares filatélicos con fenomenología enfermera. A la vez, identificar con imagen y contextualizarlos en aspectos tales como denominación, tirada y lugar de emisión, diseñador/a, patrocinadores, año y número de ejemplares por cada emisión, de aquellos *Tu Sello* de contenido profesional emitidos hasta la actualidad.

El *Tu Sello* es un servicio de Correos y Telégrafos (2007), que *posibilita personalizar los signos de franqueo incorporando imágenes o creaciones artísticas originales transformándolos en sellos reales de Correos. Es una plataforma ideal para a partir de ella, otorgar visibilidad a productos, efemérides, comunicar eventos y en general, aportar cultura, valores y logros de la sociedad española. La fabricación de los sellos corresponde a la Fábrica Nacional de Moneda y Timbre (FNMT) que imprime los*

pliegos con los logos de España, Correos y “Tu Sello”, sobre los que se estamparán las diversas imágenes. A continuación, Nexea -filial de CORREOS- personaliza los sellos mediante el estampado de las imágenes facilitadas por los clientes, garantizando una calidad idéntica a la de los demás sellos emitidos e igualmente válidos para el franqueo de los envíos postales (BOE núm. 312, sábado 30 diciembre 2006 y BOE núm. 184, miércoles 30 de julio de 2014).

METODOLOGÍA

El estudio realizado es observacional, descriptivo, longitudinal con carácter retrospectivo y metodología de análisis histórico. Su diseño ha contemplado identificar -existencia y ubicación física y/o virtual-, de emisiones filatélicas. Elaborar registro -exclusivo-, para analizar la producción filatélica del servicio *Tu Sello* con fenomenología enfermera. Visionar, revisar y registrar datos -vaciado-. Analizar datos y obtener resultados, frecuencias absolutas (FA) y porcentajes (%), contextualizar estas emisiones filatélicas y representar gráficamente sus resultados -fotografías y tablas-. Así mismo, el objeto de estudio es la producción filatélica del servicio *Tu Sello* con fenomenología enfermera (2007-2019) y la población, los ejemplares filatélicos emitidos por Correos y Telégrafos S.A.

Por otro lado, se diseñaron 8 variables, *Denominación emisión, Tirada, Diseñador/a, Lugar emisión, Patrocinador, Fecha emisión, Número de sellos y de emisión* para lograr el objetivo planteado. La fuente de estudio, los ejemplares *Tu Sello* de Correos y Telégrafos pertenecientes a la Filatelia Española y propiedad de los autores. Respecto a la localización de la fuente, la totalidad de ejemplares filatélicos identificados y expuestos lo han sido a partir de los contactos establecidos por los/as autores con los diseñadores/as y/o patrocinadores de estas emisiones.

Así mismo, las técnicas de investigación, han sido de índole cualitativa -descripción básica de ejemplares filatélicos-, fundamentalmente mediante la *observación documental* además de técnicas cuantitativas, tabulación, estadística descriptiva y de técnicas gráficas y fotográficas.

El periodo de recogida de datos, del 15 al 31 de abril de 2019 y su análisis del 1 al 31 de mayo de 2019. Se diseñó en *Excell* una matriz *ad hoc* y se exportaron los datos obtenidos de variables e indicadores. El tratamiento estadístico y gráfico de estos se ha

realizado mediante estadística descriptiva -frecuencia absoluta y listados nominales- y la representación gráfica de resultados, mediante tablas y fotografías. Para finalizar, constatar que las limitaciones del estudio han radicado en una única e insalvable, la carencia de Catálogo oficial de emisiones nacionales *Tu Sello* por el ente emisor *Correos y Telégrafos S.A.*

Aunque hemos constatado la existencia de algún catálogo de *Tu Sello* de ámbito autonómico realizado por Sociedades Filatélicas (Sierra, 2011), (Morro, 2013). Por último, los criterios de inclusión y exclusión han sido, incluir solo ejemplares filatélicos, sellos, no otra tipología de soportes postales -enteros, sobres primer día, postales, matasellos etc.-, a los que estos se adhieren, siempre con presencia directamente vinculada, tipográfica y/o iconográfica a fenomenología enfermera excluyéndose igualmente otros ejemplares filatélicos de carácter sanitario en los que también tenía cabida y participación la Enfermería.

RESULTADOS

En algo más de una década, la profesión enfermera, cada vez más consciente de tal oportunidad, ha apostado por el diseño y patrocinio de sus propios sellos para conmemorar y difundir las más diversas efemérides profesionales, gracias al servicio ofertado por la *Sociedad Estatal Correos y Telégrafos* denominado *Tu Sello*.

Estas emisiones enfermeras, ordenadas cronológicamente, descritas y con constancia fotográfica están referenciadas en la Tabla I y II.

Tabla I. Descripción de emisiones *Tu Sello*, en base a denominación, tirada, diseñador/a, lugar de emisión, patrocinador/a, año de emisión y número de sellos y de emisión.

Denominación	Tirada	Diseñador/a	Lugar emisión	Patrocinador	Año Mes	Nº sellos	Nº Emisión	
Concesión Medalla Florence Nightingale (CICR) a Dra. Dª Juana María Hernández Conesa	600 sellos	Mª Teresa Miralles Sangro	Madrid	Mª Teresa Miralles Sangro		2010 Mar.	2	1
20 Años Enfermería y Fisioterapia en la Universidad de Alcalá	200 sellos	José María Santamaría García	Madrid	Departamento Enfermería Universidad Alcalá		2012 Mar.	1	2
150º Aniversario del Colegio de Enfermería de Madrid	2000 sellos	Mª Teresa Miralles Sangro	Madrid	Colegio de Enfermería de Madrid		2012 Oct.	1	3

30º Aniversario Asociación Nacional de Enfermería en Salud Mental	500 sellos	Mª Teresa Miralles Sangro	Madrid	Asociación Nacional de Enfermería en Salud Mental	2013 Dic.	1	4
125º Aniversario del Colegio de las Hijas de la Caridad. Las monjitas del Puerto Viejo de Algorta, en Getxo	3175 sellos 500 sobres 500 tarjetas postales 1500 matasello	H. Sor María Jiménez H. Sor. Mª Teresa Escordrillas H. Sor. María José Eizaguirre	Algorta (Getxo) Bizkaia	Sociedad Filatélica de Getxo Hijas de la Caridad de Algorta (Getxo)	2014 May	1	5
Pioneras de la Enfermería <i>Florence Nightingale (1820-1910)</i> <i>Virginia Henderson (1897-1996)</i> <i>Dorothea Orem (1914-2007)</i>	50 sellos 50 sellos 50 sellos	José Doblas Vargas	Córdoba	José Doblas Vargas	2014 May	3	6
XXXI Jornadas Nacionales Sociedad Parapleja (SEP) XX Simposio Asociación Española Enfermería Especializada Lesionado Medular (ASELME)	400 sellos 400 sobres	Mª Teresa Bravo Sánchez	Oviedo	Sociedad Parapleja (SEP) Asociación Española Enfermería Especializada Lesionado Medular (ASELME) Grupo Coleccionista Minero Investigador (GRUCOMI)	2014 Sept	1	7
100º Aniversario de la creación del Título de Enfermera (1915-2015)	800 sellos	Mª Teresa Miralles Sangro	Santander	Ilustre Colegio de Enfermería de Cantabria Congreso de Historia de Enfermería de Santander	2015 Feb.	1	8
Centenario del Título de Enfermera en España (1915-2015)	96 sellos 24 tarjetas	Fco. Herrera Rodríguez; JE. Lasarte Calderay; A. Valiente Bey.	Cádiz	Sociedad Filatélica Gaditana	2015 May	1	9
Ilustre Colegio de Enfermería de Córdoba	50 sellos	José Doblas Vargas	Córdoba	José Doblas Vargas	2016 May	1	10
XXVI Congreso Mundial del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) Barcelona	600 sellos	Mª Teresa Miralles Sangro	Madrid	Consejo General de Enfermería (CGE) de España	2017 May	1	11
Centenario del Ilustre Colegio de Enfermería de Salamanca	400 sellos	Mª Teresa Miralles Sangro	Salamanca	Colegio de Enfermería de Salamanca	2017	1	12

(1917-2017)					May		
Día Internacional de la Enfermería y Mujeres de la Historia. Florence Nigthingale	25 sellos	José Cortes Fernández	Madrid	José Cortes Fernández	2018 May Dic.	1	13
113 Aniversario de la Fundadora de la Hermandad de Enfermería de <i>Salus Infirmorum</i> . <i>Hermana Mayor María de Madariaga (1905-2001)</i> . <i>Hermandad Salus Infirmorum</i>	300 sellos 300 sellos	M ^a Teresa Miralles Sangro	Cádiz	<i>Salus Infirmorum</i>	2018 Dic.	2	14
XXVº Aniversario del Premio de Investigación en Enfermería Ciudad de Huelva.	250 sellos	José Eugenio Guerra González Carmen M ^a Martínez Sánchez	Huelva	Ilustre Colegio de Enfermería de Huelva	2019 Mar.	1	15
Mujeres de la Historia. <i>Sta. Isabel de Hungría (1207-1231)</i> <i>Patrona Sta. Teresa Calcuta (1910-1997)</i> <i>Fundadora Sta. Clara de Asís (1194-1253)</i> <i>Fundadora</i>	50 sellos 50 sellos 50 sellos	José Cortes Fernández	Madrid	José Cortes Fernández	2019 Abr.	2	16
Fundadora Siervas de Jesús de la Caridad. <i>Sta. María Josefa del Corazón de Jesús (1842-1912)</i> , <i>Fundadora</i>	400 sellos	José Cortes Fernández	(Bilbao) Bizkaia	Txaro Uliarte Larriketa	2019 Abr. May	2	17

Fuente. Elaboración propia.

Tabla II. Denominación y fotografía de emisiones *Tu Sello*.

	
<p>Foto I - II Concesión Medalla Florence Nightingale (CICR) a Dra. Dª Juana María Hernández Conesa (Marzo, 2010)</p>	<p>Foto III 20 Años de Enfermería y Fisioterapia en la Universidad de Alcalá (Marzo, 2012)</p>
	
<p>Foto IV 150º Aniversario del Colegio de Enfermería de Madrid (Octubre, 2012)</p>	<p>Foto V 30º Aniversario Asociación Nacional de Enfermería en Salud Mental (ANESM) (Diciembre, 2013)</p>
	
<p>Foto VI 125º Aniversario Colegio de las Hijas de la Caridad. Las monjitas del Puerto Viejo de Algorta (Mayo, 2014)</p>	<p>Foto VII-VIII-IX Pioneras de la Enfermería Florence Nightingale (1820-1910) Dorothea Orem (1914-2007) Virginia Henderson (1897-1996) (Mayo, 2014)</p>
	
<p>Foto X</p>	<p>Foto XI</p>

<p><i>XXXI Jornadas Nacionales Sociedad Paraplejia (SEP)</i> <i>XX Simposio Asociación Española Enfermería Especializada Lesionado Medular (ASELME)</i> <i>(Septiembre, 2014)</i></p>	<p><i>100º Aniversario de la creación del Título de Enfermera (1915-2015)</i> <i>(Febrero, 2015)</i></p>
	
<p>Foto XII <i>Centenario Título de Enfermera (1915-2015)</i> <i>(Mayo, 2015)</i></p>	<p>Foto XIII <i>Ilustre Colegio de Enfermería de Córdoba</i> <i>(Mayo, 2016)</i></p>
	
<p>Foto XIV <i>XXVI Congreso Mundial del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE)</i> <i>(Mayo-Junio, 2017)</i></p>	<p>Foto XV <i>Centenario del Colegio de Enfermería de Salamanca (1917-2017)</i> <i>(Mayo, 2017)</i></p>
	
<p>Foto XVI <i>Día Internacional de la Enfermería.</i> <i>10 Mujeres de la Historia</i> <i>Florence Nigthingale (1820-1910)</i> <i>(Mayo, 2018 y Abril, 2019)</i></p>	<p>Foto XVII - XVIII <i>113 Aniversario de la Fundadora de la Hermandad de Enfermería de Salus Infirmorum. Hermana Mayor María de Madariaga (1905-2001).</i> <i>Hermandad Salus Infirmorum</i> <i>(Diciembre, 2018)</i></p>
	
<p>Foto XIX <i>XXVº Aniversario del Premio de Investigación en Enfermería Ciudad de Huelva</i></p>	<p>Foto XX - XXI <i>Mujeres de la Historia</i> <i>Isabel de Hungría (1207-1231).</i></p>

<i>(Marzo, 2019)</i>	<i>Teresa de Calcuta (1910-1997)</i> <i>Sta. Clara de Asís (1194-1253)</i> <i>(Abril, 2019)</i>
	
<p align="center">Foto XXII-XXIII Fundadora Siervas de Jesús de la Caridad Sta. Maria Josefa del Corazón de Jesús (1842-1912) (Mayo, 2019)</p>	

Fuente. Elaboración propia.

Hasta la fecha, son 17 las emisiones *Tu Sello* identificadas desde la puesta en marcha de este servicio postal, hace ya 12 años, en torno a la Enfermería. Estas emisiones contemplan de 1 a 3 modelos por emisión. Normalmente las emisiones son de 1 modelo de sello (12 emisiones, 70.6%), 2 modelos de sellos (4 emisiones, 23.5%) y 3 modelos de sellos (1 emisión 5.9%). En total, de estas 17 emisiones *Tu Sello* con fenomenología enfermera, se han identificado 23 modelos de sellos diferentes. En cuanto a las tiradas, estas emisiones generalmente oscilan entre los 200-500 ejemplares. Hemos identificado, desde un mínimo de 25 sellos (1 pliego), hasta un máximo de 2000 sellos (80 pliegos), en varias emisiones. También empieza a ser común la aparición de otros soportes y/o productos filatélicos, asociados al propio *Tu Sello*, nos referimos a sobres, tarjetas postales y matasellos alusivos a la efeméride enfermera a conmemorar filatélicamente en cuestión, pero en una ínfima, aún cuantía de emisiones y ejemplares. En lo que respecta al diseñador/a de la emisión en cuestión, señalar que prima el diseño realizado por un individuo (82.3%) sobre el diseño de autoría grupal, aunque ya hay alguna emisión en el que han trabajado conjuntamente varios compañeros (2 emisiones, de 3 individuos y 1 emisión de 2 individuos). Destaca por antonomasia la compañera Dra. D^a M^a Teresa Miralles Sangro, pionera en el estudio de la Enfermería en la Filatelia y viceversa, con 7 emisiones diseñadas en solitario (41% de las emisiones *Tu Sello* enfermeras). Así mismo, referenciar que este diseño ha correspondido preferentemente a enfermeras/os pero también, cada vez más, a personas ajenas a esta disciplina, entiéndase médicos, diseñadores gráficos, filatelistas profesionales y amateurs o aficionados etc. Por otro lado,

el lugar emisión de estas se concentra fundamentalmente en las CCAA de Madrid (7 emisiones) y la CCAA Andalucía (5 emisiones) -Córdoba (2), Cádiz (2), Huelva (1)-, sin obviar por supuesto las acaecidas en Asturias -Oviedo (1)-, País Vasco -Bizkaia (2)-, Cantabria (1) y Castilla y León -Salamanca (1)-. Los autores han identificados como patrocinadores de estas emisiones *Tu Sello* a personas físicas, bien enfermeras/os y de otras disciplinas -médicos, diseñadores gráficos, filatelistas profesionales y amateurs o aficionados etc.-, a Colegios de Enfermería -Madrid, Huelva y Salamanca-, Universidades -Departamentos y Facultad de Enfermería-, Asociaciones Profesionales -Asociación Nacional de Enfermería en Salud Mental (ANESM), Asociación Española Enfermería Especializada Lesionado Medular (ASELME)-, Sociedades Filatélicas -Getxo, Gaditana, Grupo Coleccionista Minero Investigador (GRUCOMI) etc.- y Órdenes religiosas -Hijas de la Caridad, *Salus Infirmorum* y Siervas de Jesús-. Respecto al periodo de emisión, fecha, comentar en principio, un trienio inicial, de no constancia alguna de *Tu Sello* enfermero. En el año 2010, aparece la primera emisión con fenomenología enfermera. Así pues, a partir de este momento, en el primer quinquenio de existencia, para la disciplina enfermera del producto *Tu Sello* en la cartera de servicios de *Correos* se fechan un número de 7 emisiones enfermeras con esta distribución anual, años 2010 y 2013 (1 emisión respectivamente); año 2012 (2 emisiones) y año 2014 (3 emisiones) mientras que en el segundo quinquenio se fechan las restantes 8 emisiones, con esta distribución, años 2015 y 2016 (1 emisión respectivamente); años 2017 y 2018 (2 emisiones respectivamente) y años 2019 (3 emisiones), de momento y a fecha de junio de 2019. En cuanto al análisis iconográfico sometido a las emisiones *Tu Sello* con fenomenología enfermera, más concretamente al motivo del *Tu Sello* decir que se ilustran galardón profesional, retrato de compañera homenajeada, situación clínica de ejercicio profesional, escudos y edificios institucionales, entornos geográficos, logotipos de eventos profesionales, ámbitos de ejercicio profesional y la expresión de la profesión en el arte. Por otro lado, en el análisis iconográfico del motivo de emisión del *Tu Sello* se hace referencia a *Concesión de galardón profesional, Aniversarios de: Colegios Profesionales, Facultad de Enfermería, Asociación de Enfermería, Congregación religiosa de enfermería, Creación del Título de Enfermera, Premio de Investigación en Enfermería, Celebración de evento profesional, Pioneras de la Enfermería, Reconocimiento de Colegio de Enfermería, Día Internacional de la Enfermera, Mujeres de la Historia, Fundadoras y Patrona de la Enfermería.*

Decir también que hasta en una emisión *Tu Sello*, se conmemoran dos y tres efemérides profesionales al unísono y bien distintas cómo la emisión del *XXVI Congreso Mundial del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) (2017)* en la que se conmemora el *Congreso Mundial Enfermeras*, el *Consejo General de Enfermería* y el *Consejo Internacional de Enfermeras* y en la emisión *Día Internacional de la Enfermera* también el de *Mujeres de la Historia con Florence Nightingale (2018)*.

DISCUSIÓN

La inexistencia de un catálogo, registro y/o listado público de emisiones *Tu Sello* hace que Enfermería esté expectante y deba comunicar cualquier emisión filatélica y/o postal de fenomenología enfermera. Así mismo, se debe identificar al emisor y/o patrocinador sea persona física, asociación, Colegio, Facultad u otro ente, siendo este proceder lo más idóneo a la vez que debe ser asumir la responsabilidad de difundir su existencia entre medios profesionales y otros cauces de comunicación. El fin, que estas emisiones lleguen primeramente a quienes investigamos en esta línea de trabajo y a continuación a los demás compañeros con nuestra capacidad y afán de compartir ejemplares y difundir conocimiento.

En cuanto al números de emisiones, la desaparición de compañeras/os con un gran bagaje personal y profesional para Enfermería hace que debiera rendírseles homenaje y porque no de tal índole. Así mismo, el acontecer de otros fenómenos enfermeros dignos de ser perpetuados en el tiempo y forma. Por otro lado, respecto al números de modelos de sellos en estas emisiones, sería conveniente enriquecer con varios modelos más los motivos de emisión enfermera y así rentabilizar más si cabe aún dicha emisión. Sobre las tiradas comentar que debieran ser ni tan escasas que queden solo en manos de los especializados en tal vertiente, pues la intención es difundir en la sociedad la efeméride enfermera, ni tan amplias que resten otras oportunidades a futuras emisiones de otros *Tu Sello* o queden en el olvido de diseñadores y/o patrocinadores. Sería conveniente aumentar los otros soportes y/o productos filatélicos, asociados al propio producto *Tu Sello*, sobres, tarjetas postales y matasellos alusivos ya que la conmemoración sería más enriquecedora y fructífera. En el apartado diseñador/a sería clave potenciar también el diseño grupal del *Tu Sello* pues haría más enriquecedor si cabe el resultado final además de posibilitar el difundir aún más este servicio postal de manera exponencial. Participación activa y efectiva de otros profesionales distintos a la Enfermería contribuiría a la riqueza y calidad del diseño *Tu Sello*.

En referencia al lugar de emisión, los autores recomiendan la conveniencia de extender estas emisiones a las restantes CCAA del territorio nacional en la seguridad de que en todas ellas hay fenomenología enfermera que conmemorar y difundir para conocimiento del resto del colectivo y la sociedad. Así pues, este servicio postal se extendería entre el colectivo enfermero. En cuanto al patrocinador/a, debiera transformarse la predominancia en las emisiones *Tu Sello*, desde las personas físicas como patrocinadores a entes profesionales y ajenos a tal disciplina pues su poder adquisitivo e influencia en otros sectores poblacionales contribuiría a mayor número de emisiones, tiradas de ejemplares y difusión e impacto de las mismas. En referencia a los años de emisión, las expectativas, bien fundadas tras estudio y reflexión posterior de autores y conversaciones mantenidas con compañeros/as en similar línea de investigación confirman que seguirán incrementándose ostensiblemente estas emisiones y sus respectivas tiradas de ejemplares a muy corto plazo. Incluso, los autores están en disposición de afirmar que antes de final del presente año acontecerán varias emisiones más de *Tu Sello* con fenomenología enfermera.

Y para finalizar, en el análisis iconográfico, respecto al motivo del *Tu Sello* afirmar que no cabe discusión alguna en cuanto a los motivos del sello elegidos por los diseñadores de estos pues reflejan a la perfección el motivo de la emisión. Y sobre el motivo de emisión del *Tu Sello*, que hay que diversificar aún más porque es factible este aspecto. La Enfermería a lo largo de su Historia tiene multitud de personalidades, momentos históricos, logros etc., para poder conmemorar y este cauce es idóneo para ello.

Conclusiones. Las conclusiones obtenidas tras la realización de esta investigación son:

1. Enfermería apuesta firmemente por el servicio ofertado por la *Sociedad Estatal Correos y Telégrafos*, *Tu Sello* para el diseño y patrocinio de sus propios sellos con los que conmemorar las más diversas efemérides profesionales.
2. El número de emisiones *Tu Sello* en torno a la Enfermería, aunque nunca serán pocas, se considera aceptable para este periodo de tiempo. Y el número de modelos de sellos en las distintas emisiones sería conveniente que no fuera un único ejemplar, gestionando al máximo la emisión.
3. En cuanto a las tiradas, son ajustadas en número en cuánto a los foros y/o eventos profesionales a los que se dirigen y a terceras personas interesadas. Más numerosas siempre sería mejor, pero la realidad del coste, de entes y particulares involucrados en

tales emisiones condiciona tal aspecto. Del mismo modo, existe escasez de los otros soportes y/o productos filatélicos, asociados al propio producto *Tu Sello*, nos referimos a sobres, tarjetas postales y matasellos alusivos al *Tu Sello* en cuestión.

4. Respecto al diseñador/a de *Tu Sello*, prima el diseño individual sobre el grupal. Y también fundamentalmente la iniciativa de emisión de este y a veces del propio diseño en sí es responsabilidad fundamentalmente de las propias enfermeras/os.

5. En cuanto al lugar de emisión, son escasas las Comunidades Autónomas (CCAA) que han realizado estas emisiones *Tu Sello*, apenas 6 CCAA al igual que las provincias, un total de 9 provincias.

6. En lo que se refiere al patrocinador de emisiones *Tu Sello*, existe predominancia de personas físicas como patrocinadores, fundamentalmente enfermeras/os. Ciertamente reconocer que otros entes profesionales tales como Colegios, Asociaciones Profesionales, Órdenes religiosas vinculadas a los Cuidados muestran cada vez mayor interés así como Universidades y/o Sociedades Filatélicas.

7. En cuanto a los años emisión, la realidad constata una progresión en el conocimiento y consecuente alza de emisiones *Tu Sello* desde su puesta en marcha allá por 2007.

8. Y para finalizar, en el análisis iconográfico, concretamente en el motivo del *Tu Sello* decir que es pertinente, variado y acorde al motivo de emisión y en cuánto a este mismo, el motivo de emisión del *Tu Sello*, constatar que predomina la conmemoración de aniversarios varios, bien *Colegio y/o Asociación de Enfermería, Creación del Título de Enfermera y Personalidades de la Disciplina*.

Las/os autoras/es de este artículo confían que esta iniciativa postal, las emisiones filatélicas enfermeras *Tu Sello*, continúen siendo una realidad en auge en pos del conocimiento de nuestra disciplina, la Enfermería. Un rendir homenaje a instituciones, profesionales y efemérides enfermeras y por la Enfermería. Quienes rubrican tal artículo están en disposición de afirmar que en el trascurso de publicarse este, existen ya varias iniciativas más de emisiones *Tu Sello* en torno a la Enfermería. Bienvenidas. Cabe recordar, que el próximo año 2020 se cumple el *Bicentenario del nacimiento de Florence Nightingale* y ha sido declarado *Año Internacional de Enfermeras y Matronas* por la ONU/OMS. Tomen buena nota, enfermeros/as vs filatelistas.

Agradecimientos: D^a. M^a Teresa Bravo Sánchez. Presidenta del Grupo Coleccionista Minero Investigador; D. Manuel Cano Leal. Enfermero. Secretario Excmo. Colegio de Enfermería de Cádiz; D. José Cortes Fernández. Diseñador gráfico. Filatélico, Autor Blog Sellos Ficción; D. José Doblás Vargas. Maestro, historiador, filatélico, diseñador Tu Sello; D. Raúl Expósito González. Enfermero. H. Santa Bárbara, Puertollano (Ciudad Real); D. Gonzalo García Domínguez. Presidente Ilustre Colegio de Enfermería de Huelva; Dr. D. Francisco Glicerio Conde Mora. Profesor de Historia de Enfermería. Centro Universitario de Enfermería *Salus Infirmorum*, Universidad de Cádiz (UCA); D. Ignacio González Sanz. Secretario del Colegio de Enfermería de Bizkaia; Instituto Siervas de Jesús, de Bilbao, en las personas de la Madre Lina, (Leena Jacob Illikkal) y la madre M^a Teresa Gonzáles Marasigan; Dr. D. José Lasarte Calderay. Médico e Historiados Gaditano; D^a. M^a. Luisa López Llano. Médica y Presidenta XXXI Jornadas Nacionales de la Sociedad Española de Paraplejia (SEP) y XX Simposio de Enfermería especializada en el Lesionado Medular (ASELME), 2014. Oviedo; D^a. Concepción Mejías Márquez. Pdta. Asociación Ntra. Sra. *Salus Infirmorum*, Cádiz; Dra. D^a. M^a Teresa Miralles Sangro. Enfermera. Profesora Facultad Enfermería. Universidad de Alcalá (UAH), Madrid; D. Manuel Solórzano Sánchez. Enfermero. Hospital Universitario Donostia (Gipuzkoa) y Sociedad Filatélica de Getxo, Bizkaia.

BIBLIOGRAFÍA

- Guerra, J.E., Martínez, C,M^a. (2019). El *Tu Sello* del XXV Aniversario. Premio de Investigación en Enfermería Ciudad de Huelva (1994-2018). *Documentos de Enfermería*, 73, 26-27.
- Guerra, J.E. (2005). *Asistencia Social, Beneficencia y Sanidad en el sello de Correos de Huelva y provincia durante la Guerra Civil Española*. Huelva: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva.
- Guerra, J.E. (2016). *Filatelia e Historia Postal en España (1850-2016). Fuente histórica, líneas de investigación y abordajes metodológicos para la construcción disciplinar de la Historia de la Enfermería*. (Tesis doctoral). Alicante: Universidad de Alicante. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/54309/1/tesis_guerra_gonzalez.pdf.
- Herrera, F., Lasarte, J.E., & Valiente Bey, A. (2015). Un sello desde Cádiz para la conmemoración del centenario del título de enfermera en España (1915-2015). *Cultura de los Cuidados*. 19(41), 168-169. doi: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.41.20>.
- Miralles, M.T. (2008). *La Enfermería a través de los sellos*. Barcelona: Grupo Ars XXI.
- Miralles, M.T. (2015). *La imagen enfermera a través de los documentos filatélicos desde el año 1840 hasta el 2000. Una contribución a la Historia de*

- Enfermería*. (Tesis Doctoral). Madrid: Universidad Complutense. Recuperado de <http://eprints.ucm.es/25294/1/T33571.pdf>
- Miralles, MT. (Expositora). (2016). *La Historia de la Enfermería a través de los sellos*. (Exposición filatélica). España. Gran Casino Sardinero (Santander).
 - Morro, F. (2013). *Catálogo de sellos personalizados Tu Sello de Baleares. Grupo Filatélico y Numismático y Coleccionismo Ateneo Mahón*. Recuperado de <http://grupofilatelicoynumismaticoateneomaho.blogspot.com/2013/01/catalogo-sellos-personalizados-tu-sello.html>.
 - Sierra, G. (2011). Ediciones Conmemorativas Publicadas por la Asociación Filatélica Zaragoza Gregorio Sierra. Recuperado de <https://lossellosdeluismi2.wordpress.com/tu-sello-catalogo-de-sellos-dedicados-a-aragon/>.
 - Uliarte, T. (Expositora). (2011). *Florence Nightingale, la Dama de la Lámpara*. Getxo: Sociedad Filatélica de Getxo. Medalla Plata.
 - Uliarte, T. (Expositora). (2016). *Florence Nightingale, la Dama de la Lámpara, honores a las enfermeras*. (Exposición filatélica). Avilés: Expositora.
 - Uliarte, T. (Expositora). (2012). *Florence Nightingale, la Dama de la Lámpara. Honores a las Enfermeras*. Portugalete: EUSKOPHIL. Medalla Vermeil.
 - Uliarte, T. et al. (2008). *La filatelia en los cuidados maternos. Cuidados de las Enfermeras en las Pandemias*. X Congreso Nacional y V Internacional de Historia de la Enfermería. Almería.
 - Uliarte, T., Campos, L., Madarieta, B., Municio, M.A., Fernández, A., & Uliarte, M. (2008). *El sello postal como fuente de información de los cuidados de las enfermeras en las grandes pandemias*. X Congreso Nacional y V Internacional de Historia de la Enfermería. Almería.
 - Uliarte, T., Guerra, J.E., & Uliarte, M. (2017). *Asociaciones enfermeras en la filatelia mundial*. XV Congreso Nacional y X Internacional de Historia de la Enfermería. Salamanca.
 - Resolución de 20 de diciembre de 2006, conjunta de las Subsecretarías de Fomento y de Economía y Hacienda, sobre emisión y puesta en circulación de una serie de sellos de Correos denominada «sellos personalizados». Ministerio de Fomento. BOE núm. 312, sábado 30 diciembre 2006. Pág.46909-46910. 23025
 - Resolución de 18 de julio de 2014, conjunta de las Subsecretarías de Fomento y de Hacienda y Administraciones Públicas, por la que se modifica la de 20 de diciembre de 2006, sobre emisión y puesta en circulación de una serie de sellos de correos denominada «sellos personalizados». III. Otras disposiciones. Ministerio de Fomento. BOE núm. 184, miércoles 30 de julio de 2014. Sec. III. Pág. 60728-60729. 8165

- Uliarte, T. et al. (2009). *El sello postal: fuente de información de los cuidados de la enfermera en las grandes pandemias*. Congreso Internacional de Enfermería. Durban.
- Uliarte, T. (2018). *Exposición filatélica e iconográfica de Florence Nightingale*. AHHE. Congreso de Enfermería Iberoamericana en el siglo XIX (1801-1900). Coimbra: Escuela Superior de Enfermagem.
- Uliarte, T. et al. (2011). *Exposición de la Malaria en la Filatelia*. 60º Congreso de la Asociación de Pediatría. Valladolid.

ANTROPOLOGÍA

Acerca de los Comienzos de la Antropología en España (1939-1972), según Joan Prat Carós

About the Beginnings of Anthropology in Spain (1939-1972), according to Joan Prat Carós

Sobre os Começos da Antropologia na Espanha, da acordo com o Joan Prat Carós

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: <https://orcid.org/0000-0002-6202-2411>

Correspondencia: C/ Infante Juan Manuel 16, 38010. Santa Cruz de Tenerife. Tenerife (España).
Correo electrónico: cmarrerogonzalez@gmail.com

Para citar este artículo: Marrero González, C. (2021). Acerca de los Comienzos de la Antropología en España (1939-1972), según Joan Prat Carós. *Cultura de los Cuidados*, 25(60). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.60.14>

Recibido:11/11/2020 Aceptado: 18/03/2021



RESUMEN

En este documento se realiza una revisión y reflexión sobre los inicios de la Antropología en España a mediados del siglo XX. En dicho análisis reflexivo se realiza en una reseña de una obra del antropólogo Joan Prat Carós, catedrático emérito de Antropología en la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona (España). En este ensayo, se aborda especialmente el contexto histórico español de la época y los primeros autores que hicieron trabajo antropológico en España, así como el germen de la consolidación de la disciplina académicamente en dicho país.

Palabras clave: Antropología; España; Joan Prat Carós.

ABSTRACT

This paper is a review and reflection on the beginnings of Anthropology in Spain in the mid-twentieth century. In this reflexive analysis it is carried out in a review of a work by anthropologist Joan Prat Carós, Emeritus Professor of Anthropology at the Rovira i Virgili University of Tarragona (Spain). In this essay, the Spanish historical context of the time and the first authors who did anthropological work in Spain, as well as the germ of the consolidation of the discipline academically in that country, are specially addressed.

Keywords: Anthropology; Spain; Joan Prat Carós.

RESUMO

Neste breve ensaio, eu faço uma revisão e reflexão sobre os começos da Antropologia na Espanha nos meados do século XX. É uma revisão de um trabalho do Joan Prat Carós, professor universitário emérito da Universidade Rovira i Virgili em Tarragona (A Espanha). O contexto histórico espanhol desse momento, os autores que fizeram as primeiras pesquisas na Espanha, assim como o germe da consolidação da Antropologia, são especialmente tratados neste documento.

Palavras-chave: Antropología; A Espanha; Joan Prat Carós.

RESEÑA INTRODUCTORIA. PROPÓSITO DEL PRESENTE DOCUMENTO

En este breve ensayo, esbozaré y mostraré los inicios de la antropología en España en sus primeras etapas. Para ello se utiliza como material bibliográfico la obra realizada por Prat, (1992). Según el autor, el período de inicio de la antropología española se define entre 1939 y 1972, por lo que el contexto histórico y político estará centrado en este período. Teniendo en cuenta a Müllauer-Seichter (2016), se trata de la “época cero” para la Antropología Social y Cultural en nuestro país. Describiré los objetos de estudio, desde la argumentación del autor, que tuvo la Antropología de España en dicho período histórico que describe el autor y haré una valoración y reflexión final personal acerca del tema que estamos tratando. El autor del material bibliográfico consultado para elaborar este ensayo es Joan Prat Carós (Prat, 1992), nacido en 1947, es catedrático emérito de Antropología en la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona (España), es autor de libros, conferencias, ensayos y ha dirigido numerosas tesis doctorales a lo largo de su carrera.

CONTEXTO HISTÓRICO, POLÍTICO E INTELECTUAL EN ESPAÑA

El principal acontecimiento que influye notablemente en la Antropología española es la guerra civil española (1936-1939). El nuevo régimen surgido tras la Guerra Civil, Franquismo, frena cualquier ápice de avance o desarrollo de la disciplina. Comenzaba así un páramo intelectual muy importante en España. La disciplina antropológica no era bien vista por las autoridades franquistas por, entre otras razones, las ideas ilustradas, el evolucionismo o el estudio de los pueblos o nacionalidades históricas dentro de España ya que el nuevo Estado era receloso con supuestas ideas de separatismo. Existía además una idea etnocéntrica del nacionalismo español con respecto a las nacionalidades históricas como Cataluña, Euskadi o Galicia. Por tanto, el desarrollo antropológico y folklórico que se estaba logrando desde el S.XIX se había truncado.

La nula libertad de pensamiento que había en España tras la Guerra Civil, obligó a que antropólogos como Bernaldo de Quirós, Martínez Torner, o Juan Comas, entre otros, se exiliaran especialmente a Latinoamérica y allí continuar sus carreras. Como el autor refleja en la obra en la que nos basamos, el antropólogo Caro Baroja argumenta y atestigua que en la academia española la Antropología prácticamente no tenía voz: acaso de forma puntual autores que trataban sobre Prehistoria y Arqueología podrían estar algo actualizados sobre lo que acontecía en las escuelas funcionalistas o funcional-estructuralistas en Inglaterra lideradas por figuras ya importantes como Malinowski o Radcliffe-Brown. La universidad española de la época, era una institución arcaica con estudios muy limitados y, como se ha mencionado anteriormente, sin libertad de pensamiento ni de innovación. Hubo tímidas iniciativas relacionadas por parte de prehistoriadores y arqueólogos para fundar museos por influencia de los difusionistas Graebner y Smichdt de la escuela vienesa, estudiosos de la arqueología. Oscar Lewis trató de realizar trabajo de campo en España, pero la situación política e intelectual en el país no se lo permitió. Sin embargo, autores como Foster o Pitt Rivers pudieron publicar trabajos o ensayos realizados en la posguerra en España.

Ya a partir de los años cincuenta comienzan a regresar del exilio algunos autores como José Miguel Barandiarán o Claudio Esteva gracias a la pequeña apertura que hizo la dictadura de Franco por el tratado con Estados Unidos. Barandiarán se encargó de liderar la etnología vasca en aquel momento y Claudio Esteva se instala en Madrid habiendo traído consigo una gran formación en su exilio en Méjico y funda en los años

sesenta la Escuela de Estudios Antropológicos. En este período, Julio Caro Baroja permaneció en España.

La Antropología española, como se ha venido explicando, se encuentra con una nula libertad de pensamiento como le ocurre a la universidad en España: ambiente anticientífico, aversión por el materialismo cultural, censura al psicoanálisis y recelo porque se desarrolle la Antropología y la Sociología. Además, los recursos y medios eran escasos: no existían revistas especializadas, escaso conocimiento sobre las últimas corrientes de pensamiento más vanguardistas que se daban en la Antropología como el Evolucionismo, el Funcionalismo o el Estructuralismo. Al haber influencia de los prehistoriadores y arqueólogos, las líneas de pensamiento iban más en relación al Difusionismo. Tras mucho esfuerzo y trabajo, por ejemplo, a finales de los años sesenta y principios de los setenta comienzan los primeros asentamientos de la antropología española en la universidad. Claudio Esteva dirigiría en 1972 el primer departamento de antropología cultural en España, gracias también al plan Maluquer que lo possibilitó. Esteva viene a ser una figura importante para la disciplina en España ya que con su formación en Méjico, bajo el paradigma “boasiano”, actualiza y moderniza el pensamiento antropológico.

OBJETOS DE ESTUDIO

Prat Carós, agrupa en tres áreas los objetos de estudio de la Antropología en España desde la Posguerra e inicios de la década de los cincuenta hasta el comienzo de la institucionalización de la antropología en la universidad española a comienzos de los años setenta:

- a) Las monografías o estudios de comunidad
- b) Los Estudios sobre el campesinado
- c) Los estudios sobre los grupos marginados en el Estado español.

Hay que tener en cuenta las limitaciones con las que contaba la disciplina en nuestro país a nivel de libertad de pensamiento, recursos económicos y medios para llevar a cabo trabajos de campo. Ni tan siquiera existían becas o ayudas económicas para realizar investigaciones ambiciosas o en países o tierras lejanas como se venían haciendo en países con una tradición más sólida como Inglaterra o Estados Unidos.

Los estudios sobre comunidades se basaron principalmente en estudio de comunidades rurales, aisladas geográficamente. En buena medida se aplicaba la

investigación con el concepto de comunidad homogénea como llevaba a cabo Redfield con lo que denominaba *continuo folk-urbano* con conceptos como las llamadas “supervivencias” (Moreno Feliu, 2014). De hecho, la antropología española consideraba aún a sus comunidades o pueblos rurales más aislados sus “primitivos”. Joan Prat, hace referencia a títulos de trabajos realizados durante este período.

Algunos de estos estudios fueron *The people of the Sierra* hecho por Pitt-Rivers entre 1949 y 1952 en Andalucía. Hay que decir que esta monografía fue la primera hecha en España por un autor extranjero. Michael Kenny publicaría en 1961 *A Spanish Trapestry. Town and Country in Castile*, Carmelo Lisón publica en 1966 *Belmonte de los Caballeros. Anthropology and History in an Aragonese Community*. Estos tres autores son considerados pertenecientes a la corriente de pensamiento inglesa de Oxford que lideraba Evans-Pritchard.

José María Arguedas publica *Las Comunidades de España y el Perú* (1968). Y la norteamericana Susan Tax Freeman elabora un libro con su propia investigación de campo titulado *Neighbors: The Social Contract in a Castilian Hamlet* (1970). Estas monografías fueron tratadas en la zona central ibérica (Castilla). Otro norteamericano, William A. Douglass, publica *Death in Murélagu. Funerary Ritual in a Spanish Basque Village* en 1970 en un estudio en el norte de España: Euskadi. También otro autor estadounidense publica *Social Change in a Spanish Village* (1971). Otro título a nombrar es el de *Propiedad, Clases Sociales y Hermandades en la Baja Andalucía. La estructura social de un pueblo de Aljarafe* en 1972. Monografía escrita por Isidoro Moreno Navarro.

Prat, nos argumenta que por seguro la elección de cada antropólogo para llevar a cabo estos trabajos de campo tuvo que ver con razones personales, motivacionales o tal vez sentimentales o de confianza hacia una determinada comunidad. Aunque son muchas conjeturas a analizar. Sin embargo, sí existían razones académicas como la de iniciar tesis doctorales y de seguir la metodología o paradigma establecido en el antiguo modelo antropológico como se nombró anteriormente: comunidades aisladas, homogéneas, pequeñas unidades de investigación, concepto de “supervivencia”, vida tradicional o “primitivismo”. De hecho, los títulos de las publicaciones son de trabajos realizados en lugares aislados, supuestamente subdesarrollados, pobres, rurales y de campesinado de Castilla, Andalucía o norte de España. Poblaciones humanas que buscaba la Antropología de entonces para realizar etnografía. Se venía desarrollando lo que era el modelo clásico

de la Antropología, que no fue cambiando su paradigma o identidad hasta finales de los sesenta y bien entrada la década siguiente.

Los estudios sobre el campesinado o bien de “tradicción exterior” o de “tradicción interna”: Eduardo Sevilla hace esta distinción en que la tradición exterior se basa sobre los *peasants*, mientras que los de tradición interna están centrados más en la tradición hispánica sobre el campesinado. Los estudios de tradición externa tienen influencia y la perspectiva de Robert Redfield de la escuela de Chicago. En los de tradición interna hay que tener presente el contexto español: situación agraria de la época, el éxodo rural o la inestabilidad política interna de España.

Los estudios sobre los grupos marginados del Estado español se realizaron sobre grupos humanos considerados marginales o inferiores en España como pueden ser los grupos gitanos. En ellos se apreciaba la alteridad: “nosotros” VS. “otros” dentro del mismo país. Primitivos, malditos y marginados, casi limitados a vivir en reservas. Era para la Antropología “salvajes” más cercanos a estudiar porque recordemos existían pocos recursos para realizar estudios en países llamados “exóticos” y encontrar primitivos.

Por tanto, en España se llevaba en este período el paradigma del modelo clásico (Moreno Feliu, 2014) y las ideas de Redfield y de la Escuela de Chicago. Aún estaba concibiéndose el nuevo paradigma que daría forma más tarde a la Antropología más contemporánea con las corrientes del Posmodernismo o el Posestructuralismo y la labor de la Escuela de Manchester.

VALORACIÓN REFLEXIVA PERSONAL

Fueron comienzos muy duros los de la Antropología Social y Cultural en mi país. La Guerra Civil y el Régimen Franquista supusieron una infertilidad y un atraso para España en ciencia y pensamiento. Es difícil que un pueblo pueda mejorar sin que le dejen pensar. Creo desde mi más modesto pensamiento de estudiante de grado de Antropología Social y Cultural, no se les ha dado el suficiente reconocimiento por parte de nuestro país a personas como Caro Baroja o Claudio Esteva. Bien es cierto que las monografías o trabajos de campo que se realizaron se hacían aún desde la perspectiva del “otro”, “primitivo” o “salvaje” incluso con nuestros paisanos, pero también se ha de tener tolerancia histórica y contextualizar los hechos. Era el modelo y paradigma de la época que fue mejorando con el paso de los años.

Gracias a sus esfuerzos y sacrificios (exilios incluidos) de vida y profesión, hoy día nuestra generación puede formarse con un grado, máster y líneas y corrientes de pensamiento libres en las universidades españolas para realizar investigación y tesis doctorales. Cosa que no ocurría en la etapa que he analizado en este documento. Hubo que esperar hasta casi a la democracia para poder estar en las instituciones académicas.

Espero que este pequeño manuscrito pueda servir de homenaje para esos antropólogos españoles del pasado siglo. Tampoco quisiera dejar de nombrar a referencias como Fernando Estévez o Julio Alberto Galván Tudela que, aunque más contemporáneos a los autores tratados, ayudaron a impulsar la Antropología en Canarias donde nació y radico.

BIBLIOGRAFÍA

- Moreno Feliu, P. (2014). *De lo Lejano a lo Próximo: un Viaje por la Antropología y sus Encrucijadas*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces–UNED.
- Müllauer-Seichter, W. (2016). *Claves en los Inicios de la Antropología Social y Cultural Española: Temas y Autores*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces SA.
- Ortiz, C. (2001). De los cráneos a las piedras. Arqueología y Antropología en España, 1874-1950, *Complutum*, 12, 273-292.
- Ortiz, C., y Sánchez Gómez, L.A. (eds.). (1994). *Diccionario Histórico de la Antropología Española*. Madrid: CSIC.
- Prat, J. (1992). 1. Primer Periodo (1939-1972) en: Prat, J.: *Las Ciencias Sociales en España. Historia Inmediata, Crítica y Perspectivas*. Madrid: Ed. Complutense (pp 15-59).
- Rivera Dorado, M. (1997). *Antropología de España y América*. Madrid: Dosbe,

Cuidados de enfermería y promoción de la salud en las salas de consumo higiénico

Nursing and health promotion care in drug consumption rooms

Assistència de enfermagem e promoçào da saúde em salas de consumo higiênico

Rafael Clua García¹

¹Doctor en Antropología social y cultural. Enfermero Especialista en Enfermería de Salud Mental. Facultat de Ciències de la Salut de Manresa, Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya (Uvic - UCC).Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4972-781X>

Correspondencia: Avenida Universitària, 4-6, 08242 Manresa (Barcelona), España.

Correo electrónico de contacto: rclua@umanresa.cat

Para citar este artículo: Clua García, R. (2021). Cuidados de enfermería y promoción de la salud en las salas de consumo higiénico. *Cultura de los Cuidados*, 25(60). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.60.15>

Recibido:08/12/2020 Aceptado: 18/04/2021



RESUMEN

Objetivo: Conocer los cuidados de enfermería en las salas de consumo higiénico (SCH) y las propuestas para una intervención más efectiva. **Metodología:** Estudio etnográfico mediante la observación participante en cinco SCH y entrevistas semiestructuradas a ocho enfermeras. Además, se recopilaban los protocolos de actuación de enfermería. Se realizó análisis de contenido de los datos. **Resultados:** En las SCH es posible el consumo higiénico y seguro bajo supervisión especializada. Sin embargo, las enfermeras identifican dificultades para la promoción de la salud relacionadas con la inyección higiénica, la prevención de sobredosis y del contagio de infecciones de

transmisión sanguínea. También destacan las limitaciones en el diseño de las SCH y la baja cobertura horaria de estos dispositivos. Además, señalan como deficitario el seguimiento de usuarios de drogas de alto riesgo y sin vivienda. Conclusiones: Es necesario mejorar los mensajes preventivos y complementar la atención de enfermería con talleres de inyección higiénica. Se recomienda ampliar las dimensiones de las SCH, poner en marcha más espacios para el consumo por vía pulmonar y ofrecer mayor cobertura horaria. Se propone la creación de albergues para mejorar la calidad de vida de los usuarios de drogas en situación de sinhogarismo.

Palabras clave: Reducción del daño; dependencia de heroína; rol de la enfermera; sobredosis de droga; programas de intercambio de agujas; investigación cualitativa.

ABSTRACT

Objective: To know the nursing cares drug consumption rooms (DCRs) and the proposals for a more effective intervention. **Methodology:** Ethnographic study through participant observation in five DCRs and semi-structured interviews with eight nurses. We also compiled nursing intervention protocols. Data content analysis was performed. **Results:** In the DCRs, hygienic and safe consumption under specialized supervision is possible. However, nurses identify difficulties for health promotion related to hygienic injection, prevention of overdose and transmission of blood-borne infections. Nurses highlight the limitations in the design of the DCRs, especially in relation to the time frame of coverage of these facilities. In addition, they acknowledge deficits in the monitoring of high-risk and homeless drug users. **Conclusions:** It is necessary to improve preventive messages and complement nursing care with hygienic injection workshops. It is recommended to expand the dimensions of the DCRs, establish more spaces for pulmonary use and to spread the time coverage of its offer. The creation of shelters to improve the quality of life of homeless drug users is proposed.

Keywords: Harm reduction; heroin dependence; nurse's role; drug overdose; needle-exchange programs; qualitative research.

RESUMO

Objetivo: Conhecer os cuidados de enfermagem nas salas de consumo higiênico (SCH) e as propostas para uma intervenção mais efetiva. **Metodologia:** Estudo etnográfico realizado a partir da observação participante em cinco SCH e de entrevistas semiestruturadas com oito enfermeiras. Além disso, foram revisados os protocolos de atuação de enfermagem. Realizou-se análise de conteúdo dos dados. **Resultados:** Nas

SCH é possível o consumo higiênico e seguro sob supervisão especializada. No entanto, as enfermeiras identificam dificuldades na promoção da saúde relacionadas com a injeção higiênica, a prevenção de overdose e do contágio de infecções de transmissão sanguínea. Também destacam as limitações no desenho das SCH e a baixa cobertura horária destes dispositivos. Além disso, assinalam como deficitário o seguimento de usuários de drogas de alto risco e sem moradia. Conclusões: É necessário melhorar as mensagens preventivas e complementar o cuidado de enfermagem com oficinas de injeção higiênica. Recomenda-se ampliar as dimensões das SCH, criar mais espaços para o consumo por via pulmonar e oferecer maior cobertura horária. Propõe-se a criação de abrigos para melhorar a qualidade de vida dos usuários de drogas em situação de rua.

Palavras-Chave: Redução do dano; dependência de heroína; papel do profissional de enfermagem; overdose de drogas; programas de troca de agulhas; pesquisa qualitativa.

INTRODUCCIÓN

En el Estado español, los programas de reducción de daños se iniciaron a finales de los años ochenta para frenar la alta prevalencia de infecciones de transmisión sanguínea (VIH, hepatitis B y C, etc.) y las muertes por sobredosis de heroína asociadas al consumo por vía parenteral. Desde entonces, han incrementado los programas de tratamiento con agonistas opioides, los programas de intercambio de jeringuillas y los centros de emergencia social con un impacto positivo en los usuarios de drogas (Martínez Oró, 2019; Bosque-Prous y Brugal, 2016).

En Cataluña, donde el uso de drogas por vía parenteral ha tenido un mayor impacto que en el resto del Estado español, se han reforzado las estrategias de reducción de daños con la instalación de salas de consumo higiénico (SCH) (Clua, 2015; Bosque-Prous y Brugal, 2016). Las SCH son espacios para consumir drogas en condiciones higiénicas y seguras bajo la supervisión de profesionales, donde se ofrece atención médica y servicios sociales (Clua, 2015; Potier et al., 2014), que contribuyen a reducir el uso de drogas y el número de jeringuillas desechadas en vía pública (Potier et al., 2014; Espelt et al., 2017). En 2017, se contaba con 14 SCH en el territorio catalán, 11 integradas en centros de reducción de daños y 3 en unidades móviles, de las cuales 12 eran para consumir por vía parenteral y 2 por vía pulmonar (Folch et al., 2018; ASPCat, 2017).

En 2016 en las SCH catalanas acudieron un total de 2.766 usuarios diferentes, se registraron 108.231 consumos (87,6% por vía parenteral) y se atendieron 118 sobredosis no fatales (ASPCat, 2017). En general, los usuarios de las SCH son hombres en más de un 80%, de edades comprendidas, mayoritariamente, entre los 30 y los 40 años, más del 40% son inmigrantes y alrededor del 30% están en situación de sinhogarismo (Folch et al., 2018; Clua, 2018). Estudios recientes estiman que alrededor del 30% de los usuarios declaran estar infectados por VIH, el 70% por VHC y el 30% coinfectados por ambas infecciones, y alrededor del 20% informa haber padecido una sobredosis no fatal en el último año (Folch et al., 2018; Clua, 2018).

En las SCH la figura de la enfermera es fundamental para la promoción de la salud de los usuarios de drogas. Sin embargo, los cuidados de enfermería han tendido a pasarse por alto en la literatura científica. A nivel internacional, apenas se conocen los trabajos de Lightfoot et al. (2009) y Wood, Zettel y Stewart (2003), que reflexionan acerca de la práctica y la ética en los cuidados de enfermería en las SCH de Canadá, y un consenso internacional acerca de la práctica, la formación y las necesidades de las enfermeras (Gagnon et al., 2019). A nivel nacional, las SCH han sido insuficientemente estudiadas (Clua, 2015), no disponiendo de estudios sobre los cuidados de enfermería. Por consiguiente, el objetivo de esta investigación es conocer los cuidados de enfermería en las SCH. Además, se exploran las dificultades que presentan las profesionales para la promoción de la salud y las propuestas que realizan para una intervención más efectiva.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cualitativo con enfoque etnográfico (Romaní, 2019), método que permitió profundizar en las interacciones entre las enfermeras y los usuarios de drogas. Esta investigación es parte de un proyecto más amplio realizado entre 2012 y 2016 que pretendía conocer las necesidades sociosanitarias de los usuarios de las SCH y evaluar las políticas de reducción de daños de Barcelona (Clua, 2020). Se investigó en cinco centros de reducción de daños con SCH (tabla 1) y sus alrededores (vía pública), situados en tres zonas con una fuerte escena de venta de drogas.

Tabla 1. Centros de reducción de daños estudiados (2012-2016)

	SAPS	CAS Baluard	Unidad móvil de Zona Franca	CAS Fòrum	Centro sociosanitario "El Local"
Ubicación	Centro de la ciudad de Barcelona	Centro de la ciudad de Barcelona	Barrio periférico de Barcelona	Barrio periférico de Barcelona	Extrarradio, barrio de La Mina de Sant Adrià de Besòs
Horario de apertura	De lunes a jueves de 18 a 1h., viernes de 13 a 20h.	De lunes a viernes de 7 a 22h., fines de semana de 8 a 19h	De lunes a viernes de 14 a 21:30h.	De lunes a domingo de 12:15 a 18:45h.	De lunes a viernes de 11 a 19h., fines de semana de 11 a 15h.
Plazas de la SCH	2 para el consumo por VI	5 para el consumo por VI 6 para el consumo por VP	3 para el consumo por VI	1 para el consumo por VI	8 para el consumo por VI
Programas y áreas del dispositivo	PIJ, enfermería y "calor y café"	PIJ, PMM, enfermería y "calor y café"	PIJ	PIJ, PMM, enfermería y "calor y café"	PIJ, enfermería y "calor y café"
Número de usuarios (2016)	562	2.217	82	677	2.092
Número de consumos en SCH (2016)	1.599	32.181	489	2.243	58.618
Nota: CAS = centro de atención y seguimiento a las drogodependencias; PIJ = programa de intercambio de jeringuillas; PMM = programa de mantenimiento con metadona; SAPS = Servei d'atenció i prevenció sociosanitària; VI = vía intravenosa; VP = vía pulmonar					

Fuente: Elaboración propia a partir de Clua, 2015 y ASPCat, 2017; 2019.

Las participantes fueron seleccionadas mediante un muestreo intencional. Los criterios de inclusión fueron: enfermeras y enfermeros del equipo habitual, que desarrollaran el grueso de su actividad en las SCH y que contaran con una experiencia mínima de dos años. Se excluyeron aquellas enfermeras que no cumplieran con los

criterios anteriores, basados en la experiencia profesional. La recogida de datos se prolongó hasta la saturación de los datos. Participaron 8 enfermeras, 4 mujeres y 4 hombres, de edades comprendidas entre los 32 y 42 años con una media de 4,5 años trabajados en las SCH.

La recogida de datos se realizó mediante la observación participante y las entrevistas semiestructuradas. La observación participante consistió en el contacto directo con las enfermeras y los usuarios de drogas. Para ello, el investigador se situó en las SCH, observando la intervención de las enfermeras durante la supervisión del consumo, en las consultas de enfermería y en las zonas de “calor y café” (zonas de descanso, higiene y alimentación). El registro de estas sesiones se realizó en un diario de campo, donde se plasmaron descripciones y reflexiones del investigador.

Mediante las entrevistas semiestructuradas (Kallio et al., 2016) se recogieron los discursos de las enfermeras seleccionadas acerca de los cuidados en las SCH, las dificultades que detectan para la promoción de la salud y las propuestas para mejorar la intervención, con preguntas diseñadas previamente (Tabla 2). Las entrevistas se realizaron en despachos de las SCH estudiadas con una duración de 45-60 minutos. Éstas fueron grabadas digitalmente y transcritas textualmente en su integridad.

Tabla 2. Guion de preguntas de las entrevistas

<p>¿En qué consiste el trabajo que realizas en la sala de consumo higiénico?</p> <p>¿Cuáles son los beneficios del uso de las salas de consumo higiénico en los usuarios de drogas?</p> <p>¿Qué intervenciones de educación sanitaria llevas a cabo para promover el consumo higiénico y seguro?</p> <p>¿Cuáles son las limitaciones que detectas en la supervisión del consumo? ¿Qué mejoras propones?</p> <p>¿Qué opinión tienes de las normas de funcionamiento y del diseño de las salas de consumo? ¿Qué mejoras propones?</p> <p>¿Qué actuaciones realizas para el seguimiento y la promoción de la salud de los usuarios?</p> <p>¿Cuáles son las dificultades que presentan los usuarios para mejorar su salud? ¿Qué mejoras propones?</p> <p>¿Cómo crees que se podría reforzar los programas de reducción de daños para mejorar la calidad de vida de los usuarios?</p>
--

Además, se recopilaron protocolos de actuación y planes de cuidados de enfermería relacionados con: normas de uso de la sala de consumo higiénico, atención de

intoxicación aguda por heroína y cocaína, cribajes de salud, seguimiento y tratamiento de infecciones de transmisión sanguínea y sexual y atención a la mujer.

Los materiales recogidos fueron analizados mediante el análisis de contenido (Bengtsson, 2016). La información obtenida fue codificada de manera abierta y se elaboró un índice de conceptos con información de carácter provisional. Estos códigos se ordenaron y se compararon entre ellos para simplificarlos en etiquetas más precisas. Estos permitieron identificar descripciones e ideas que se agruparon en familias temáticas para generar categorías que proporcionaron una explicación teórica del objeto de estudio. Los protocolos de actuación fueron revisados para sintetizar la información de los cuidados que realizan las enfermeras en las SCH. Para asegurar la credibilidad y validez de los resultados, el investigador realizó triangulación metodológica de las entrevistas semiestructuradas y las notas de campo y triangulación de datos con la participación de diferentes enfermeras.

Todas las participantes firmaron un consentimiento informado y una hoja informativa del estudio, garantizando el anonimato y confidencialidad de los datos siguiendo la ley de protección de datos vigente durante la investigación (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal). Estos documentos fueron aprobados por la Comisión de ética de la Universitat Autònoma de Barcelona.

RESULTADOS

El análisis de datos reveló dos categorías centrales sobre los cuidados de enfermería en las salas de consumo higiénico: a) Supervisión del consumo de drogas; y b) Intervenciones para la promoción de la salud.

Supervisión del consumo de drogas

Las enfermeras supervisan de forma protocolizada a los usuarios de drogas que acuden a las SCH para que el consumo se realice en condiciones higiénicas y seguras (tabla 3).

Tabla 3. Protocolo de normas de la sala de consumo higiénico

1. Admisión del usuario
<p>Acceso del usuario y registro de datos en la ficha general del dispositivo.</p> <p>Explicación del funcionamiento de la SCH (*).</p> <p>Si cumple criterios (**), firma del consentimiento informado.</p> <p>Acceso al espacio del consumo por vía parenteral o pulmonar.</p> <p>Registro de datos de uso de la SCH. Código del usuario, sustancias consumidas previamente y a consumir en la SCH.</p>
2. Preconsumo y consumo en la SCH
<p>Lavado de manos con agua y jabón.</p> <p>Entrega de material para consumo por vía parenteral o pulmonar.</p> <p>Preparar y consumir. 30 minutos para el consumo por vía parenteral y 45 minutos para el consumo por vía pulmonar.</p> <p>Supervisión del consumo. Preguntar por la zona de punción en el consumo por vía parenteral. Educación sanitaria y ayudar a canalizar venas en caso de dificultad.</p> <p>Inyección en zonas de riesgo (cuello e ingles). Educación sanitaria y búsqueda de alternativas en zonas de bajo riesgo. En caso de consumo en zonas de riesgo, asistencia de la venopunción.</p>
3. Postconsumo
<p>Cuidados de la zona de punción por parte del usuario.</p> <p>Limpieza del espacio de consumo por parte del usuario.</p> <p>Permanecer 30 minutos en observación en sala de espera o en zona de “calor y café”.</p> <p>Actuación en caso de sobredosis o reacciones adversas (véase tabla 4).</p>
<p>* Funcionamiento: Lavado de manos, el usuario debe autoinyectarse (el profesional puede ayudar a buscar venas y a canalizar jeringuilla, nunca debe inyectar dosis), no inyectarse entre los usuarios, no compartir sustancias sin acuerdo previo, no usar violencia y prohibido el tráfico de drogas. Prohibido el uso de amoníaco para transformar la cocaína en crack.</p> <p>** Criterios: mayor de 18 años, consumidor de drogas y no estar intoxicado. En caso de menores y embarazadas, se realiza trabajo socioeducativo y se elabora informe para la Dirección general de atención a la infancia y la adolescencia (DGAIA).</p>

Fuente: Adaptado de Adán et al., 2012; 2019.

Las enfermeras realizan valoraciones positivas acerca de la supervisión del consumo:

Conseguimos que el usuario consuma de forma higiénica. Con ello, conseguimos que mejoren la técnica de inyección y que tengamos que curar menos abscesos. (Participante 3)

Aquí evitamos que haya muertes por sobredosis. Los usuarios aprenden a espaciar los consumos y así reducen las sobredosis por heroína o cocaína. (Participante 6)

En las SCH las enfermeras realizan educación sanitaria para mejorar la técnica de inyección y reducir las prácticas de riesgo relacionadas con las infecciones de transmisión sanguínea y las muertes por sobredosis. Además, se promueve que los usuarios eviten la inyección en zonas de alto riesgo (yugular e ingle). Sin embargo, los usuarios mantienen prácticas de riesgo dentro y fuera de las SCH. Según las enfermeras:

Muchos se pinchan en el cuello pensando que así tienen mayor efecto o se bombean las venas, haciéndose grandes destrozos. Tampoco estamos las 24 horas abiertos y consumen en cualquier lado donde pueden tener una sobredosis o infectarse de algo. Se debería aumentar las horas de atención. (Participante 7)

Muchas veces vienen con prisa y no es suficiente para enseñarles a que lo hagan mejor. Deberíamos hacer más talleres de venopunción higiénica. (Participante 1)

Cuando vemos que tienen dificultades en la inyección, aconsejamos que cambien de vía, pero es difícil porque ya vienen con su idea y sólo disponemos de una sala de consumo para fumar. (Participante 5)

Las enfermeras proponen una serie de intervenciones para reducir las prácticas de consumo de riesgo. Señalan necesario complementar la educación sanitaria en las SCH con talleres de venopunción higiénica, aumentar los espacios para el consumo por vía pulmonar para promover la transición del consumo por vía parenteral a vías de consumo menos nocivas y ampliar la cobertura horaria de las SCH para que los usuarios dispongan de mayores oportunidades para consumir en espacios seguros. Ante la presencia de intoxicación por heroína y cocaína entre los usuarios, las enfermeras emplean protocolos para monitorear los signos vitales, administrar medicamentos y emplear técnicas de reanimación cardiopulmonar (tabla 4).

Tabla 4. Protocolos de actuación en la intoxicación aguda por heroína o cocaína

<p>Protegerse. Eliminar los riesgos para el reanimador. Retirar jeringuilla y usar guantes. Alertar. Pedir ayuda. Activar sistema de emergencias. Socorrer. Valorar nivel de conciencia de la persona y comprobar ventilación.</p>	
<p>Intoxicación aguda por heroína. Pupilas pequeñas (miosis), disminución del nivel de conciencia y depresión respiratoria.</p>	<p>Intoxicación aguda por cocaína. Verborrea, alucinaciones visuales, auditivas, táctiles, sudoración profusa y paranoias.</p>
<ol style="list-style-type: none"> Control frecuente del pulso cardíaco (carótida, femoral, radial) Abrir vía respiratoria y colocar cánula de Guedel o de mayo. Ventilar con una pelota de goma (ambú). Administrar naloxona (0,4 mg/ml). Administrar 1-2 botellas por vía parenteral y repetir cada 3-5 minutos hasta 5 botellas. Si no recupera respiración o mejora nivel de conciencia, administrar: <p>*Flumazenil (antídoto de benzodiazepinas) (1 mg / 10 ml. 0,25 mg /2,5 ml); máximo 1-2 mg.</p> <p>*Glucosmon, si hay sospecha de consumo asociado de alcohol o se confirma por determinación capilar, administrar 1 botella vía subcutánea o intravenosa.</p> En caso de parada respiratoria, abrir vía respiratoria: cánula de mayo. Si no hay pulso, iniciar reanimación cardiopulmonar. 	<ol style="list-style-type: none"> Contención. Mantener la calma y evitar riesgos del paciente y de los profesionales. Mantenerse expectante. Si la frecuencia cardíaca es superior a 100 latidos por minuto y tensión arterial a 150/90 mmHg, considerar otras actuaciones. Administrar medicación. <p>*En caso de delirio, agitación psicomotriz, taquicardia (superior a 120 latidos por minuto), hipertensión (superior a 160/100 mmHg) y parálisis localizada, administrar olanzapina 10 mg o diazepam 10 mg vía oral o sublingual (hasta un máximo de 20 mg).</p> <p>*En caso de convulsiones y parálisis generalizada, administrar diazepam 10 mg vía intravenosa, intramuscular o sublingual.</p> Control de conciencia y signos vitales. <p>*En caso de dolor precordial y/o cefalea intensa. Traslado al centro hospitalario de urgencias.</p> <p>*En caso de estado de inconsciencia. Comprobar la respiración y la circulación sanguínea, en caso de parada respiratoria, abrir vía respiratoria: cánula de mayo. Si no hay pulso, iniciar reanimación cardiopulmonar.</p>
<p>Reanimación cardiopulmonar</p> <ol style="list-style-type: none"> 30 compresiones torácicas con un ritmo de 100 por minuto y 2 insuflaciones con pelota de goma (ambú), que hay que conectar a una bombona de oxígeno. Reanimar hasta que llegue el equipo de emergencias con desfibrilador semiautomático (DEA) o la recuperación del paciente. Si no responde a la reanimación y a la naloxona, administrar adrenalina 1 mg por v.i. cada 3-4 minutos. 	

Fuente: Adaptado de Adán et al., 2012; 2019.

No obstante, las enfermeras encuentran dificultades para actuar en SCH con diseños y dimensiones limitados, sobre todo con usuarios que presentan reacciones adversas en el uso de cocaína. Es ilustrativa la siguiente nota de campo:

[Un usuario que acaba de consumir cocaína por vía parenteral se levanta del box con signos de embriaguez manteniendo insertada la jeringuilla en el antebrazo izquierdo. Por momentos, se agacha y rebusca cosas por el suelo, invadiendo el espacio donde se encuentra el enfermero. Este le indica que vuelva a su box para evitar que este tropiece con otros usuarios. Pero el usuario se mantiene de pie ensimismado y mirando el suelo durante varios minutos. Tras tres avisos del enfermero, el usuario vuelve a su box para acabar de realizar el consumo.] (Nota de campo, 22.10.14).

Este tipo de situaciones son habituales en las SCH, siendo difíciles de manejar cuando los usuarios presentan paranoias auditivas y visuales, alteraciones psicomotrices y verborrea. Las enfermeras reflexionan acerca de las limitaciones en las SCH:

El espacio es muy pequeño. Sobre todo, cuando alguno quiere evadirse un poco del resto y muchas veces no puede porque tiene un compañero al lado. (Participante 2)

Se precisan mesas más grandes e individuales para que entre ellos no tengan conflictos. Es importante que no haya espejos con los que piensen que les controlan o entren en un bucle de paranoia. (Participante 8)

Las enfermeras acusan este tipo de dificultades en SCH de pequeñas dimensiones, con pocas plazas y con un mobiliario con colores y formas que interfieren en los efectos del consumo de cocaína, por lo que recomiendan resolver dichas limitaciones para mejorar la interacción enfermera-usuario y proporcionar un ambiente más seguro.

Intervenciones para la promoción de la salud

Las enfermeras realizan intervenciones de educación sanitaria para la promoción de la salud en el consumo y los estilos de vida de los usuarios de drogas (tabla 5).

Tabla 5. Intervenciones para la promoción de la salud

Cuidados básicos	Cuidados de enfermería y promoción de la salud para lesiones cutáneas, podológicas y otras relacionadas con los estilos de vida de los usuarios. Monitoreo, educación sanitaria y entrega de material para la higiene bucodental.
Pruebas diagnósticas	Analítica sanguínea para la detección precoz de problemas de salud comunes. Pruebas rápidas y serologías para detectar infección por VIH, hepatitis (B y C) y sífilis. Prueba de la tuberculina para la detección de la tuberculosis.
Vacunación	Programas de vacunación sistemáticos de problemas de salud comunes entre los usuarios de drogas (hepatitis A y B, tétanos y gripe).
Tratamientos	Supervisión de tratamientos de patologías crónicas (VIH, hepatitis B y C, tuberculosis, etc.) para garantizar la adherencia y la efectividad de la profilaxis.
Drogodependencias	Taller para la prevención y actuación ante sobredosis. Asesoramiento de tratamientos para las drogodependencias. Coordinación con profesionales de atención médica y social del equipo.
Atención ginecológica	Atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres usuarias. Realización de test de embarazo, educación sanitaria en torno la anticoncepción y seguimiento integral de la etapa de embarazo/ puerperio/ parto.
Salud mental	Control y seguimiento de usuarios que presentan sintomatología de trastornos de salud mental. Derivación a servicios especializados.

Fuente: Elaboración propia, 2019.

En las consultas de enfermería se llevan a cabo acciones para la detección, el control y el seguimiento de las infecciones de transmisión sanguínea y sexual (VIH, hepatitis B y C, sífilis, etc.). No obstante, en ocasiones, los usuarios son reacios a realizarse las pruebas diagnósticas. Es ilustrativa la siguiente nota de campo:

[La enfermera supervisa a un usuario que va a consumir cocaína por vía parenteral. Este presenta un grave deterioro de las venas. La enfermera le comenta: “ahora llevas tiempo que estás consumiendo bastante, ¿no crees que te podrías hacer las pruebas para ver si

tienes algo?”. Este no muy convencido le responde: “yo me encuentro bien... ahora no quiero hacérmela”. La profesional le propone: “no necesitas mucho tiempo, pasa a la enfermería y allí te podemos hacer una prueba rápida del VIH y hepatitis C”. El usuario responde: “me lo voy a pensar... igual me la hago”. [...] Tras acabar de consumir, el usuario abandona el centro sin solicitar las pruebas]. (Nota de campo, 30.03.13)

Las enfermeras reflexionan sobre la educación sanitaria en estos casos:

Debemos buscar mensajes más atractivos para que quieran hacerse pruebas del VIH, las hepatitis, etc. Muchos vienen con miedo y no quieren saber nada. (Participante 1)

Hemos conseguido que desde las salas (SCH) se hagan analíticas e incluso se tutele la medicación para el VIH de muchos usuarios, pero tienes que estar encima de ellos. Sería ideal hacer grupos para promover la adherencia al tratamiento. (Participante 4)

Las enfermeras destacan la necesidad de mejorar los mensajes preventivos en torno a las infecciones de transmisión sanguínea y sexual. Para una mayor adherencia a los tratamientos proponen realizar talleres para usuarios con barreras en el seguimiento.

En relación con la prevención y la atención a las sobredosis, se realizan talleres con usuarios, en los que se dispensa y se entrena para el uso de la naloxona. Las enfermeras reflexionan sobre estas intervenciones:

En los talleres detectamos que tienen pocos conocimientos de cómo actuar... debemos mejorar en este aspecto. También nos encontramos que participan poco los extranjeros porque no conocen el idioma. (Participante 8)

Damos asistencia en la sala (SCH) pero debemos enfocar los talleres sobre todo en usuarios que la usan poco. (Participante 6)

Las enfermeras resaltan que los usuarios tienen dificultades para detectar y asistir las sobredosis. Por ello, sugieren la necesidad de promover más este tipo de talleres en personas con barrera idiomática o con baja adherencia a las SCH.

En las consultas de enfermería, los problemas de salud se relacionan, en mayor medida, con las lesiones producidas por el uso de drogas por vía parenteral, el seguimiento de las infecciones de transmisión sanguínea y los cuidados podológicos básicos. En estos casos se llevan a cabo protocolos de cuidados, y en caso de requerirlo, los usuarios son visitados por el médico para una atención especializada. Ante problemas de salud graves, se realizan derivaciones a otros servicios asistenciales. Según una enfermera:

Cuando hay algún problema de salud grave intentamos hacer derivación a centros ambulatorios, aunque a veces es difícil porque muchos usuarios no tienen tarjeta sanitaria. En estos casos, nos coordinamos con la trabajadora social para tramitar la documentación y conseguimos que lleguen a la red de salud. (Participante 3)

En las consultas las enfermeras detectan problemas sociosanitarios y se coordinan con otros profesionales de las SCH para una planificación conjunta de la intervención. En este sentido, las enfermeras señalan fundamental la gestión de las trabajadoras sociales para agilizar los procedimientos de derivación de usuarios a otros servicios de salud.

En las SCH los usuarios de drogas disponen de espacios de “calor y café” para descansar, alimentarse y el cuidado personal. Sin embargo, los usuarios con consumo intenso de drogas y sin vivienda presentan una baja cobertura de estas necesidades. Para estos casos, las enfermeras proponen un salto cualitativo en la intervención:

Hace años que existe un proyecto de centro reducción de daños con camas... sería ideal para los usuarios que viven en la calle y duermen en cajeros. (Participante 1)

Para estos usuarios iría bien un centro con sala de consumo, programa de jeringuillas... un albergue de reducción de daños. (Participante 7)

Las enfermeras proponen la creación de albergues que dispongan de programas de reducción de daños para dar cobertura a los usuarios en situación de sinhogarismo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La importancia de esta investigación radica en ser el primer trabajo sobre el rol de enfermería en las SCH con datos empíricos recogidos en estos dispositivos. Hasta el momento, sólo se conocían trabajos de carácter reflexivo, basados en la experiencia de enfermeras expertas (Lightfoot et al., 2009; Wood, Zettel y Stewart, 2003; Gagnon et al., 2019). En el presente trabajo se ha profundizado en el papel de las enfermeras en las SCH, ahondando en las limitaciones para la promoción de la salud y las propuestas para aumentar la efectividad de los programas de reducción de daños. Los resultados han permitido discutir sobre recomendaciones para la prevención de los daños asociados al uso de drogas por vía parenteral y mejorar el funcionamiento de las SCH.

En las SCH las enfermeras ofrecen un modelo integrado de consumo supervisado, mediante la educación sanitaria y el consejo breve en torno a la prevención de la transmisión de enfermedades infectocontagiosas y de las sobredosis, en la línea de las SCH canadienses y danesas (Wood et al., 2008; Kappel et al., 2016). En consecuencia, los usuarios reducen las prácticas de riesgo y los problemas cutáneos relacionados con las malas praxis en la técnica de inyección. Sin embargo, los usuarios con un consumo intenso continúan manteniendo inyecciones en zonas de alto riesgo y tienen conocimientos parciales de las infecciones de transmisión sanguínea, como demuestran estudios anteriores realizados en las SCH de Cataluña (Clua, 2015; Clua, 2018). Para mejorar estos aspectos, las enfermeras recomiendan intensificar los talleres de venopunción higiénica para promover un buen manejo de la técnica de inyección que reduzca los daños en el sistema vascular y las enfermedades de transmisión sanguínea (Hope et al., 2015; Hope et al., 2017).

Todas las enfermeras están entrenadas en la atención de las sobredosis de drogas, sin haberse registrado muertes en las SCH. Por lo tanto, las SCH benefician a reducir las hospitalizaciones y las muertes por esta causa, tal como demuestran otros estudios (Kappel et al., 2016; Potier et al., 2014). Además, en las SCH se realizan talleres para la prevención de las sobredosis, donde se facilitan kits de naloxona a los usuarios. Sin embargo, las enfermeras detectan una baja asistencia a estos talleres de usuarios con barrera idiomática o cultural, tal como apunta un estudio realizado en Cataluña (Sarasa-Renedo et al., 2014). Para superar dichas barreras, se recomienda la participación de usuarios, entrenados previamente, que realicen educación entre iguales con mensajes preventivos más adaptados (Callon et al., 2013; Morgan, Lee y Sebar, 2015).

Las enfermeras expresan dificultades para la supervisión del consumo de drogas relacionadas con el diseño de las SCH y la baja cobertura horaria. Se destaca que las SCH tienen dimensiones limitadas y con un mobiliario poco atractivo, sobre todo para supervisar a los consumidores de cocaína. Para mejorar este aspecto, recomiendan ampliar el espacio físico de los boxes y evitar elementos que alteren la percepción de los usuarios que propicien mayor seguridad entre los usuarios y los profesionales (Delàs et al., 2008; Roncero et al., 2013). Además, se propone una mayor disposición de SCH para el uso de drogas por vía pulmonar para promover la transición de los inyectores a prácticas de consumo menos nocivas (Clua, 2015; Delàs et al., 2010). En relación con los horarios, se sugiere ampliar la cobertura horaria de las SCH para que los usuarios tengan mayores oportunidades de consumir en espacios higiénicos y seguros (Clua, 2015; Small et al., 2011).

Las enfermeras brindan una atención centrada en las necesidades de los usuarios de drogas que contribuye a mejorar el seguimiento de los problemas de salud, como se demuestra en otros estudios (Kappel et al., 2016; Duncan et al., 2017). No obstante, existe una baja cobertura de las necesidades de usuarios con graves problemas de salud y en situación de sinhogarismo. Para estos casos, las enfermeras recomiendan integrar el acceso a viviendas y/o albergues en las políticas de reducción de daños con el fin de ofrecer un sistema de atención holístico con mayores resultados a largo plazo, tal como proponen estudios realizados en Canadá (Pauly et al., 2013; Young y Manion, 2017).

Entre las limitaciones cabe señalar que la presente investigación recoge solamente la perspectiva de las enfermeras. Se recomienda en un futuro realizar estudios desde la perspectiva de los usuarios para conocer la opinión con respecto a la atención recibida en las SCH. Además, se detectaron fallas en el diseño y el funcionamiento de las SCH, que conviene ser estudiadas incluyendo la opinión de los usuarios y técnicos responsables. Pese a estos sesgos, el estudio aporta orientaciones para mantener e intensificar las intervenciones de reducción de daños en la población estudiada.

En conclusión, los cuidados de enfermería en las SCH tienen un impacto positivo en las personas usuarias de drogas, así como en la sociedad general. En estos espacios, la labor de las enfermeras es clave para la supervisión del uso de drogas y para la promoción de la salud de la población atendida. Sin embargo, los usuarios continúan manteniendo prácticas de riesgo, siendo necesario complementar la atención con talleres de inyección higiénica y mejorar los mensajes preventivos en torno las sobredosis y las infecciones de transmisión sanguínea. Para un mayor acceso de los usuarios a las SCH se recomienda mejorar el diseño de estos espacios, aumentar las plazas para el consumo por vía pulmonar y ampliar la cobertura horaria. Por último, es necesario incluir el acceso a viviendas en las políticas de reducción de daños para dar cobertura a los usuarios de drogas en situación de sinhogarismo.

BIBLIOGRAFÍA

- Adán, E., Díaz, O., Hidalgo, D., Andreo, L., Delàs, J., Henar, E., *et al.* (2012). *Protocols de reducció de danys*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Direcció General de Salut Pública.
- Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCat) (2017). Informe anual 2016. Sistema d'informació sobre drogodependències a Catalunya. Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya.
- Bengtsson, M. (2016). How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *NursingPlus Open*, 2:8-14. doi: 10.1016/j.npls.2016.01.001.
- Bosque-Prous, M. y Brugal, M.T. (2016). Intervenciones de reducción de daños en usuarios de drogas: situación actual y recomendaciones. *Gaceta Sanitaria*, 30(Supl 1):104-10. doi: 10.1016/j.gaceta.2016.04.020.
- Callon, C., Charles, G., Alexander, R., Small, W. y Kerr, T. (2013). 'On the same level': facilitators' experiences running a drug user-led safer injecting education campaign. *Harm reduction journal*, 10:4. doi: 10.1186/1477-7517-10-4.
- Clua, R. (2015). Salas de consumo higiénico en España (2000 – 2013). *Salud Colectiva*, 11(2):261-282. doi: 10.18294/SC.2015.688
- Clua, R. (2018). Estilos de vida de los usuarios de las salas de consumo higiénico de Barcelona. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 18(2):79-89. doi: 10.21134/haaj.v18i2.369

- Clua, R. (2020). Aportes del método etnográfico para el diagnóstico de salud de usuarios de drogas adscritos a programas de reducción de daños. *Índex de Enfermeria*, 29(3):e12761.
- Delàs, J., Priore, A.G., Pigem, A. y Aguas, M. (2008). Síndrome posconsumo de cocaína inyectada a partir de las observaciones en una sala de consumo supervisada. *Medicina Clínica*, 130(1):35. doi: 10.1157/13114543.
- Delàs, J., Adán, E., Díaz, O., Aguas, M., Pons, M. y Fuertes, R. (2010). Smoked cocaine in socially-depressed areas. *Harm Reduction Journal*, 7:27. doi: 10.1186/1477-7517-7-27.
- Duncan, T., Duff, C., Sebar, B. y Lee, J. (2017). ‘Enjoying the kick’: Locating pleasure within the drug consumption room. *International Journal of Drug Policy*, 49:92–101. doi: 10.1016/j.drugpo.2017.07.005.
- Espelt, A., Villalbí, J.R., Bosque-Prous, M., Parés-Badell, O., Mari-Dell’Olmo, M. y Brugal, M.T. (2017). The impact of harm reduction programs and police interventions on the number of syringes collected from public spaces: a time series analysis in Barcelona, 2004–2014. *International Journal of Drug Policy*, 50:11–8. doi: 10.1016/j.drugpo.2017.07.033.
- Folch, C., Lorente, N., Majó, X., Parés-Badell, O., Roca, X., Brugal, M.T., Roux, P., Carrieri, P., Colom, J., Casabona, J. y REDAN study group.(2018). Drug consumption rooms in Catalonia: A comprehensive evaluation of social, health and harm reduction benefits. *International Journal of Drug Policy*, 62:24-9. doi: 10.1016/j.drugpo.2018.09.008.
- Gagnon, M., Gauthier, T., Adán, E., Bänninger, A., Cormier, L., Gregg, J.K. et al. (2019). International Consensus Statement on the Role of Nurses in Supervised Consumption Sites. *Journal of Mental Health and Addiction Nursing*, 3(1):e22–e31. Doi: 10.22374/jmhan.v3i1.35.
- Hope, V.D., Scott, J., Cullen, K.J., Parry, J.V., Ncube, F. y Hickman M. (2015). Going into the groin: Injection into the femoral vein among people who inject drugs in three urban areas of England. *Drug and Alcohol Dependence*, 152, 239–245. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.03.029.
- Hope, V.D., Iversen, J., Cullen, K.J., Parry, J.V., Maher, L. y Ncube, F. (2017). Injection into the jugular vein among people who inject drugs in the United Kingdom: Prevalence, associated factors and harms. *International Journal of Drug Policy*, 46:28-33. doi: 10.1016/j.drugpo.2017.05.005.

- Kallio, H., Pietilä, A.M., Johnson, M. y Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12):2954-65. doi: 10.1111/jan.13031.
- Kappel, N., Toth, E., Tegner, J. y Lauridsen, S. (2016). A qualitative study of how Danish drug consumption rooms influence health and well-being among people who use drugs. *Harm reduction journal*, 13(1):20. doi: 10.1186/s12954-16-0109-y.
- Lightfoot, B., Panessa, C., Hayden, S., Thumath, M., Goldstone, I. y Pauly, B. (2009). Gaining insight: harm reduction in nursing practice. *Canadian Nurse*, 105(4):16-22.
- Martínez Oró, D.P. (2019). La dimensión sociopolítica de la reducción de daños y de riesgos en el Estado español. *Revista española de drogodependencias*, 44(3):52-66.
- Morgan, K., Lee, J. y Sebar, B. (2015). Community health workers: a bridge to healthcare for people who inject drugs. *International Journal of Drug Policy*, 26(4):380-7. doi: 10.1016/j.drugpo.2014.11.001.
- Pauly, B., Reist, D., Belle-Isle, L. y Schactman, C. (2013). Housing and harm reduction: what is the role of harm reduction in addressing homelessness. *International Journal of Drug Policy*, 24(4):284–90. doi: 10.1016/j.drugpo.2013.03.008.
- Potier, C., Laprévote, V., Dubois-Arber, F., Cottencin, O. y Rolland, B. (2014). Supervised injection services: What has been demonstrated? A systematic literature review. *Drug & Alcohol Dependence*, 145:48-68. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2014.10.012.
- Romaní, O. (2019). Visibilizar lo escondido: drogas, patología y normalidad, una perspectiva antropológica. En Zarco, J.; Ramasco, M.; Pedraz, A. y Palmar, A.M. (coords.) *Investigación cualitativa en salud*. Madrid: CIS, pp. 231-244.
- Roncero, C., Martínez-Luna, N., Daigre, C., Grau-López, L., Gonzalvo, B., Pérez-Pazos, J. y Casas, M. (2013). Psychotic symptoms of cocaine self-injectors in a harm reduction program. *Substance Abuse*, 34(2):118-21. doi: 10.1080/08897077.2012.691446.

- Sarasa-Renedo, A., Espelt, A., Folch, C., Vecino, C., Majó, X., Castellano, Y., Casabona, J., Brugal, M.T. y Redan Study Group. (2014). Overdose prevention in injecting opioid users: the role of substance abuse treatment and training programs. *Gaceta Sanitaria*, 28(2):146-54. doi: 10.1016/j.gaceta.2013.10.012.
- Small, W., Ainsworth, L., Wood, E. y Kerr, T. (2011). IDU perspectives on the designand operation of North America's first medically supervised injection facility. *Substance Use & Misuse*, 46(5):561-568. doi: 10.3109/10826084.2010.517714
- Wood, R.A., Zettel, P. y Stewart, W. (2003). Harm reduction nursing: The Dr. Peter Centre. *Canadian Nurse*, 99(5):20-4.
- Wood, R.A., Wood, E., Lai, C., Tyndall, M.W., Montaner, J.S. y Kerr, T. (2008). Nurse-delivered safer injection education among a cohort of injection drug users: Evidence from the evaluation of Vancouver's supervised injection facility. *International Journal of Drug Policy*, 19(3):183-8. doi: 10.1016/j.drugpo.2008.01.003.
- Young, M.G. y Manion, K. (2017). Harm reduction through housing first: an assessment of the Emergency Warming Centre in Inuvik, Canada. *Harm reduction journal*, 14(1):8. doi: 10.1186/s12954-016-0128-8.

Una mirada intercultural a la prevención del cáncer de piel en zonas altamente expuestas a rayos ultravioleta

An intercultural look at the prevention of skin cancer in areas highly exposed to ultraviolet rays

Um olhar intercultural sobre a prevenção do câncer de pele em áreas altamente expostas aos raios ultravioleta

Nataly Mariana Arredondo Sono¹, María Esther Odar Javiel², Angélica Vega Vega Ramírez³, Rosa Jeuna Díaz Manchay⁴, Flor de María Mogollón Torres⁵, Sonia Tejada Muñoz⁶

¹Licenciado en enfermería. Clínica Del Pacífico, Chiclayo, Perú. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9859-7551>. Correo electrónico: marianaarredondosono@gmail.com

²Licenciado en enfermería. Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, Chiclayo, Perú. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1823-5708>. Correo electrónico: estherodarj@gmail.com

³Magister en ciencias de enfermería. Especialista en salud familiar y comunitaria. Docente de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo- Chiclayo, Perú. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7877-1436>. Correo electrónico: avega@usat.edu.pe.

⁴ Doctor en ciencias de enfermería. Especialista en salud familiar y comunitaria. Docente de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo- Chiclayo, Perú. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2333-7963>. Correo electrónico: rdiaz@usat.edu.pe.

⁵ Magister en ciencias de enfermería. Especialista en neonatología. Docente de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo- Chiclayo, Perú. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2605-546X>. Correo electrónico: fmogollon@usat.edu.pe.

⁶ Doctor en ciencias de enfermería. Docente de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza- Chachapoyas, Perú. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1181-8540>. Correo electrónico: cielocelste120@hotmail.com.

Correspondencia: Angélica Vega Vega Ramírez. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Av. San Josemaría Escrivá de Balaguer N° 855, CP: 14001. Chiclayo, Lambayeque. Perú.
Correo electrónico de contacto: avega@usat.edu.pe

Para citar este artículo: Arredondo Sono, N. M., Odar Javiel, M. E., Vega Ramírez, A. S., Díaz Manchay, R. J., Mogollón Torres, F. M., & Tejada Muñoz, S. (2021). Una mirada intercultural a la prevención del cáncer de piel en zonas altamente expuestas a rayos ultravioleta. *Cultura de los Cuidados*, 25(60). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.60.16>

Recibido:02/12/2020 Aceptado: 13/04/2021



RESUMEN

Introducción: La incidencia del cáncer de piel sigue aumentando, por tal motivo se desarrollan diversas políticas para fortalecer su prevención; pero, la morbimortalidad no disminuye. **Objetivos:** Describir y comprender las medidas de prevención del cáncer de piel desde una mirada intercultural. **Metodología:** Investigación cualitativa, diseño etnográfico, en 13 residentes oriundos de Olmos, Perú, determinada por saturación. Los datos recolectados por entrevista y observación participante, en un diario de campo, se procesaron mediante análisis temático, y sometidos a triangulación de investigadores; se contó con aprobación de un comité de ética y el consentimiento informado de los participantes. **Resultados:** Tradiciones en la vestimenta para proteger la piel de los rayos ultravioleta y remedios caseros utilizados para cuidar la piel. **Conclusiones:** Los pobladores, adoptaron ciertas tradiciones al vestirse y utilizaron plantas nativas como, “la higuerilla” (*Ricinus communis*) y “la penca sábila” (*Aloe vera*), además mascarillas de arcilla para proteger su piel; sin embargo, algunas costumbres podrían afectar su salud, dejando entrever que urge fortalecer acciones educativas sobre fotoprotección, con enfoque intercultural, de modo que se valore y respete las prácticas positivas y se modifique aquellas nocivas, mediante la negociación, y se logre un cuidado seguro para disminuir el riesgo de cáncer de piel.

Palabras clave: Cultura; prevención; cáncer; pie; etnografía.

ABSTRACT

Introduction: Worldwide, the incidence of skin cancer continues to increase, which is why various policies are developed to strengthen its prevention; however, morbidity and mortality does not decrease. **Objectives:** Describe and understand the main prevention measures for skin cancer in areas highly exposed to ultraviolet rays from an intercultural perspective. **Methodology:** Qualitative research with ethnographic design, in a sample of 13 residents from Olmos, Peru, determined with the saturation and redundancy technique. The data were collected through the ethnographic interview and participant observation, recorded in a field diary, processed through thematic analysis, and subjected to triangulation by researchers, after approval of the project by a research ethics committee and informed consent of the researchers. participants. **Results:** a) Traditions in clothing to protect the skin from ultraviolet rays and b) Home remedies used to care for the skin. **Conclusions:** The residents who participated in the study, adopted certain traditions when dressing and used native plants such as “castor” (*Ricinus communis*) and “aloe leaf” (*Aloe vera*), in addition to clay masks to protect their skin,

considered very effective in preventing cancer; however, some beliefs and customs could affect your health; suggesting that it is urgent to strengthen educational actions on photoprotection, with an intercultural approach, so that positive practices are valued and respected and those that are harmful are modified, through negotiation, so that safe care is achieved to mitigate the effects of the ultraviolet rays on the skin.

Keywords: Culture; prevention; cancer; skin; ethnography

RESUMO

Introdução: A incidência do câncer de pele continua aumentando, por isso várias políticas são desenvolvidas para fortalecer sua prevenção; mas, morbidade e mortalidade não diminuem. **Objetivos:** Descrever e compreender as medidas de prevenção do câncer de pele em uma perspectiva intercultural. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa, desenho etnográfico, em 13 residentes de Olmos, Peru, determinada por saturação. Os dados coletados por meio de entrevista e observação participante, em diário de campo, foram processados por meio de análise temática e submetidos à triangulação dos pesquisadores; foi aprovado por um comitê de ética e o consentimento informado dos participantes. **Resultados:** Tradições em roupas para proteger a pele dos raios ultravioleta e remédios caseiros para cuidar da pele. **Conclusões:** Os colonos adotaram certas tradições ao se vestir e usar plantas nativas como “a figueira” (*Ricinus communis*) e “a folha de babosa” (*Aloe vera*), além de máscaras de argila para proteger a pele; Porém, alguns costumes podem afetar sua saúde, sugerindo que é urgente fortalecer ações educativas sobre fotoproteção, com enfoque intercultural, para que as práticas positivas sejam valorizadas e respeitadas e as nocivas sejam modificadas, por meio da negociação, e o cuidado seguro seja alcançado. para diminuir o risco de câncer de pele.

Palavras-chave: Cultura; prevenção; câncer; pele; etnografia.

INTRODUCCIÓN

Una actividad prioritaria de la enfermería, es brindar atención integral a las poblaciones vulnerables, esto incluye realizar actividades preventivo promocionales para el control de enfermedades, que día a día se incrementan como el cáncer. Por lo tanto, su papel en la prevención del cáncer es educar enfatizando los factores de riesgo y los cuidados que toda persona debe procurarse, para evitar su aparición. El cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo y, para 2030, se espera que la cantidad de nuevos casos de cáncer aumente a aproximadamente 23,6 millones (Instituto Nacional del Cáncer, 2018). Específicamente, el cáncer de piel es una enfermedad no transmisible, aún poco explorada en relación con los cambios climáticos. La exposición a la radiación solar ultravioleta es un factor de riesgo ambiental importante y debe evitarse a toda costa en la medida de lo posible (Wright et al., 2019). En las últimas décadas, la incidencia del cáncer de piel ha seguido aumentando a nivel mundial debido al escaso cumplimiento de

las recomendaciones de los expertos en prevención y detección (Marzo et al., 2018). Los profesionales de atención primaria desconocen los cambios morfológicos premalignos y la exploración clínica insuficiente de la piel. Se han desarrollado diversas estrategias, incluyendo campañas educativas en medios audiovisuales y de comunicación para aumentar la conciencia de esta enfermedad; pero, su diagnóstico aún se realiza en etapas avanzadas, lo que incrementa la morbilidad y mortalidad (Gil, Hernandez, & Contreras, 2016).

En Perú, a finales de 2018, se había diagnosticado cáncer de piel a unas 3.500 personas, cifra que se ha duplicado desde 2015, año en que se registraron 1.500 afectados. Según el último informe de la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC), la incidencia de la enfermedad en el país ha aumentado y unas 700 personas mueren cada año debido al grave impacto del cáncer por la radiación solar (Bray, Ferlay, Soerjomataram, Siegel, Torre & Jemal, 2018).

De manera similar, la Dirección Regional de Salud de Lambayeque (DIRESA) registró 4,019 casos de cáncer, cifra que fue el tercer lugar entre los departamentos con más casos de cáncer a nivel nacional, en el periodo del 2006 – 2011. Estos han ido en aumento, hasta llegar a un 30% y la mortandad se encuentra alrededor del 50% (Ministerio de la Salud, 2019). Por consiguiente, es necesario comprender y educar sobre las medidas preventivas para evitar daños por el sol; toda vez que el Perú, es uno de los países con el mayor índice de radiación solar del mundo, la principal razón es que se encuentra cerca de la zona ecuatorial, donde la radiación ultravioleta cae verticalmente sobre el territorio. Según datos del Servicio Nacional de Meteorología e Hidrología (SENAMHI, 2019), la radiación solar del Perú en verano alcanzó niveles récord. Hasta hace pocos años, los valores máximos de radiación registrados se situaban entre los 14 y 15 puntos, pero se espera que aumente hasta los 20 puntos.

“La exposición a los rayos solares, si bien tiene incuestionables efectos beneficiosos para la salud, es una práctica no exenta de riesgos, por lo que debe hacerse con moderación y adoptando las medidas de protección adecuadas” (Garrote & Bonet, 2008). El sol incide directamente sobre nuestra piel, por lo que se debe usar un protector solar con un nivel de protección de al menos 25, y no se debe exponer al sol durante mucho tiempo (Iglesias, 2012). Además, en los últimos años, la capa de ozono se ha vuelto cada vez más fina, por lo que es muy peligroso exponerse al sol en verano (González, 2016). La exposición ocupacional al calor y la radiación solar ultravioleta,

amenaza la salud y el bienestar de los trabajadores al aire libre. Es probable que estas amenazas aumenten como resultado del cambio climático (Rother, John, Wright, Irlam, Oosthuizen, & Garland, 2020). Los agricultores corren un mayor riesgo de contraer enfermedades de cáncer de piel relacionadas con la exposición al sol, y simultáneamente dudan en utilizar métodos de protección recomendados por los expertos (Mott, 2020), en cambio usan medidas y remedios caseros, que no necesariamente son seguros y efectivos.

Asimismo, debido al trabajo al aire libre, las mujeres que viven en zonas rurales están más expuestas a la luz solar y a la radiación ultravioleta; por tanto, necesitan adoptar más conductas de protección solar, que la población habitual (Roozbahani, Kaviani, & Khorsandi, 2020); empero, la población no es consciente de los cuidados para prevenir el cáncer de piel, sobre todo en aquellos lugares, como el distrito de Olmos que fue el escenario del presente estudio, que se caracteriza por tener un clima cálido, llegando a los 34°C desde las 10:00 am, y los residentes solo buscan la consulta médica cuando desarrollan síntomas persistentes, debido al desconocimiento sobre la prevención (Barba, 2015) y a que persisten medidas tradicionales, sobre todo utilizando plantas medicinales (Valenzuela, Romaní, Monteza, Fuentes, Vilchez & Salaverry, 2018).

En la actualidad, el cáncer se ha convertido en un problema de salud pública complejo y cada vez más grave; debido a esto, la presente investigación se justificó, por abordar un problema sanitario, que lo ubica como segunda prioridad nacional en investigación en salud en Perú 2019-2023 (MINSA, 2019). Por consiguiente, es necesario enfrentarlo a través de una estrategia integral, transversal, coherente y sostenible, basada en experiencias pasadas y esperadas de este alarmante incremento a nivel mundial. Precisa, entonces, buscar y respetar consensos, promover nuevas tecnologías y estudiar estrategias culturalmente sensibles y adecuadas para que las comunidades participen activamente, reforzando así el componente educacional del sistema de salud desde el nivel primario de atención (Sarria & Limache, 2013).

Esta investigación, contribuye a ampliar las perspectivas respecto al cuidado para lograr acuerdos culturales que sean propicios para la salud de la población (Fiscal, Arboleda, Vergas, López & Mejía, 2019). En ese sentido, este trabajo también ha enriquecido la disciplina de enfermería porque profundiza en modelos transculturales diseñados para mantener, negociar o reorganizar las prácticas culturales sin generar

conflictos entre el personal médico y el personal de enfermería (Leininger & McFarland, 2006). En consecuencia, este estudio anima a los profesionales de enfermería a enfatizar la importancia del cuidado cultural, lo cual es de gran trascendencia para los pobladores en la prevención del cáncer de piel; esto permite descubrir y analizar la expresión y el significado de los cuidados, la salud, la enfermedad y su bienestar, para mejorar las malas actitudes y comportamientos, y aprender de su herencia cultural. Los objetivos del estudio fueron: Describir y comprender las principales medidas preventivas del cáncer de piel en zonas altamente expuestas a los rayos ultravioleta, desde una mirada cultural.

MÉTODO

La investigación fue cualitativa, con abordaje etnográfico (Grove, Gray & Burns, 2016; Hernández, Fernández & Baptista, 2014), lo cual requirió que las investigadoras se desplacen a los domicilios de los participantes, para recolectar la información mediante la observación y la entrevista. La muestra fue de 13 participantes, delimitados por la técnica de saturación, quienes cumplieron con los siguientes criterios de selección: Trabajar mínimo 02 años expuestos al sol por más de 6 horas diarias (agricultor, albañil o labores fuera de casa) y ser oriundo de la zona. Se excluyeron a los menores de 18 años y los adultos mayores, además a las personas con limitaciones en el habla y con alguna discapacidad mental o verbal. Además, 4 rechazaron participar por motivos personales y ajenos a la investigación.

Después de que un Comité de Ética en Investigación aprobó el estudio, se solicitó permiso al alcalde del Distrito de Olmos mediante una carta de presentación, y luego se coordinó el lugar, fecha y hora de la entrevista con cada participante. Así, la inserción al campo, se realizó en el segundo semestre del 2017 y los participantes fueron captados en la Municipalidad antes mencionada, donde se ubicó la información de aquellos pobladores que cumplieron con los criterios de selección mencionados. Para iniciar el acercamiento con los participantes, las investigadoras adoptaron la estrategia de presentarse como personal del Centro de Salud con previa autorización de la jefa del mismo establecimiento, esto con la finalidad de evitar la reactividad y el cambio de comportamiento de los participantes.

Entonces, la observación se realizó en agosto y septiembre del 2017 y fue registrada en un diario de campo, en varios encuentros con los investigados; esto permitió reflexionar

sobre el proceso de recogida de los datos, al hacer el contraste e identificar preguntas de investigación, para las sucesivas entrevistas. En la fase inicial de la observación se seleccionó la población a estudiar, luego en la fase de observación con poca participación, las investigadoras comenzaron a interactuar con los participantes seleccionados, seguidamente en la fase de participación con alguna observación, se formó parte de las actividades en la convivencia diaria, se participa más y se observa menos, para ello, se quedó en la casa un promedio de tres horas durante cada visita, con una frecuencia de seis visitas por cada participante, por un período de tres meses. Finalmente se realizó una observación reflexiva para determinar el impacto de los eventos en la vida de los participantes.

Para procesar la información, se usó el análisis temático (Spradley & McCurdy, 2005), que incluye cuatro etapas: a) Análisis del dominio: en la que se identificó las prácticas culturales obtenidas a través de la observación participante y de las entrevistas, fueron analizadas para abstraer los dominios culturales, b) Análisis taxonómico: que consistió en la construcción de un conjunto de caracteres basados en relaciones semánticas, c) Análisis componencial: en este análisis se buscó los componentes de significado y, d) Análisis de temas: que consistió en un proceso que busca dimensiones de contraste entre los términos, para construir paradigmas y además en la que se hizo la verificación de los datos. Durante toda la investigación se aplicaron los principios de la ética personalista (Lugo, 2014). No se realizó experimentación, ni se expuso a los participantes a ningún daño físico o mental, y su identidad estuvo protegida por códigos de identificación: POB1, POB2, POB3, POB13; participaron voluntariamente luego de firmar el formulario del consentimiento informado; además la investigación se ejecutó previa aprobación de un Comité de Ética en Investigación de una institución educativa universitaria.

La investigación se llevó a cabo, bajo criterios de rigor científico (Hernández, Fernández & Baptista, 2014). En tal sentido, la credibilidad se garantiza, porque los datos se recolectaron fielmente en grabaciones de voz y observaciones detalladas; así mismo, los hallazgos fueron reconocidos como reales por los mismos sujetos a través del chequeo de participantes y con la triangulación de investigadores, lo cual permitió que expertos en el tema de investigación y en el método, dieran sus aportes y analizaran los posibles sesgos en el análisis; triangulación metodológica, ya que los datos fueron recolectados

mediante la entrevista etnográfica y la observación participante, lo que amplió la visión del fenómeno en estudio. Por otro lado, se asegura la auditabilidad a través de los registros de las grabaciones de las entrevistas, las transcripciones fieles de los discursos, las notas en el diario de campo y las observaciones participantes; y la transferibilidad, ya que se describen a los participantes y a su contexto social natural donde se desenvuelven diariamente.

RESULTADOS

Descripción del escenario cultural

Los participantes viven en el Distrito de Olmos, ubicado al norte del Departamento de Lambayeque. Está dividido en 11 centros poblados, 9 pueblos jóvenes, 193 caseríos, 2 asentamientos humanos y 4 urbanizaciones. El estudio se desarrolló en los caseríos «Las Pampas» y «Cascajal». Para llegar allí, se tuvo que transitar largos caminos de piedras y arena, bajo un fuerte sol, teniendo que regresar varias veces, debido a que los pobladores trabajaban todo el día, la ubicación de las viviendas era difícil, por la distancia entre ellas o los participantes estaban ocupados en los quehaceres del hogar o en su chacra (finca), entre otras actividades; también, existía pocos vehículos para retornar del campo a la ciudad, debido a los efectos del fenómeno del niño costero (lluvias torrenciales).

Estos pobladores, se caracterizan porque practican peculiares cuidados culturales para proteger su piel, como el uso de remedios caseros y diversas tradiciones al vestir. La mayoría de hogares tienen su chacra o finca, para el cultivo y la crianza de animales domésticos, para el propio consumo o para la venta; entre las que encontramos las plantas de sábila y de higuierilla, muy utilizadas para proteger la piel. Las viviendas en su totalidad, son de adobe y los techos de quincha y las familias usan leña para cocinar.

Los pobladores de la zona tienen la costumbre de levantarse muy temprano para realizar sus actividades, las esposas preparan el desayuno para los miembros del hogar, y antes de que alguien salga a trabajar, usan algunas plantas para protegerse del sol, también se aseguran que cada uno se coloque ropa adecuada para la protección de la piel, como: polos manga larga, camisetas, pantalones, y sombrero o manta amarrada en la cabeza, etc. Después del mediodía regresan a casa para almorzar con sus familias.

A continuación, se presentan los temas culturales con cada uno de los patrones recurrentes hallados en la investigación:

A.- Tradiciones en la vestimenta para proteger la piel de los rayos ultravioleta.

La tradición es a menudo un saber popular, impregnado de creencias, principios sociales y culturales selectos, que se transmiten de generaciones en generación para preservarlo y finalmente consolidarlo (Castillo, 2008). Los participantes del estudio mantienen tradiciones en la forma de vestir, para protegerse la piel de la exposición al sol y evitar el cáncer en este órgano protector. Las tradiciones son acuerdos que los pobladores consideran dignos de ser parte integral de su uso y costumbres: *«Su chacra se encontraba a unos metros de su casa, su esposo estaba en plena labor con las plantas, con una camisa manga larga, pantalón largo, yanques y sombrero grande de paja» (Diario de campo POB10); «la casa es de material noble y al costado se encuentra el corral donde están los animales. El señor se desempeña como obrero, operario de construcción, en su casa se apreció su vestimenta que consiste en un tapaviento de color naranja que le cubre hasta las orejas, su casco como medida de prevención por algún accidente, poleras manga larga y guantes de jebe.» (Diario de Campo POB11).*

Estos datos de la observación participante se corroboraron con los discursos: *«Cuando trabajo, me pongo mi camisa manga larga y mi sombrerito o gorros redondos» (POB6), «...para protegernos del sol usamos: sombrero, camisas manga largas, chompas, polos...» (POB7), «...me coloco mi camiseta, gorra y un sombrero me lo pongo con un carmín...» (POB10), «...también en la cabeza usamos un tapaviento sobre el casco o la gorra...» (POB11), «...solamente usó gorro con visera, pantalón, zapatillas o sandalias, camisa manga larga y gorra...» (POB3).*

En los participantes de este estudio, se encontró divergencia en este aspecto, con lo que establece la Ley que dictamina las medidas preventivas para mitigar los efectos nocivos de la exposición prolongada a la radiación solar para la salud (Souza, Gea, Silva & Becalli, 2016); denotando la falta de acatamiento de las empresas contratistas de estos pobladores, quienes no cumplen con proporcionar a sus empleados la vestimenta adecuada para protegerse del sol, frente a lo cual, ellos buscan la manera de protegerse utilizando vestimenta propia de su zona y de su cultura como, son los chullos, orejeras caseras y cafarenas: *«...la empresa no me da...me pongo mi sombrero que me tapa hasta las orejas con mis chullitos, chompas largas, zapatillas, medias, pantalón, gorros o sombreros grandes...» (POB8), «...caferenas, pantalón de licra, una nada más...una blusa y una polera manga larga, las dos de algodón...» (POB5), «...me cubro con gorra, poleras, pantalón largo...solo gorra o así tipo sombrero. Para los brazos poleras nada más...» (POB9).*

Estas situaciones evidencian claramente los riesgos a los que están expuestos estos pobladores, al someterse durante largas horas de trabajo a los rayos ultravioletas, haciendo uso de esas prácticas tradicionales en el vestir, frente al incumplimiento de parte de las empresas al no brindarles a sus empleados la vestimenta necesaria. Esto sugiere la necesidad de un mayor seguimiento a dichas empresas, como parte de las actividades preventivo promocionales; asimismo, la educación sanitaria y el seguimiento mediante las visitas domiciliarias a los pobladores, para evaluar las condiciones de trabajo, las prácticas culturales, los recursos con que cuentan, la necesidad de educación personalizada y en consecuencia contribuir en el cuidado preventivo del cáncer de piel, de manera efectiva, con un enfoque intercultural.

B.- Remedios caseros utilizados para cuidar la piel

Los remedios caseros, incluyen plantas medicinales como: “la penca sábila” (*Aloe vera*) y las hojas de la “higuerilla” (*Ricinus communis*), que lo tienen al alcance de los pobladores, ya que lo cultivan en sus fincas, son muy fáciles de usar y refieren que los alivia de las consecuencias de una exposición prolongada a los rayos ultravioleta: «...nos protegemos la piel con la hoja de la higuerilla antes de ir a trabajar, también usamos su fruto como aceite» (POB2), «...la planta de la higuerilla mantiene una fruta casi como del tamaño de una uva, cuando se seca, se pela y mantiene una manteca eso se tuesta y después se derrite, saliendo como un aceite y se pone en las partes que se expone al sol; se coloca con un trapito blanco así de unos 20 x 20 o 15 x 15 como un parche y el aceite se mantiene medio calientito y eso se deja en la piel...»(POB5), «...la hoja de la higuerilla se pone como un parche, se arranca de la planta, pero primero se pasa el jabón de pepa, se amarra la hoja que es casi del tamaño de un diámetro de 15 cm, a veces hasta con las mismas hierbas y se deja toda la noche...»(POB12)

Por otro lado, la penca sábila, constituye otra planta que los participantes de este estudio, utilizan con frecuencia y constituye otra práctica cultural: «La sábila también acostumbramos usar, se saca el yodo remojándolo en agua, al otro día, lo cortas en dos tapas y con el gel te frotas todo tu cuerpo, especialmente en las partes que más se exponen al sol...» (POB13), «...empleo la sábila para proteger la piel...también llevamos el agua en botella, tomamos y nos rociamos el cuerpo para refrescarnos...» (POB2), «...estuve empleando la sábila, después de trabajar al aire libre....» (POB8)

Estos discursos se corroboran con la siguiente nota de campo: «la preparación del *Aloe vera*, empieza desde un día antes, cuando termina sus labores en el campo y regresan a su casa. El señor realizó la demostración de cómo se unta el gel de la sábila en las zonas

expuestas al sol, ese día se había colocado en la mañana antes de ir a trabajar, y luego a su regreso se volvió a colocar, por una media hora para sentirse más hidratado». (Diario de Campo POB2). Otro de los remedios caseros empleados por los participantes en este estudio es la arcilla: «...se aplicaba la arcilla obtenida de orilla del río, seleccionando lo más suave, a manera de mascarilla para la piel...» (POBLAD8), «...se untaban la arcilla a orillas del río, para proteger la piel de la cara y volverla más suave» (POB1).

Como podemos notar, los diversos insumos utilizados por los pobladores, se determinan en función de sus necesidades y de lo que encuentran en su entorno cotidiano, que no implica gasto alguno y que les prodiga protección frente a la exposición de los rayos ultravioleta, y de este modo previenen de manera efectiva el cáncer de piel, los cuales serán transmitidas de generación en generación, debido a los beneficios que perciben en su piel.

DISCUSIÓN

La causa principal de cáncer de piel, es la exposición prolongada a los rayos UVB, ya que penetra en la piel, afecta la epidermis y daña directamente el ADN celular. Además, los rayos UVA penetran más profundamente, afectan la dermis, destruyen la elasticidad y las fibras de colágeno y provocan envejecimiento, inmunosupresión, reacciones fotoalérgicas, reacciones fototóxicas inducidas por fármacos y generan radicales libres que dañan el ADN celular actuando de manera sinérgica con la UVB (Sordo & Gutiérrez, 2014). Por ello, una de las principales medidas preventivas recomendadas, es la fotoprotección: se debe evitar la exposición excesiva al sol entre las 10 y las 16 horas, y se deben utilizar componentes protectores como, sombreros, ropa y lentes adecuados, paraguas y toldos gruesos.

Los resultados del estudio de Roozbahani, Kaviani & Khorsandi (2020) indicaron que, la tasa de uso de gafas de sol, guantes y gorras por parte de las mujeres rurales es menor que otras conductas de prevención del cáncer de piel, como visitar a un médico cuando se observan síntomas sospechosos, menor exposición a la luz solar, usar protector solar, usar ropa que bloquee el sol y trabajar temprano en la mañana. Mientras, en los pobladores de Olmos, se encontró, prácticas culturales sobre fotoprotección de la piel con relación a la indumentaria, apreciándose que la familia se cuida en base a sus prácticas culturales y previene enfermedades, usando tradiciones y creencias que son transmitidas

vía oral desde sus antepasados. En esta misma perspectiva, coincidimos con (Leininger & McFarland, 2006) cuando proponen que, los cuidados culturales son todos los actos de apoyo, facilitación o capacitación que se ajustan cognitivamente a los valores culturales y modo de vida de los individuos, grupos o instituciones.

Asimismo, siguiendo los postulados de (Leininger & McFarland, 2006) e (Ibarra & González, 2006) se concluye que, la ropa que usan estos pobladores para proteger la piel del sol, es una costumbre considerada adecuada al entorno en el que viven, puesto que la zona rural de Olmos, siempre cuenta con clima cálido y seco, por tanto, este tipo de indumentarias, pueden reducir los efectos nocivos de los rayos solares en la piel. Además, esta preferencia de los pobladores de este estudio, de usar vestimenta protectora solar y un sombrero, en vez de protectores solares, es sugerida por (Lautenschlager, Wulf, & Pittelkow, 2007), quienes afirman que se discuten las controversias sobre la seguridad de los protectores solares y las recomendaciones clínicas.

Los pobladores usan vestimentas tradicionales para protegerse la piel, al no recibir los elementos necesarios de parte de sus empleadores. Estos resultados son opuestos a los encontrados por (Souza, Gea, Silva & Beccalli, 2016), quienes demostraron que los agentes comunitarios de salud presentan una alta exposición a la radiación ultravioleta durante las actividades laborales, a pesar de que reciben protector solar, ellos no toman en cuenta las medidas preventivas. Esto es realmente preocupante y muestra la urgencia de una política integral por parte de los organismos competentes, para disminuir los riesgos que generan esta actividad, así como del Ministerio de Trabajo, para la regulación y vigilancia de fotoprotección que deben ofrecer los empleadores y no lo hacen (Gobierno del Perú, 2013).

Por otro lado, los pobladores del Distrito de Olmos utilizan los remedios caseros para el cuidado de la piel y el de su familia, al igual que los pobladores de México, la medicina tradicional todavía representa una práctica relacionada con el cuidado de la salud de los miembros de las familias, y son los padres quienes promueven la difusión de este conocimiento a sus hijos e hijas, en particular el uso de remedios caseros (Jiménez, Hernández, Espinosa, Mendoza & Torrijos, 2015). Similar, al estudio de Rother et al., (2020), donde los trabajadores utilizaron conocimientos indígenas locales y mecanismos de supervivencia, como el uso de ocre para protegerse del sol para prevenir los impactos causados por el calor y la radiación solar ultravioleta.

Al respecto, existe evidencia científica sobre “la higuera” (*Ricinus communis*), se afirma que las partes de esta planta se usan como carminativo (antiflatulento), así como

también en el asma, bronquitis, lepra, como antiinflamatorio, catártico (efecto terapéutico) y afrodisíaco. El estudio toxicológico que se realizó en la raíz de la planta demostró la naturaleza no tóxica de los extractos de la misma; por lo tanto, se puede utilizar a largo plazo en la práctica clínica (Ilavarasan, Mallika & Venkataraman; 2011; Pérez, 2013). De hecho, su uso data desde hace más de cinco mil años, los Sumerios, Asirios y Babilonios retiraron los demonios de la piel, con “aceite de ricino” (*Ricinus communis L.*). Asimismo, los egipcios usaron cremas y aceites para protegerse del sol y de los vientos del desierto (González & Bravo, 2018), en base a ingredientes de mirra, tomillo, mejorana, manzanilla, lavanda, lirio, menta, romero, cedro, rosa, aloe, oliva, sésamo y almendra; algunos de los cuales se usan en la actualidad, como es el caso del grupo de participantes de este estudio, que también empleaban la sábila o aloe vera.

En cuanto, al efecto protector del aloe vera frente a la exposición de la piel a la radiación ultravioleta, se ha reportado, en estudios científicos, que el gel en apósito para heridas que contiene acemanano, extraído de las hojas de aloe vera, tiene un efecto protector frente al daño por radiación en la piel (Roberts & Travis, 1995; Sato, Ohta, & Shinoda, 1990). De modo que, el uso de la sábila en los pobladores de Olmos, participantes de este estudio, es justificado no solo por sus propiedades protectoras, sino también por los efectos quimiopreventivos del cáncer; toda vez que, resultados de investigaciones sugieren que algunos polisacáridos vegetales del extracto de gel de Aloe Vera, produjeron actividades promotoras, tanto anti genotóxicas, como antitumorales in vitro y, por lo tanto, podrían considerarse como agentes potenciales para la quimioprevención del cáncer de piel (Hyung, Sam & Byung, 1999; Tarcisio, Celia, Borges, Souza, Claudinei, Regina, et al; 2018).

Los participantes de este estudio emplean también la arcilla para la protección de la piel, esta práctica es parecida a la que practican los pobladores del altiplano peruano-boliviano, quienes desde la época precolombina utilizan una sustancia natural conocida como "chaco" por sus propiedades digestivas. El Chaco, es una arcilla medicinal comestible usada en forma de suspensión con agua para suprimir los síntomas de indigestión o molestias ácido-pépticas. El mecanismo de acción terapéutica propuesto, se debe a su efecto citoprotector sobre la mucosa gástrica a través de un mecanismo independiente de inhibición de la secreción ácida, por no tener propiedades antiácidas in vitro (Castillo & Frisancho, 2015).

Además, se realizó un estudio en Perú para determinar el efecto de la terapia con arcilla medicinal (geoterapia) en pacientes con quemaduras de II grado pertenecientes a un

Hospital, concluyendo que el tratamiento con arcilla medicinal acorta el proceso inflamatorio de este tipo de quemaduras, alivia el dolor, el ardor y no se presentaron signos de infección en el área lesionada (Arévalo, Rodríguez & Ruberto; 2016). Por tanto, el uso de la arcilla en los pobladores de Olmos, participantes de este estudio, es justificado no solo por sus propiedades protectoras; sino también, por los efectos analgésicos en la piel; sin embargo, es necesario advertir que la evidencia no es insuficiente en la prevención del cáncer en la piel, por lo que se sugiere realizar investigaciones experimentales, que demuestren la efectividad de la arcilla, “la higuera” y “la penca sábila”, en la prevención del cáncer en la piel, por ser remedios caseros ampliamente usados en diversas poblaciones; coincidiendo con Wright et al., (2019) quien afirma que se necesitan más investigaciones y datos para evaluar cualquier impacto futuro del cambio climático en la incidencia del cáncer de piel.

Este estudio presentó resultados, que pueden ser útiles para contribuir a la acción directa de los profesionales de enfermería en la búsqueda de promover el cuidado de la piel y apoyar decisiones específicas para una mayor prevención primaria del cáncer de piel: exposición inadecuada y falta de protección contra los rayos UVE; toda vez que la enfermera tiene un papel importante en la consolidación de las actividades educativas. Aunque estos no son suficientes para cambiar la práctica, representan una condición esencial para cualquier proceso de transformación.

De este modo, la prevención primaria (protección solar) y la prevención secundaria (detección temprana) se debe replantear, capacitando a los agentes agrícolas para que tengan un efecto multiplicador con sus pares (Mott, 2020), en las estrategias recomendadas para la protección solar personal, como sombra, ropa, gafas de sol y protector solar; puesto que todas estas medidas pueden cambiar de manera inconsciente, a medida que el comportamiento humano se adapta a un clima cálido. Es necesario que las enfermeras realicen esfuerzos para asegurar que las acciones educativas contemplen la orientación sobre la fotoprotección y que en sus actividades y en su lenguaje, incorporen el componente cultural. Es fundamental su participación en acciones de desarrollo para la percepción del riesgo en este grupo poblacional; participación en las actividades de prevención del cáncer de piel; cooperación en la formación continua del personal de enfermería, apoyo a la inclusión de lecciones sobre fotobiología y fotoprotección en los planes de estudio de enfermería y apoyo a la implementación urgente de una política de protección solar, de mitigación del cambio climático, entre otras medidas.

CONCLUSIONES

La prevención del cáncer de piel en zonas altamente expuestas a los rayos ultravioleta, en los residentes de Olmos, desde la mirada intercultural, constituyen un conjunto de prácticas que abarcan tradiciones, costumbres, creencias y cuidados que consisten básicamente en uso de remedios caseros y de vestimenta tradicional de la zona. La vestimenta es un método de protección que los pobladores usan solo para el trabajo de campo, priorizando dos aspectos; en primer lugar, protegerse de los rayos solares y, en segundo lugar, sentirse cómodos al trabajar al aire libre. Sin embargo, no consideran el material, color o textura de la ropa, sino que más se preocupan por cubrir todas las partes expuestas al sol.

Utilizan remedios caseros para proteger la piel expuesta al sol, como: “la penca sábila” (*Aloe vera*), hoja y fruto de “higuerilla” (*Ricinus communis*) y la arcilla, que son accesibles y de acuerdo a su cultura, además han tenido resultados satisfactorios para la protección de los rayos ultravioleta y para curar afecciones de la piel. En ese sentido, este estudio muestra datos que indican la necesidad de mejorar la educación en la prevención primaria del cáncer de piel en este grupo poblacional, teniendo en cuenta sus prácticas culturales. Asimismo, se sugiere realizar investigaciones con relación a la prevención secundaria y terciaria, porque los remedios caseros también los usan para curar afecciones de la piel.

Los cuidados que deben preservarse, según la teoría transcultural, son: el uso de la “higuerilla” (*Ricinus communis*), de la “penca sábila” (*Aloe vera*) y la arcilla, porque existe evidencia científica que comprueba sus beneficios. Pero, existen cuidados que se pueden negociar dado que podrían ocasionarles daño: que los remedios caseros los usen de la forma y frecuencia correcta, antes de presentarse algún signo o síntoma en la piel, si solo lo usan cuando ven algún tipo de alteración en la piel no tendrán el beneficio deseado. Y definitivamente hay cuidados que deben reestructurarse porque están produciendo daños: el uso de una vestimenta adecuada únicamente para labores al aire libre.

Se debe considerar que el efecto de estos cuidados estará relacionado con el tiempo de exposición a los rayos UV, el color de la piel y el tiempo que una persona ha trabajado en el campo (dependiendo de la situación del agricultor). Por tanto, en prevención primaria, para evitar que estos efectos dañen la piel, es necesario estudiar en profundidad las horas y el tiempo durante el cual la exposición a la luz solar se vuelve más nociva

durante el año, y especificar qué métodos o medidas de protección conviene utilizar para evitar lesiones cutáneas o incluso el cáncer. En ese sentido, se recomienda realizar investigaciones etnográficas, ensayos clínicos aleatorizados sobre la exposición a los rayos ultravioletas en relación al lugar, tiempo de exposición al día, edad, labor que realiza y lo que utiliza para protegerse. Además, alertamos a las instituciones encargadas de formular políticas sanitarias, ambientales, de investigación y educación, es necesario implementar medidas adecuadas para la prevención primaria del cáncer de piel incorporando la interculturalidad.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Financiamiento: Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

- Arévalo, L.D., Rodríguez, J.L., & Ruberto., D. (2016). Efecto de la arcilla medicinal en quemaduras de segundo grado en pacientes del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren. *Revista Peruana de Medicina Integrativa*, 1(1):25-30. doi: <http://dx.doi.org/10.26722/rpmi.2016.11.9>
- Barba, S. (2015). Comportamiento Epidemiológico del cáncer en el Hospital Regional Docente las Mercedes (Tesis de licenciatura). Lambayeque, Perú: Universidad Santo Toribio de Mogrovejo.
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R., Torre, L., & Jemal, A. (2018). Estadísticas mundiales sobre el cáncer 2018: estimaciones globales de incidencia y mortalidad en todo el mundo para 36 cánceres en 185 países. Sociedad Americana del Cáncer. *ACS Journals*. doi: <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
- Castillo, J. (2008). El cuidado cultural de Enfermería: necesidad y relevancia. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 7(3). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300003&lng=es&tlng=es
- Castillo, O., & Frisancho, O., (2015). El "chaco": arcilla medicinal comestible del altiplano peruano y sus propiedades en la patología digestiva. *Rev. gastroenterol.* 35 (1): 97-99. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292015000100013&lng=es
- Fiscal, L., Arboleda, J., Vargas, L., López, K., & Mejía, Y. (2019). Percepciones y prácticas sobre salud-enfermedad y muerte de una madre emberá chamí, una aproximación etnográfica. *Cultura de los cuidados*, 23(54), 310-319. doi: <https://doi.org/10.14198/cuid.2019.54.27>
- Garrote, A. & Bonet, R. (2008). Fotoprotección. Factores de protección y filtros solares. *Educación Sanitaria*. 27(5), 63-73. Recuperado de:

- <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-fotoproteccion-factores-proteccion-filtros-solares-13120520>
- Gil, N., Hernández, E., & Contreras, J. (2016) El impacto de la Prevención Primaria y Secundaria en la disminución del Cáncer de Piel. CES Salud Pública, 7(2). <http://dx.doi.org/10.21615/cessp.7.2.4>
 - Gobierno del Perú. (2013). Ley que dispone medidas preventivas contra los efectos nocivos para la salud por la exposición prolongada a la radiación solar. Recuperado de: <http://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/30102.pdf>
 - González, F.J. & Bravo, L. (2018). The use of plants in skin-care products, cosmetics and fragrances: Past and present. *Cosmetics*, 5(3). <http://dx.doi.org/10.3390/cosmetics5030050>
 - González, G.E. (2016). Radiaciones ultravioletas como factor de riesgo vinculado a la génesis del pterigión en trabajadores expuestos. *Rev Cubana Enferm.* 32(4). Recuperado de: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1004>
 - Grove, S., Gray, J., & Burns, N. (2016). Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. 6a ed. Barcelona: Elsevier.
 - Hernández, S., Fernández, C., & Baptista L. (2014). *Metodología de la investigación*. 5th ed. México: McGrawHill.
 - Hyung, S., Sam, K., & Byung, M. (1999). Efectos quimiopreventivos in vitro de polisacáridos vegetales (*Aloe barbadensis* Miller, *Lentinus edodes*, *Ganoderma lucidum* y *Coriolus versicolor*), *Carcinogenesis*, 20(8):1637–40. <https://doi.org/10.1093/carcin/20.8.1637>
 - Ibarra, T., & González, J. S. (2006). Competencia Cultural: Una forma humanizada de ofrecer Cuidados de Enfermería. *Index Enferm*; 15(55):44-48. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000300010&lng=es
 - Iglesias, M. (2012). *Cuidados de piel, manos y pies*. Buenos Aires: Lea Argentina.
 - Ilavarasan, R., Mallika, M., & Venkataraman, S. (2011). Evaluación toxicológica de los extractos de raíz de Linn de *Ricinus communis*. *Toxicol Mech Methods*; 21(3):246-50. doi:10.3109 / 15376516.2010.538752
 - Instituto Nacional del Cáncer. (2018). Estadísticas del Cáncer. Recuperado de: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es/estadisticas>
 - Jiménez, P., Hernández, M., Espinosa, G., Mendoza, G., & Torrijos, M. (2015). Los saberes en medicina tradicional y su contribución al desarrollo rural: estudio de caso Región Totonaca, Veracruz. *Revista mexicana de ciencias agrícolas*, 6(8), 1791-1805.
 - Lautenschlager, S., Wulf, H.C., & Pittelkow, M.R. (2007). Photoprotection. *Lancet*. Aug 11; 370(9586):528-537. [http://10.1016/S0140-6736\(07\)60638-2](http://10.1016/S0140-6736(07)60638-2)
 - Leininger, M., & McFarland, M. (2006). *Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory*. 2nd. Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
 - Lugo, B. (2014). *¿Qué es la Bioética?: vida y dignidad humana*. Buenos Aires: Grupo Uno.
 - Marzo, M., Vela, C., Bellas, B., Bartolomé, C., Melús, E., Vilarrubí, M., Nuin, M. (2018). Recomendaciones para la prevención del cáncer. Actualización PAPPs 2018. *Atención primaria*, 50 (1), 41–65. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(18\)30362-7](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(18)30362-7)

- Ministerio de la Salud. (2019). *Centro nacional de epidemiología, prevención y control de enfermedades*. Lima. Perú. Recuperado de https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/Asis_peru19.pdf
- Ministerio de la Salud. (2019). Perú: Resolución Ministerial 658-2019-MINSA. Prioridades nacionales de investigación en salud en Perú 2019-2023. *Instituto Nacional de Salud*. Recuperado de https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/343478/Resoluci%C3%B3n_Ministerial_N_658-2019-MINSA.PDF
- Mott, B. (2020). Increasing Skin Cancer Awareness in Southeastern North Carolinian Farmers. Retrieved from the Scholarship. DNP Scholarly Project, East Carolina University. <http://hdl.handle.net/10342/8408>
- Pérez, J. (2013). Estudio fitoquímico y actividad antiinflamatoria del extracto hidroalcohólico de las hojas de *Ricinus communis* L. "higuerilla". (Tesis de maestría) Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- Roberts, D., & Travis, E. (1995). El gel de vendaje para heridas que contiene acemanano reduce las reacciones cutáneas inducidas por la radiación en ratones C3H. *Revista Internacional de Oncología Radioterápica Biología Física*, 32(4): 1047-52. doi: [https://doi.org/10.1016/0360-3016\(94\)00467-Y](https://doi.org/10.1016/0360-3016(94)00467-Y)
- Roozbahani, N., Kaviani, A., & Khorsandi, M. (2020). Path analysis of skin cancer preventive behavior among the rural women based on protection motivation theory. *BMC Women's Health* 20 (121). doi: <https://doi.org/10.1186/s12905-020-00978-8>
- Rother, H.A., John, J., Wright, C.Y., & Irlam, J., Oosthuizen, R. & Garland, R.M. (2020). Perceptions of Occupational Heat, Sun Exposure, and Health Risk Prevention: A Qualitative Study of Forestry Workers in South Africa. *Atmosphere* 11, 37. <https://doi.org/10.3390/atmos11010037>
- Sarria, G. & Limache, A. (2013). Control del cáncer en el Perú: un abordaje integral para un problema de salud pública. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(1), 93-98. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000100018&lng=es&tlng=es
- Sato, Y., Ohta, S., & Shinoda, M. (1990). Estudios sobre protectores químicos contra la radiación. XXXI Efectos de protección de *Aloe arborescens* sobre lesiones cutáneas inducidas por irradiación X: *Yakugaku Zasshi: Revista de la Sociedad Farmacéutica de Japón*, 110 (11): 876-84. doi: https://doi.org/10.1248/yakushi1947.110.11_876
- Servicio Nacional de Meteorología e Hidrología (SENAMHI). (2019). Orientaciones para el análisis del clima y determinación de los peligros asociados al cambio climático. Ministerio del Ambiente - Gobierno del Perú.
- Sordo, C., & Gutiérrez, C. (2014). Cáncer de piel y radiación solar: experiencia peruana en la prevención y detección temprana del cáncer de piel y melanoma. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(1). doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2013.301.167>
- Souza, M., Gea, T., Silva, E., & Becalli, F. (2016). Cáncer de piel: hábitos de exposición al sol y cambios en la piel entre los trabajadores de la salud en una ciudad de Minas Gerais. *R. Enferm. Cent. O. Min.* 6(1). doi: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v0i0.920>

- Spradley, J., & McCurdy, D. (2005). *The cultural experience: ethnography in Complex Society*. 2a ed. EE.UU: Waveland Press. 190p.
- Tarcisio, A.L., Celia, E., Borges, P.F., Souza, T.M., Claudinei, D.S., & Regina, F.L., et al. (2018). Therapeutic Effects of Medicinal Plants on Cutaneous Wound Healing in Humans: A Systematic Review. *Mediators Inflamm.* doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2018/7354250>
- Valenzuela, F., Romaní, F., Monteza, B., Fuentes, D., Vilchez, E., & Salaverry, O. (2018). Prácticas culturales vinculadas al cuidado de la salud y percepción sobre la atención en establecimientos de salud en residentes de centros poblados alto-andinos de Huancavelica, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 35(1), 84-92. doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2018.351.3603>
- Wright, C.Y., Norval, M., Kapwata, T., Du Preez, D.J., Wernecke, B., Tod, B.M., & Visser, W.I. (2019). The Incidence of Skin Cancer in Relation to Climate Change in South Africa. *Atmosphere*, 10, 634. doi: <https://doi.org/10.3390/atmos10100634>

Formación sin vinculación social. Dicotomías en torno a las prácticas comunitarias de los estudiantes de enfermería

Training without social bonding. Dichotomies around the community practices of nursing students

Treinamento sem união social. Dicotomias em torno das práticas comunitárias de estudantes de enfermagem

Oralia Sandoval Guerrero¹, Omar Mancera González²

¹ Maestra en Enfermería. Universidad Autónoma de Sinaloa, Escuela Superior de Enfermería Culiacán. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8997-2337>. Correo electrónico: oralisg@hotmail.com.

² Doctor en Estudios Migratorios. Universidad Autónoma de Sinaloa, Escuela de Ciencias Antropológicas; Escuela Superior de Enfermería Culiacán. Correo electrónico (contacto principal): omancerag@uas.edu.mx. Registro Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7970-2624>.

Correspondencia: Blvd. Cantabria No. 5671. Int. 28. Privada Río Escudo. Fracc. Stanza Cantabria. C.P. 80301. Culiacán, Sinaloa, México.

Correo electrónico de contacto: oralisg@hotmail.com.

Para citar este artículo: Sandoval Guerrero, O., & Mancera González, O. (2021). Formación sin vinculación social. Dicotomías en torno a las prácticas comunitarias de los estudiantes de enfermería. *Cultura de los Cuidados*, 25(60). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.60.17>

Recibido: 09/12/2020 Aceptado: 12/04/2021



RESUMEN

Objetivo: Describir la experiencia de los estudiantes en las prácticas comunitarias al considerarse fundamentales porque los alumnos requieren acercamientos con el ejercicio de la disciplina y con las poblaciones que ocupan sus servicios. **Metodología:** Estudio cualitativo, descriptivo, que contempla entrevistas a profundidad apoyadas con una guía semiestructurada, bajo el consentimiento informado a 8 estudiantes de diferentes semestres de la Licenciatura que concluyeron sus prácticas comunitarias. Los datos

fueron procesados mediante el análisis de contenido tipo temático; se realizó una codificación libre de las entrevistas obteniendo categorías y subcategorías que fueron conceptualizadas y discutidas epistemológicamente. Resultados: Del estudio emergieron dos categorías y en el presente trabajo se presenta una, denominada “el estudiante y su experiencia en los programas de prácticas comunitarias”, con las subcategorías: Espacios de práctica; Satisfacción e insatisfacción; y Logro de objetivos. Conclusiones: Los estudiantes entrevistados coincidieron en que los espacios donde desarrollan las prácticas carecen de las condiciones indispensables como seguridad y facilidades para el desplazamiento y la estancia, aunados a una deficiente supervisión de los ejercicios. Sin embargo, concordaron respecto a la satisfacción de trabajar directamente con las comunidades, reforzando el paradigma de que la vinculación social es esencial en la formación en enfermería.

Palabras clave: Práctica comunitaria; enseñanza de la enfermería; planeación didáctica; vinculación con la comunidad; percepción social.

ABSTRACT

Objective: To describe the experience of the students in the community practices when considering themselves fundamental because the students require approaches with some tasks of the discipline and with the communities that require their services. **Methodology:** Qualitative, descriptive, qualitative study that includes in-depth interviews supported by a semi-structured guide, under the informed consent of 8 students from different semesters of the Bachelor's degree who completed their community practices. The data was processed through thematic type content analysis; A free coding of the interviews was performed, obtaining categories and subcategories that were conceptualized and discussed epistemologically. **Results:** Two categories emerged from the study and this work is one of them, called “the student and his experience in community practice programs”, with the subcategories: Practice spaces; Satisfaction and dissatisfaction; and Achievement of objectives. **Conclusions:** The interviewed students agreed that the spaces where they carry out the practices lack the essential conditions such as security and facilities for travel and stay, also with poor supervision of the practices. However, they agreed on the satisfaction of working directly with the communities, reinforcing the paradigm that social bonding is essential in nursing training.

Keywords: Community practice; nursing education; didactic planning; linkage with the community; social perception.

RESUMO

Objetivo: Descrever a experiência dos estudantes nas práticas da comunidade quando se consideram fundamentais porque os alunos exigem abordagens com o exercício da disciplina e com as populações que ocupam seus serviços. **Metodologia:**

Estudo qualitativo, descritivo, que inclui entrevistas em profundidade, apoiadas por um guia semiestruturado, com o consentimento informado de 8 estudantes de diferentes semestres do bacharelado que concluíram suas práticas comunitárias. Os dados foram processados por meio de análise de conteúdo do tipo temático; foi realizada uma codificação livre das entrevistas, obtendo categorias e subcategorias que foram conceituadas e discutidas epistemologicamente. Resultados: duas categorias emergiram do estudo, e este artigo apresenta uma, denominada “o aluno e sua experiência em programas de prática comunitária”, com as subcategorias: espaços de prática; Satisfação e insatisfação; e realização de objetivos. Conclusões: Os estudantes entrevistados concordaram que os espaços onde realizam as práticas carecem de condições essenciais como segurança e facilidades para deslocação e permanência, aliadas a uma fraca supervisão dos exercícios. Porém, concordaram na satisfação de trabalhar diretamente com as comunidades, reforçando o paradigma de que o vínculo social é fundamental na formação do enfermeiro.

Palavras-chave: Prática comunitária; educação em enfermagem; planejamento didático; ligação com a comunidade; percepção social.

INTRODUCCIÓN

La Licenciatura en Enfermería que oferta la Escuela Superior de Enfermería Culiacán contempla en su plan de estudios la materia “Enfermería Comunitaria”, cuya modalidad teórico práctica se imparte del segundo al séptimo semestre con el propósito de que el estudiante implemente los conocimientos teóricos y adquiera habilidades prácticas de la enfermería y de la salud pública.

El trabajo en la comunidad es fundamental debido a sus implicaciones sociales y dentro de las ciencias de la salud, por lo que los alumnos requieren acercamientos cercanos con el ejercicio de la disciplina y con las comunidades que ocupan sus servicios.

El origen de la enfermería comunitaria se sitúa en 1859 cuando se constituyó en Gran Bretaña de la mano del filántropo Rathbone. Las funciones extra hospitalarias de la primera organización de enfermeras en salud pública, denominada *enfermeras visitadoras*, consistía en atender a los enfermos pobres de la ciudad proporcionándoles cuidados, educación y medidas higiénico-sanitarias y sociales. Para García (2016) la enfermería comunitaria “sintetiza los conocimientos teóricos y las habilidades prácticas enfermeras y de la salud pública, además los aplica como alternativa de trabajo en la comunidad, con el fin de promover y mantener y restaurar la salud de la población” (García, 2016, p.55). Este deber ser de las prácticas conforman una extensión de las

funciones primordiales (deber ser también) de la profesión de enfermería, establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS): “Participar en la promoción de la salud, la prevención, curación y rehabilitación de enfermedades, desarrollar programas educativos sobre salud, trabajar de forma efectiva en un equipo de salud, e investigar” (en Barrio *et al*, 2006, p.44).

En cuanto al panorama regional de la disciplina desde 1967 la Universidad Autónoma de Sinaloa (UAS), a través de la Escuela Superior de Enfermería Culiacán, contribuyó con la formación de enfermeros y enfermeras a nivel técnico, pero fue hasta 2005 que la enseñanza de la profesión se elevó al nivel Licenciatura, graduando, hasta el primer trimestre de 2020, a un total de 4,590 estudiantes de 11 generaciones. De acuerdo al plan de estudios de la Licenciatura en Enfermería el alumno debe realizar prácticas comunitarias (Escuela Superior de Enfermería Culiacán, 2007), acompañadas y tutoradas por un docente con experiencia en el área y asignadas desde la coordinación del programa educativo.

A pesar del intento institucional de vinculación del estudiante con la práctica extra muros y a su vez con la adquisición de experiencia que coadyuve en su formación profesional y académica, las prácticas comunitarias no han logrado vincularse con las autoridades municipales o con los servicios de salud públicos más allá de la firma de convenios, mediante acciones concretas en las comunidades, para asegurar la atención primaria de las poblaciones a las que se acude, así como para facilitar que los estudiantes cumplan con su requerimiento curricular. La insuficiencia de acuerdos interinstitucionales que se traduzcan en acciones tangibles y medibles impacta en el desempeño de las prácticas comunitarias que inician en el segundo semestre y se desarrollan de manera progresiva, hasta su conclusión en el séptimo semestre de la licenciatura.

En este sentido durante las cuatro semanas destinadas a la práctica el docente y los alumnos se enfrentan a dificultades como la carencia de un espacio como sede para llevar a cabo sus actividades, de mobiliario y equipo, o de seguridad pública. La Escuela Superior de Enfermería Culiacán gestiona convenios de colaboración institucional con los secretarios de Salud del gobierno del Estado, sin embargo, cuando se coordinan y planifican las prácticas no se asignan estudiantes a los Centros de Salud de las comunidades para que trabajen en esos espacios acondicionados, y tampoco por parte del

Sector Salud existe un seguimiento de las necesidades de los habitantes o sobre cómo reconocerlas con la ayuda de los practicantes.

El bajo porcentaje de personal docente especializado, aunado a la asignación de un número elevado de alumnos por profesor, contribuye al descontento y la falta de interés por parte de los estudiantes, quienes regularmente manifiestan que la práctica comunitaria no es significativa en su formación y muestran preferencia por las prácticas clínicas.

Ambas problemáticas afectan la percepción y la ejecución misma de las prácticas comunitarias, les pueden restar valor curricular o formativo e incluso pueden insertar a los estudiantes en dinámicas innecesarias en su formación, como el sortear dificultades de tipo operativo dentro de las localidades donde laboran.

Camejo y Rebolledo (2013) refieren que los estudiantes desempeñan un rol dinámico porque permanente cambian en correspondencia con las necesidades de una población, como “la educación, promoción de la salud y la ejecución de programas de atención y prevención” (Camejo y Rebolledo, 2013, p.153); sin embargo, en el caso de los estudiantes de enfermería de la UAS los conocimientos de la disciplina y las prácticas comunitarias sostienen una correlación con los recursos que dificultan o facilitan esas actividades, por lo que a ese dinamismo del estudiante planteado por los autores habría que agregarle que los alumnos también cambian en obediencia a los presupuestos académicos y formativos que tienen a su alcance.

Icart *et al* (2003) consideran que la práctica de la enfermería comunitaria es el espacio donde el alumno desarrolla habilidades, técnicas y la comunicación con los pacientes, mientras que Ildarabadi *et al* (2013) sugieren definir una postura en cuanto a crear y eliminar barreras, así como la necesidad de proveer las condiciones óptimas para que los estudiantes se desempeñen mejor en la promoción de la salud comunitaria; ambas condiciones, planteadas por los autores, pueden generar una productividad adecuada dentro de la educación de la enfermería en salud comunitaria. Maciá-Soler *et al* (2014) agregan que la tutela de los estudiantes en la educación en enfermería y particularmente en sus prácticas “facilita el proceso de aprendizaje individual, el desarrollo de la identidad profesional y la adquisición de competencias” (Maciá-Soler *et al*, 2014, p.463).

Por anterior surgió el interés de realizar una investigación que considerara la experiencia de los estudiantes como un referente para el análisis de la implementación y el desarrollo de las prácticas comunitarias, en el sentido de la formación académica y

ontológica de los alumnos. La investigación aquí planteada describe y desarrolla epistemológicamente la rutina de los estudiantes en las prácticas comunitarias, para conformar un análisis que expone las carencias o fallos logísticos que se contraponen con los logros, que además de ser inherentes a la disciplina pueden potenciarse para mejorar los procesos formativos fuera de las aulas.

Respecto al contexto sociocultural en el que se desarrollan las prácticas comunitarias destaca que generalmente se implementan en colonias populares de la ciudad de Culiacán, o en comunidades rurales aledañas, por lo que el nivel socioeconómico de la población es precario, habitan en condiciones con escasos o limitados servicios públicos (como los de salud), en ambientes de inseguridad y criminalidad, drogadicción y deserción escolar elevada. Las prácticas comunitarias pueden cubrir la carencia de servicios de salud en torno a la prevención o diagnóstico, así como informar a la población sobre el cuidado de la salud y los factores de riesgo en enfermedades crónico degenerativas, información que no tienen a su alcance fácilmente por su marginación social y que podría ayudarles a mejorar su calidad de vida.

METODOLOGÍA

El diseño de esta investigación se encuentra bajo el paradigma cualitativo, método descriptivo; los participantes fueron estudiantes inscritos en la Escuela Superior de Enfermería Culiacán, modalidad presencial, que cursaron las prácticas comunitarias conforme al programa académico de Licenciatura en 2018 y 2019. La edad de los ocho estudiantes (siete mujeres y un varón) que aceptaron participar en el estudio oscila entre los 20 y 37 años de edad. Se consideró que el número de participantes era suficiente cuando se logró la comprensión del fenómeno y la saturación de la información con base en los criterios específicos de la investigación y los datos prospectados. La herramienta cualitativa para la recolección de la información fue la entrevista a profundidad, apoyada en una guía semiestructurada de preguntas abiertas cuya finalidad fue guiar temáticamente la entrevista y propiciar condiciones de confianza.

Inicialmente la técnica consistió en un muestreo selectivo, de juicio o intencional, con el interés fundamental de comprender el fenómeno y los procesos sociales en toda su complejidad. Posteriormente la muestra se tornó *Multiplificadora*, cuya característica es

que los informantes iniciales sugieren al investigador entrevistar a otras personas o grupos que también conocen el fenómeno de estudio y pueden opinar sobre él (Ulin *et al*, 2006).

La lógica en estos muestreos radica en lograr que los casos elegidos proporcionen la mayor riqueza de información posible para estudiar a profundidad el tema de investigación. Patton señala que “no hay reglas para decidir el tamaño de la muestra” (en Martínez, 2012, p.616), ya que esto depende del propósito y del contexto del estudio, hasta llegar a la saturación de datos; por su parte Martínez (2012), añade que un muestreo puede concluirse cuando “se ha escuchado ya una cierta diversidad de ideas y con cada entrevista u observación adicional no aparecen ya otros elementos” (Martínez, 2012, p.617).

Los datos obtenidos durante estos diálogos se registraron en el diario de campo, complementándolos con la información recabada durante la observación participante, así como en los comportamientos, gestos y expresiones de los entrevistados sobre el tema de la investigación (De Souza, 2009).

Respecto a las consideraciones éticas el escenario para el estudio fue un aula de la Escuela Superior de Enfermería Culiacán; antes de iniciar a cada participante se le explicó el objetivo de la investigación y el carácter confidencial de los datos, se solicitó su aprobación y libre participación mediante la firma de un consentimiento informado y con su anuencia se grabaron las entrevistas. Para proteger los datos personales de los entrevistados y preservar su anonimato se utilizaron códigos de identificación y números de localización para las transcripciones, como lo plantean Ulin *et al* (2006), en obediencia al código deontológico de la Enfermería, respecto a las directrices de Privacidad y Fidelidad (Secretaría de Salud, 2001), así como a los cuatro principios básicos de las publicaciones: “La exactitud, la no maleficencia, el derecho a saber y hacer pública la propia posición moral” (Denzin, 2000, en Ulin *et al*, 2006, p.171).

La sistematización de los datos se realizó mediante el análisis de contenido del tipo temático (De Souza, 2009), por lo que se inició con la transcripción de las entrevistas para que de su análisis se obtuvieran las categorías y subcategorías, con sus respectivas definiciones. A partir de las categorías que se expondrán adelante se estableció un esquema metodológico que permitió plantear la interpretación expuesta en este artículo. Lo anterior facilitó la detección de los significados, opiniones, aprendizajes, motivaciones

o limitaciones en torno a las prácticas comunitarias, calificadas por los estudiantes entrevistados con base en sus experiencias; en las narraciones se evidencian emociones, saberes y percepciones que se deconstruyeron epistémicamente mediante el análisis del discurso para encontrar el sentido personal de la experiencia dentro de los contextos del entorno comunitario y de las prácticas estudiantiles.

Posterior al ordenamiento de los datos, a la sistematización de las transcripciones y al análisis transversal de los diarios de campo, la investigación de gabinete se enfocó en la búsqueda bibliográfica, para conformar una discusión epistemológica que ayude a la descripción y comprensión integral del fenómeno planteado; también se consideró la opinión de los participantes del estudio como un parámetro metodológico adicional (Kvale, 2011).

RESULTADOS

Del trabajo de campo y la aplicación de herramientas cualitativas emergieron dos categorías que guiaron la investigación de forma estructural y transversal: A. El estudiante y su experiencia en los programas de prácticas comunitarias; y B. La experiencia personal del saber teórico. En este manuscrito solo se presenta y discute la primera categoría por la extensión y profundidad que cada una requieren. De dicha premisa, a discutir enseguida, se desagregan las subcategorías A.1. Espacios de práctica; A.2. Satisfacción e insatisfacción; y A.3. Logro de objetivos.

Categoría A. *El estudiante y su experiencia en los programas de prácticas comunitarias.* Las prácticas comunitarias en enfermería conllevan todas aquellas intervenciones que el estudiante realiza para poner en práctica los conocimientos teóricos adquiridos en el aula, se realizan en comunidades rurales o urbanas ubicadas en las zonas de influencia de las instituciones del primer nivel de atención, así como en instituciones de educación básica, asilos, entre otros. Estas actividades formativas deben poseer un “enfoque educativo, preventivo, de promoción, de restauración y de protección específica para la salud” en las diferentes etapas de la vida del ser humano (ENEO, 2006).

En la Escuela Superior de Enfermería Culiacán se pretende que los estudiantes asuman valores de responsabilidad, honestidad, humanismo, solidaridad y empatía en su desempeño, a través de una relación profesional con las personas y mediante el fomento al respeto de la diversidad de cultural, manteniendo una actitud crítica y reflexiva, así

como fomentando el trabajo en equipo de acuerdo a las necesidades de la población o del contexto, de tal manera que los alumnos actúen en consecuencia de manera ética y profesional. Los programas de prácticas comunitarias facilitan la adquisición de habilidades complementarias y necesarias en su formación académica y en el ejercicio profesional posterior, reflejan experiencias personales formadoras y contribuyen a la vinculación de los estudiantes con la población a que posteriormente servirán.

Con la implementación de las jornadas comunitarias se pretende relacionar exitosamente la teoría y la práctica, una de las principales preocupaciones del profesorado de enfermería, ya que la experiencia adquirida en el campo profesional constantemente evidencia las contradicciones entre lo aprendido en el aula y la realidad experimentada por alumnas y enfermeras profesionales en los centros asistenciales (Medina, 2005).

Subcategoría A.1. *Espacios de práctica*. El espacio es una unidad socio-territorial donde confluyen significados y relaciones sociales, que posee atributos específicos ligados a la cultura y donde las personas se desenvuelven con base en pautas sociales específicas. Para Kuri (2013) el espacio se ha concebido teóricamente como el repositorio de personas, objetos o sucesos, o como el sitio donde se desenvuelve cotidianamente la humanidad, de tal forma en que el espacio se considera “como algo dado por sentado y no como un proceso resultado de las relaciones sociales que, a la vez, las configura” (p.72). En esta relación dialéctica entre el espacio y la sociedad la autora añade que en ambas entidades “no sólo existe un vínculo irrompible, sino una relación de orden recursivo, de mutua influencia” (Kuri, 2013, p.72).

El binomio planteado corresponde a la realidad estudiada porque el espacio de la práctica comunitaria es consustancial en la formación de las y los enfermeros; la práctica se ha definido con base en el desenvolvimiento de los estudiantes, al igual que la percepción de los mismos sobre este quehacer fundamental en la formación del profesional en enfermería. Para Laorden y Pérez (2003) el espacio es un factor didáctico fundamental en el proceso de enseñanza-aprendizaje porque permite crear un ambiente de estimulación de las capacidades del alumnado, además de “favorecer la autonomía y motivación del equipo” (Laorden y Pérez, 2002, p.134). Por su parte Paredes y Sanabria (2015) señalan que las acciones y aprendizajes de los individuos se desarrollan en un espacio que puede ser positivo o negativo, influyendo en el aprendizaje y estableciendo distintas posibilidades o restricciones para el desarrollo. Por lo tanto, la posición de los

espacios va más allá de la ubicación o caracterización física y se constituyen como condicionantes de la enseñanza- aprendizaje, así como de la propia vinculación comunitaria de los estudiantes.

Los espacios donde habitualmente realizan sus prácticas comunitarias los estudiantes de la Escuela de Enfermería Culiacán son los lugares públicos (parques, escuelas u otros) de las colonias populares del municipio de Culiacán, donde regularmente se carece de las condiciones necesarias de comodidad y seguridad para que el estudiante emprenda su práctica asesorada por el maestro o tutor. La adquisición de habilidades y destrezas, así como la empatía con las comunidades, se correlacionan con el uso del espacio, e incluso pueden limitarse si las condiciones de este son adversas.

De acuerdo con Pardo y González (2007) el espacio para la práctica de la enfermería comunitaria es una herramienta fundamental en la planeación, ejecución y medición de las acciones, ya que permite ampliar la perspectiva del conocimiento institucionalizado y medir el impacto de las labores dentro de las comunidades; sin embargo, cuando no se considera al espacio como una unidad fundamental y la práctica comunitaria se concentra solo en las tareas asignadas a las personas no se genera el impacto esperado o prospectado en los distintos programas comunitarios, como se evidencia a continuación a través de las entrevistas realizadas a los estudiantes:

“El espacio donde nos reuníamos en la comunidad no tenía las condiciones adecuadas para llevar a cabo la práctica, era inseguro, estábamos debajo de un árbol, nos sentábamos en el piso, y no podíamos escuchar a nuestras maestras” (JACG-2).

“Nos enfrentamos a muchos problemas porque no teníamos un espacio donde trabajar, mucho menos para cubrir nuestras necesidades fisiológicas” (DGO-4).

“Desde primer año no tenemos un lugar dónde reunirnos para trabajar, ahora que nos cambiaron de comunidad trabajamos en un parque donde está todo muy peligroso y sucio, donde el medio ambiente huele mal porque algunos jóvenes fuman marihuana y nos gritan groserías al estar ahí reunidos, enfrentando peligros de sufrir algún asalto” (KSF-7).

Los espacios para las prácticas comunitarias fueron percibidos por los estudiantes como inadecuados, e influyeron en ellos de forma negativa creando una sensación de

inseguridad y miedo, ya que –consideraron– esos escenarios no son aptos para el proceso enseñanza aprendizaje.

Subcategoría A.2. *Satisfacción e insatisfacción*. La satisfacción representa la confianza, el cumplimiento del deseo y el gusto de estar en las comunidades porque el estudiante siente que puede ayudar a la gente en el desarrollo de sus prácticas. Según Zas (2002), la satisfacción del estudiante es referida como un elemento clave en la valoración de la calidad de la educación, teniendo que ver con el grado de satisfacción de las personas involucradas en el proceso educativo. De acuerdo a esta definición se entiende que la satisfacción del estudiante constituye un indicador de calidad, resultado de un proceso que inicia en el sujeto y termina en él mismo, conformándose como un fenómeno esencialmente subjetivo porque se refiere a algo o alguien en relación con las expectativas personales, y que finalmente se asocia a un resultado determinado (Zas, 2002), tal como se ilustra en las siguientes afirmaciones de los entrevistados:

“La comunidad sí llena mis expectativas, me gusta mucho, ya que realmente era lo que yo esperaba... porque ahí ponemos en práctica la parte humanitaria, socializamos con las personas, ganando su confianza” (SSP-1).

“En lo que a mí respecta la comunidad es lo más bonito que he vivido en la carrera, porque es realmente donde tenemos que trabajar. Yo me sentía muy bien porque podía ayudar, siendo reconocida como estudiante” (GGC-3).

“La práctica comunitaria llena mis expectativas, ya que me pareció muy interesante porque aprendí a convivir con las personas, pude identificar los problemas y las condiciones en las que viven y cómo podemos ayudar” (GLV-6).

“Me sentía satisfecha porque vi cómo le pudimos dar algo más a la gente, para el bienestar de su salud, así mismo me sentí bien al ver que la gente respondía y se sentía motivada cuando realizamos la feria de la salud” (RNL-8).

El programa oficial de la práctica comunitaria en Enfermería pretende que la satisfacción del alumno surja a partir del trato humanista que otorga a las personas de las comunidades, considerando a la satisfacción como un estado de bienestar emocional que depende del asistir a los individuos durante la práctica comunitaria; esta cualidad esencial del profesional en enfermería se refuerza cuando el practicante es reconocido por las personas a las que atiende.

Cardoso *et al* (2011) coinciden con la premisa anterior cuando refieren que los estudiantes, como futuros profesionales, ponen en práctica sus conocimientos teóricos a través de la comunicación y la convivencia directa con las personas, ganando empatía y confianza principalmente cuando la respuesta a su trabajo es favorable, se motivan al capacitar y ayudar a las personas de la comunidad.

De forma simultánea y contraria a la percepción favorable antes planteada surge en esta misma categoría la *insatisfacción*, donde los informantes entrevistados la asociaron a la desconfianza, al desánimo, al disgusto, al miedo o al estrés. Estas percepciones personales que influyen en la calificación de las prácticas comunitarias se nutren por las condiciones inapropiadas para realizar los trabajos y no favorecen la adquisición de las habilidades y destrezas esperadas por el programa formativo. Los discursos expuestos a continuación evidencian estas percepciones:

“Considero que la práctica es pérdida de tiempo porque vamos a la comunidad y nos damos cuenta que no hacemos casi nada, porque la misma gente no acepta. Casi nadie nos abre las puertas ni nos quieren atender” (SSP-1).

“El primer día que llegué a la práctica me sentí inseguro porque no sabía lo que querían que yo hiciera, no sabía lo que esperaban de mí, qué era lo que iba a desarrollar y me decía: vamos a ver qué es lo que me piden que haga. Lo que yo quería era hacer un buen papel” (JACG-2-70).

“La comunidad no me gustó por la falta de seguridad pública, de instructoras, y por los tipos de escenarios, lo que hacía que sintiéramos miedo, y porque es muy poco tiempo el que interactuamos con las personas... ya que no nos abren las puertas” (DGO-4).

“No sabía lo que tenía que hacer ahí a pesar de que mi maestra me lo había explicado, lo que hacía que sufriera mucho estrés” (GLV-6-3).

“No me gustaron las prácticas comunitarias porque la mayoría de las familias nos cierran las puertas... y por la falta de orientación sobre todo en la primera práctica que hizo que sintiera miedo que hasta tartamudeaba, ya que las personas no confiaban en los estudiantes” (KSF-7).

La expresión sobre la experiencia de la práctica comunitaria resalta la insatisfacción del estudiante cuando menciona que “casi no hacía nada”, sumado al rechazo de las personas mostrado al acudir a sus viviendas o a la desconfianza por parte de los

pobladores. Como lo refieren Silveira y Carraro (2012) los estudiantes en el proceso de prácticas se enfrentan a situaciones de duda principalmente durante las primeras etapas del proceso de formación, interrogantes que se acentúa con la inseguridad experimentada en la práctica comunitaria. En los resultados de la presente investigación se detectó que los estudiantes manifiestan sentir miedo e inseguridad durante los primeros días de la práctica, emociones vinculadas a las premisas antes mencionadas y a la falta de conocimientos sobre su quehacer.

Subcategoría A.3. *Logro de objetivos*. Los objetivos de los programas de prácticas comunitarias de la Escuela Superior de Enfermería Culiacán deben consolidarse mediante la aplicación de diversas estrategias pedagógicas por parte de los docentes y a través de la programación de la práctica comunitaria. Montesano (2001) define a los objetivos como la descripción y delimitación de conductas y contenidos, alcanzados en correspondencia con un trabajo específico y cuya función esencial es el reconocimiento de los resultados logrados al término de las prácticas comunitarias, como lo evidencian los participantes en este estudio en los siguientes discursos:

“Trabajamos en pareja, levantando censos en las manzanas al aplicar la entrevista, brindando recomendaciones a las personas para mejorar su calidad de vida, trabajando en equipo con los compañeros de grupo” (GGC-3).

“Al llevar a cabo la valoración elaboramos planes de cuidados y planes de charla de acuerdo a las necesidades detectadas, capacitábamos a las personas y les informábamos sobre las medidas de prevención a través de trípticos y rotafolios” (DGO-4).

“Trabajamos de cerca con la gente, identificándonos como estudiantes, realizamos exámenes de híbridos (para la detección del virus del papiloma humano) y aplicación de vacunas, entrevistamos a las familias para detectar las necesidades para proporcionar promoción a la salud a nivel domiciliario” (RNL-8).

DISCUSIÓN

Es posible identificar en los discursos que los estudiantes consideran que han cumplido los objetivos de los programas de las prácticas comunitarias cuando mencionan el desarrollo de actividades como la toma de signos vitales, la somatometría y la aplicación del instrumento de valoración sustentando en la teoría de valoración de

Virginia Henderson (1991); por lo que pueden elaborar diagnósticos de bienestar y de riesgo que culminen en la implementación de acciones de promoción, prevención y educación para la salud.

El objetivo tradicional del conocimiento, de los procedimientos y de las técnicas durante las prácticas permiten el contacto directo con la gente y sus problemas cotidianos (Paranhos y Mendes, 2010), ya que de acuerdo al programa de estudios de la disciplina el estudiante desarrolla el conocimiento y las habilidades para detectar las necesidades de salud con base en su experiencia. A pesar de las dificultades logísticas mencionadas antes que son un obstáculo para el amplio desarrollo de las prácticas comunitarias, los objetivos pueden lograrse debido a que los estudiantes trabajan con las personas que accedieron a recibir atención, y aunque sean pocas o a pesar de las barreras también mencionadas, pueden reconocer sus conocimientos y ponerlos en práctica, ya que los individuos con los que trabajan comparten sus experiencias en torno a su salud, y como ésta forma parte de la vida integral de las personas es posible maximizar el potencial de las prácticas comunitarias en el sentido de los objetivos.

Para Schön (1992) los objetivos se logran al poner en práctica las ciencias biológicas y psicosociales, así como los fundamentos de las ciencias de enfermería, ya que a partir de ellos se representan las aplicaciones de la enfermería comunitaria cuando los alumnos aprenden a aplicar el conocimiento básico correlacionándolo con los problemas del cuidado de las personas a las que asiste. Durante las prácticas comunitarias promovidas por la Escuela de Enfermería Culiacán los alumnos que realizan valoraciones a las familias tienen como objetivo identificar y elaborar diagnósticos de las necesidades de cuidado, para posteriormente informar a las personas sobre problemas específicos a través de acciones de promoción de la salud, medidas de prevención a nivel domiciliario o mediante ferias de la salud.

Los estudiantes consideran las prácticas comunitarias como un espacio donde cumplen los objetivos planteados porque realizan actividades importantes para su formación profesional, sin embargo, desestiman la reflexión crítica porque solo realizan labores de forma repetitiva (Hernández *et al*, 2013). En la presente investigación se encontró que los alumnos que diseñan los trípticos y rotafolios para informar a las personas sobre las medidas de prevención y atención a la salud sólo transcriben lo escrito en manuales o en otros textos, relegando el seguimiento de las necesidades de la

comunidad, así como el análisis de la etiología de los padecimientos encontrados en los habitantes de la región abordada.

Esta acción se repite en cada práctica comunitaria y seguirá presentándose mientras no se fomente el pensamiento crítico y la reflexión profunda de los contextos sociales que enferman a las personas con quienes los estudiantes practican sus conocimientos.

CONCLUSIONES

Las opiniones de los estudiantes respecto a las prácticas comunitarias evidencian deficiencias en la planeación académica y en la ejecución dentro de los espacios asignados, lo que dificulta el proceso de enseñanza aprendizaje porque son calificadas como improcedentes debido a las situaciones difíciles y las condiciones desfavorables durante su ejecución.

Los espacios extra muros elegidos como sitios para las prácticas deben ser adecuados a un patrón sistemático de calidad que considere variables como la seguridad de los alumnos, las facilidades para el transporte, el alojamiento y la alimentación en la zona, la factibilidad de realizar entrevistas, ejercicios, pláticas o campañas de concientización, así como la receptividad que tienen los habitantes hacia el estudiantado (pues habrá comunidades o colonias donde se les reciba mejor). Por su parte la planeación de las prácticas comunitarias debe obedecer a los nuevos paradigmas de la enseñanza de la disciplina, de su práctica, de sus consideraciones éticas y del proceso asistencial hacia la población objetivo.

A pesar de las deficiencias logísticas que pueden comprometer el desarrollo y amplio cumplimiento de los objetivos de las prácticas, del mismo modo en que se perjudica el imaginario de estos ejercicios dentro de las aulas, existen un par de consideraciones vertidas en esta investigación que rescatan la esencia social de las prácticas, con un potencial que de explotarse en su totalidad podría reforzar exponencialmente la vocación de servir y ayudar de los estudiantes, así como mejorar la opinión de las prácticas aún con sus deficiencias operativas.

La primera consideración es la satisfacción, que en el caso estudiado presentó una dicotomía que contrapone al ejercicio de la disciplina con la enseñanza de la misma: En las entrevistas algunos estudiantes mencionaron sentirse satisfechos con las prácticas

comunitarias, consideraron cumplidas sus expectativas porque les gustó trabajar fuera del aula y porque socializaron con las personas poniendo en práctica su formación humanista.

En sentido contrario hubo otros entrevistados que calificaron como insatisfactoria la práctica, ya que permanecían largos periodos inactivos porque las personas de la localidad no aceptaron las visitas de los estudiantes por desconfianza, e incluso les negaron abrir sus puertas; la inseguridad de los sitios, la falta de asesoría y supervisión de las instructoras, el miedo, el estrés y el sentir que no contaban con los conocimientos necesarios (principalmente los estudiantes de los primeros semestres) nutrieron esa insatisfacción.

Finalmente, la consideración mejor evaluada y que ontológicamente es importante para el proceso formativo de los estudiantes de enfermería fue la relacionada con el logro de objetivos. La investigación evidenció el desarrollo de habilidades y destrezas a partir de la vinculación del conocimiento teórico-práctico, se caracterizó a la comunidad mediante un recorrido y se detectaron las principales necesidades de salud de la población; al realizar las actividades programadas se ejercieron los cuidados de la enfermería comunitaria, adquiriendo experiencia en la aplicación del proceso enfermero al momento de detectar las necesidades de las personas y al realizar acciones de prevención y promoción a la salud con la finalidad, por lo menos discursiva y ética, de mejorar la calidad de vida de los habitantes de la comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Barrio I. M., Molina A., Sánchez C.M., Ayudarte, M.L. (2006). Ética de enfermería y nuevos retos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29 (3). doi: 10.4321/S1137-66272006000600005
- Camejo, R.A. y Rebolledo, D.M. (2013). Significados de la vinculación universidad-comunidad para los actores sociales involucrados en la cátedra Enfermería Comunitaria del Decanato de Ciencias de la Salud en la Universidad Centroccidental 'Lisandro Alvarado'. *Enfermería Global*, 12 (30), 135-155. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200007&lng=es
- Cardoso, F.A., Cordeiro, V.R., Barreto, D., De Caldas, B., Barreto, R.N., Silva, A.L., Boff de Sá, G., Fernandes de Souza, A.V. (2011). Capacitação de agentes comunitários de saúde: experiência de ensino e prática com alunos de Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64 (5), 968-973. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a26v64n5.pdf>

- De Souza, M.C. (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar Editorial. Recuperado de: <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v17.n2.6842>
- Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO). (2006). *Reglamento de prácticas de campo ENEO 2006*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Escuela Superior de Enfermería Culiacán. (2007). *Plan de estudios homologado de la Escuela Superior de Enfermería. Actualización 2007*. México: Universidad Autónoma de Sinaloa. Recuperado de <http://esem.maz.uasnet.mx/oferta-educativa/licenciatura-en-enfermeria/mapa-curricular/>
- García- Guzmán, L. F., (2016). Modelo de enfermería comunitaria. Una propuesta para el abordaje integral de la salud en Nicaragua. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*, 9 (1), 54-67. Recuperado de <https://www.enfermeria21.com/revistas/ridec/articulo/27123/modelo-de-enfermeria-comunitaria-una-propuesta-para-el-abordaje-integral-de-la-salud-en-nicaragua/>
- Henderson, V.A. (1991). *The nature of nursing. A definition and its implications for practice, research, and education. Reflections after 25 years*. New York: National League for Nursing Press.
- Hernández, A., Illesca, M., 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. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000100012&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Icart, M.T., Pulpón, A., Pedreny, R., Úbeda, I., Roca, R.M. (2003). Prácticas de Enfermería Comunitaria: evaluación de una muestra de enfermeras tutoras (curso 2001-02). *Educación Médica*, 6 (4), 143-148. Recuperado de <http://hdl.handle.net/2445/44148>
- Ildarabadi, E., Karimi, H., Heydari, A., Taghipour, A. (2013). The process of community health nursing clinical clerkship: A grounded theory. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 18 (6), 457-462. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3917128/>
- Kuri, E.E. (2013). Representaciones y significados en la relación espacio-sociedad: una reflexión teórica. *Sociológica*, 28 (78), 69-98. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/soc/v28n78/v28n78a3.pdf>
- Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- Laorden-Gutiérrez, C., Pérez-López, C. (2002). El espacio como elemento facilitador del aprendizaje. Una experiencia en la formación inicial del

- profesorado. *Pulso. Revista de Educación*, 25, 133-146. Recuperado de <https://revistas.cardenalcisneros.es/index.php/PULSO/article/view/26/14>
- Maciá-Soler, M. L., González-Chordá, V. M., Salas-Medina, P., Mena-Tudela, D., Cervera-Gasch, A., Orts Cortés, M. I. (2014). Level of involvement of clinical nurses in the evaluation of competence of nursing students. *Investigación y Educación en Enfermería*, 32 (3), 461-470. Recuperado de <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/20707/17375>
 - Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (3), 613-619. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a06.pdf>
 - Medina, J.L. (2005). *Deseo de cuidar y voluntad de poder. La enseñanza de la enfermería*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
 - Montesano, J.R. (2001). *Manual del protocolo de investigación: revisión bibliográfica; ejemplos de tesis y del artículo para su publicación*. México: Auroch.
 - Paranhos, V.D. y Mendes, M.R. (2010). Competency-based curriculum and active methodology: perceptions of nursing students. *Revista latino-americana de enfermagem*, 18 (1), 109-115. Recuperado de <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-545443>
 - Pardo, Y.Y. y González, M.M. (2007). Espacio y territorio en la práctica de enfermería comunitaria. *Aquichan*, 7 (2), 189-198. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74107209>
 - Paredes-Daza, J. D., Sanabria-Becerra, W.M. (2015). Ambientes de aprendizaje o ambientes educativos. Una reflexión ineludible. *Revista de Investigaciones UCM*, 15(25), 144-158. doi: <http://dx.doi.org/10.22383/ri.v15i1.39>
 - Schön, D. (1992). *La formación de profesionales reflexivos: hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Madrid: Paidós. Recuperado de <https://josegastiel.files.wordpress.com/2019/02/schc3b6n-la-formacion-de-profesionales-reflexivos-donald-schon.pdf>
 - Secretaría de Salud (2001). *Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México*. México D.F.: Autor. Recuperado de http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/codigo_etica.pdf
 - Silveira, S. y Carraro, T.E. (2012). Ser-aluno de enfermagem e a experiencia do cuidado: revisão integrativa. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 16 (33), 75-80. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/24155/1/CC_33_10.pdf

- Ulin, P. R., Robinson E. T., Tolley E. E. (2006). *Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos*. Washinton: OPS. Recuperado de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/729/9275316147.pdf>
- Zas, B. (2002). La satisfacción como indicador de excelencia en la calidad de los servicios de salud. *Revista Psicología Científica*, agosto 26, 541-560. Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-80-1-la-satisfaccion-como-indicador-de-excelenciaen-la-calidad-d.html>

TEORÍA Y MÉTODO

Percepción sobre bienestar espiritual en estudiantes de enfermería

Perception on spiritual well-being in nursing

Percepção do bem-estar espiritual nos estudantes de enfermagem

Reyna Ysmelia Peralta Gómez¹, Olga Janeth Gómez Ramírez² Gloria Mabel Carrillo González³

¹ Doctora en Enfermería. Profesora Principal Facultad de Enfermería Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa Perú. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6673-7513>. Correo electrónico: rypg@yahoo.com

² Doctora en Enfermería Profesora Asociada Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia. Orcid: Correo electrónico: : h□p://orcid.org/0000-0002-9160-4170 ojgomezr@unal.edu.co

³ Enfermera. Posgrado en cuidados oncológicos. Magister en Enfermería. Doctora en Enfermería. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4513-104X>; gmcarrillog@unal.edu.co

Correspondencia: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa: Arequipa, AREQUIPA, PE

Correo electrónico de contacto: rypg@yahoo.com

Para citar artículo: Peralta Gómez, R.Y., Gómez-Ramírez, O.J., & Carrillo-González, O.M. (2021). Percepción sobre bienestar espiritual en estudiantes de enfermería. *Cultura de los Cuidados*, 25(60). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.60.18>

Recibido:10/10/2020 Aceptado: 07/02/2021



RESUMEN

Introducción: Conocer las percepciones del Bienestar Espiritual en los estudiantes de Enfermería responde a la necesidad hacer visible los valores del cuidado humano desde el proceso de formación universitaria. **Objetivo:** Determinar el bienestar espiritual percibido por los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de San Agustín en Perú (Arequipa). **Método:** Estudio descriptivo de abordaje cuantitativo, en el que participaron 198 estudiantes de enfermería que cursaban prácticas de pregrado. Se utilizó el instrumento SHALOM, a partir de la propuesta de Fisher, y una ficha de caracterización. El análisis se realizó mediante estadística descriptiva con medidas de tendencia central y de dispersión e inferencial mediante comparación con pruebas no paramétricas. **Resultados:** los estudiantes en su mayoría del género femenino, estado civil soltero, con promedio de edad de 20,4 años, y predominio de formación por competencias presentan moderados niveles de bienestar espiritual en la categoría ideal para la salud espiritual, seguido por la de ayuda espiritual y la de cómo usted se siente. Se identifica además, diferencias significativas en la percepción que tiene el estudiante frente a las tres categorías y en los dominios personal, ambiental, comunal y trascendental. **Conclusiones:** Es determinante incluir el componente de espiritualidad y cuidado espiritual como elementos integradores a lo largo de la formación de enfermería. Se requiere fomentar una práctica de bienestar espiritual como elemento central del cuidado de enfermería

Palabras clave: espiritualidad, educación en enfermería, estudiantes de enfermería, atención de enfermería

ABSTRACT

Background: To know nursing students' perception of spiritual well-being respond to the need of make human care values visible, during the process of university training. **Objective:** To determine the participants' perceptions about spiritual well-being in a sample of students from the Faculty of nursing from Universidad Nacional de San Agustín (Arequipa, Perú) **Methods:** Descriptive quantitative study with a sample of 198 nursing students, who were doing clinical practice as part of their undergraduate training. The SHALOM instrument was used, accordingly with John Fisher's propositions, as well as characterization slip. The analysis was conducted by using descriptive, central tendency and dispersion statistics, as well as non-parametric tests for inferential analysis. **Results:** the majority of students were female, single marital status, with an average age of 20.4 years. Competency-based training predominated and moderate levels of spiritual well-being were observed on each of the following categories: spiritual health ideal, spiritual help and "how do you feel". Furthermore, statistically significant differences were observed between student's perception of each of the abovementioned categories in the personal, environmental, communal and transcendental domains. **Conclusions:** It is determinant to include spiritual component and spiritual caring as integrative elements throughout nursery school training. It highlights the need of promoting a spiritual well-being practice as the central element in nursing care.

Keywords: Spirituality, education, nursing, students nursing, nursing care

RESUMO

Introdução: Conhecer as percepções do bem-estar espiritual nos estudantes de Enfermagem responde à necessidade de tornar visíveis os valores dos cuidados humanos a partir do processo de formação universitária. **Objectivo:** Determinar o bem-estar espiritual percebido pelos estudantes da Faculdade de Enfermagem da Universidade Nacional de San Agustín no Peru (Arequipa). **Método:** Estudo descritivo da abordagem quantitativa, no qual participaram 198 estudantes de enfermagem que eram estudantes de graduação. O instrumento SHALOM, baseado na proposta de Fisher, e uma forma de caracterização foram utilizados. A análise foi realizada através da estatística descritiva com medidas de tendência central e de dispersão e inferencial através da comparação com testes não paramétricos. **Resultados:** os estudantes, na sua maioria do sexo feminino, solteiros, com uma idade média de 20,4 anos, e predominância da formação por competências apresentam níveis moderados de bem-estar espiritual na categoria ideal para a saúde espiritual, seguidos de ajuda espiritual e como se sente. São também identificadas, diferenças significativas na percepção que o estudante tem perante as três categorias e nos domínios pessoal, ambiental, comunitário e transcendental. **Conclusões:** É determinante incluir a componente de espiritualidade e cuidados espirituais como elementos integradores ao longo da educação de enfermagem. É necessário promover uma prática de bem-estar espiritual como elemento central dos cuidados de enfermagem.

Palavras-chave: espiritualidade, educação de enfermagem, estudantes de enfermagem, cuidados de enfermagem.

INTRODUCCIÓN

En el contexto de la práctica y la docencia de enfermería, se evidencia la necesidad de conocer aspectos relacionados con el bienestar espiritual, con el fin de que las comunidades académicas cuenten con herramientas que les permita hacer visibles los valores humanísticos del cuidado y particularmente los valores espirituales que son esenciales para las personas (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013). El cultivo de los valores espirituales que no son religiosos exclusivamente, son importantes en la formación de personas que se dedicarán a cuidar a otras con necesidades multidimensionales de cuidado en un contexto de salud y enfermedad (J. Fisher, Fisher, & John, 2010).

Son escasos los resultados de la evaluación del bienestar espiritual que permita determinar las dimensiones en las cuales se debe enfocar la formación de los principios y valores disciplinares que se ponen de manifiesto en la práctica profesional (Gomez & Fisher, 2003). De otro lado, la NANDA Internacional, diagnósticos y clasificación (NANDA International, 2013) (2009-2015) cuenta con los diagnósticos de sufrimiento espiritual y riesgo de sufrimiento espiritual definidos así: Sufrimiento espiritual: deterioro de la

capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza, u poder superior al propio yo; Riesgo de sufrimiento espiritual: riesgo de deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión de la persona con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza, y/o poder superior a uno mismo.

Ahora bien los vínculos de la enfermería con prácticas y creencias espirituales son muy estrechos. La espiritualidad es un elemento central del cuidado de enfermería que debe ser atendido con alta prioridad. El concepto de espiritualidad es abordado por las teorías de enfermería y a partir de este enfoque se encuentran hallazgos muy variados (Sánchez Herrera, 2004).

Fisher (J. W. Fisher, 2010) define el bienestar espiritual como “la armonía con la vida en una relación con Dios, consigo mismo, con la comunidad y el medio ambiente que fomenta y celebra la plenitud”. La salud espiritual es un estado dinámico del ser, mostrada por la medida en que la gente vive en bienestar dentro de las relaciones en los siguientes dominios: 1) Personal: en el que cada persona se relaciona consigo misma con respecto al significado, propósito y valores en la vida; 2) Comunal: como se muestra en la calidad y profundidad de las relaciones interpersonales, entre el yo y otros, con relación a la moral, la cultura y la religión. Estos se expresan en el amor, el perdón, la confianza, la esperanza y la fe en la humanidad. 3) Ambiental: más allá del cuidado y la crianza física y biológica, a un sentido de admiración y asombro, para algunos, la noción de unidad con el medio ambiente. 4) Trascendental: la relación del yo con algo o alguien más allá del nivel humano (es decir, la preocupación fundamental, la fuerza cósmica, la realidad trascendente o Dios).

Fisher (J. Fisher et al., 2010) propuso que las creencias de cada persona y la visión del mundo impactan en su comprensión y compromiso con la importancia de cada uno de estos dominios. Por lo tanto, es necesario tener una idea de la visión del mundo de una persona antes de tratar de "medir" su bienestar espiritual. Construyó el instrumento SHALOM, en el que cada persona se compara con ella misma como su estándar. No hay normas de grupo arbitrarias que se empleen para comparar o clasificar a las personas. La diferencia entre sus "ideales" y cómo se sienten («experiencia vivida») da una indicación de su Bienestar espiritual en cada uno de los cuatro dominios.

El acrónimo SHALOM revela dos componentes: el primero es medida de la Salud Espiritual por las siglas en inglés, Spiritual Health Assessment (SHA) y el segundo componente la medida de orientación de vida, en inglés, Life Orientation Measurement (LOM). El componente LOM muestra los "ideales" de las personas para la salud espiritual en cuatro conjuntos de relaciones o dominios: con el yo, con los demás, con el medio ambiente o con Dios. El componente SHA permite a las personas reflexionar sobre "la experiencia vivida / cómo sienten, cada frase refleja su experiencia personal."

El objetivo del estudio fue determinar el bienestar espiritual en cuatro dominios: personal, comunal, ambiental y trascendental, desde tres categorías ideal, experiencia vivida y ayuda en estudiantes de enfermería en la Universidad Nacional de San Agustín en Perú (Arequipa).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo exploratorio transversal. La población se consideró con el reporte del total de estudiantes inscritos en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de San Agustín en el año 2016. El muestreo fue intencional. Se consideraron como criterios de inclusión: 1) Estudiantes mayores de 18 años 2) Que estuvieran en práctica clínica o comunitaria. La captación de los estudiantes se realizó vía telefónica y a través de las sesiones de clase, obteniendo el consentimiento informado y entregando los cuestionarios para diligenciamiento. El tiempo promedio de aplicación de las escalas fue de 35 minutos.

Se diligenció una ficha de caracterización sociodemográfica, y el instrumento percepciones de bienestar espiritual SHALOM (J. Fisher et al., 2010), que operacionaliza el modelo de Fisher de la salud espiritual (J. Fisher & Brumley, 2008) consta de dos partes: La primera, incluye 20 ítems en escala likert de 1 (nada importante) a 5 (muy importante) que se agrupan en cuatro dominios (cada uno con 5 ítems) personal, comunal, ambiental y trascendental. A su vez cada ítem se explora desde 3 categorías ideal (lograr un estado ideal de salud espiritual) experiencia vivida (experiencia personal la mayor parte del tiempo) y ayuda (apoyo que espera recibir de su red para desarrollar los elementos de la vida). La segunda parte es una pregunta orientadora en la que se indaga hasta qué nivel contribuyen una serie de aspectos al bienestar espiritual, con calificación de 1 (muy poco) hasta 5 (muchísimo).

Para el estudio, los valores del alfa de Cronbach para el dominio personal fueron (0.82, 0.83, 0.86), para el dominio comunal (0.82, 0.80, 0.82), en el dominio ambiental (0.88, 0.86, 0.89) y en el dominio trascendental (0.88, 0.89, 0.88), estos resultados evidencian una alta consistencia interna, principalmente en los dominios trascendental y ambiental.

El análisis se llevó a cabo utilizando el paquete estadístico SPSS. Medidas de tendencia central y de dispersión fueron calculadas para determinar el bienestar espiritual por dominios y categorías; distribución de frecuencias y porcentajes se aplicaron en el perfil sociodemográfico. La comparación del bienestar espiritual por categorías se realizó a través de pruebas no paramétricas (Test Friedman) ante el no cumplimiento del supuesto de normalidad en los datos (Prueba de Kolmogorov Smirnov). Se obtuvo el aval de los Comités de Ética e Investigación institucionales.

RESULTADOS

Perfil de los estudiantes

Participaron 198 estudiantes que se encontraban cursando pregrado en la Facultad de Enfermería. La mayor parte de los estudiantes eran del género femenino y estado civil soltero, el promedio de edad de 20,4 años. 29,88% cursaban primer año, seguido por el 24,7% que estaba en segundo año, el 23,2% en tercer año, el 12,1% en cuarto año y el 10,1% en quinto año. Predomina la formación por competencias en el 89,4% de los casos. (Tabla 1)

Bienestar espiritual

El bienestar espiritual en la categoría ideal para la salud espiritual reportó niveles medios, un promedio de 81,4 (DS 11,5), seguido por la de ayuda espiritual (media 76,4) y la de cómo usted se siente (media 69,7). Se identifica además, diferencias significativas en la percepción que tiene el estudiante frente a las tres categorías y en los cuatro dominios. (p 0,00) (Tabla 2) (Figura 1)

Tabla 1. Perfil de los participantes del estudio.

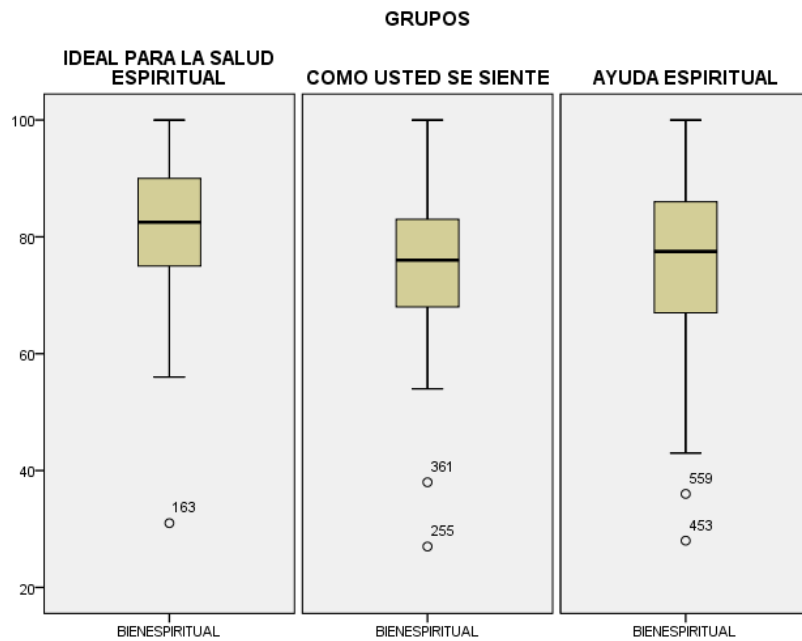
VARIABLE		N	%
Tipo de formación	Por objetivos	21	10,6
	Por competencias	177	89,4
Semestre en curso	1	59	29,8
	2	49	24,7
	3	46	23,2
	4	24	12,1
	5	20	10,1
Género	Mujer	182	91,9
	Hombre	16	8,1
Estado civil	Soltero (a)	197	99,5
	Casado (a)	1	,5
Edad	Mínimo	16,0	
	Máximo	28	
	Promedio	20,47	
	Desviación estándar (DS)	2,46	

Tabla 2. Bienestar espiritual por dominios y categoría.

CATEGORIA	IDEAL PARA LA SALUD ESPIRITUAL		COMO USTED SE SIENTE		AYUDA ESPIRITUAL		P valor
	Medi a	DS	Medi a	DS	Media	DS	
Bienestar espiritual global Posible 25 a 100	81,4	11,5	69,0	11,3	76,4	13,3	0,00*
Dominio personal Posible (5 a 25)	19,9	3,3	18,6	3,1	18,9	3,7	0,00*
Dominio comunal Posible (5 a 25)	19,8	3,3	18,8	3,1	18,6	3,7	0,00*
Dominio ambiental Posible (5 a 25)	20,4	3,4	19,1	3,6	19,2	3,8	0,00*
Dominio trascendental Posible (5 a 25)	21,2	3,1	19,9	3,2	19,8	3,6	0,00*

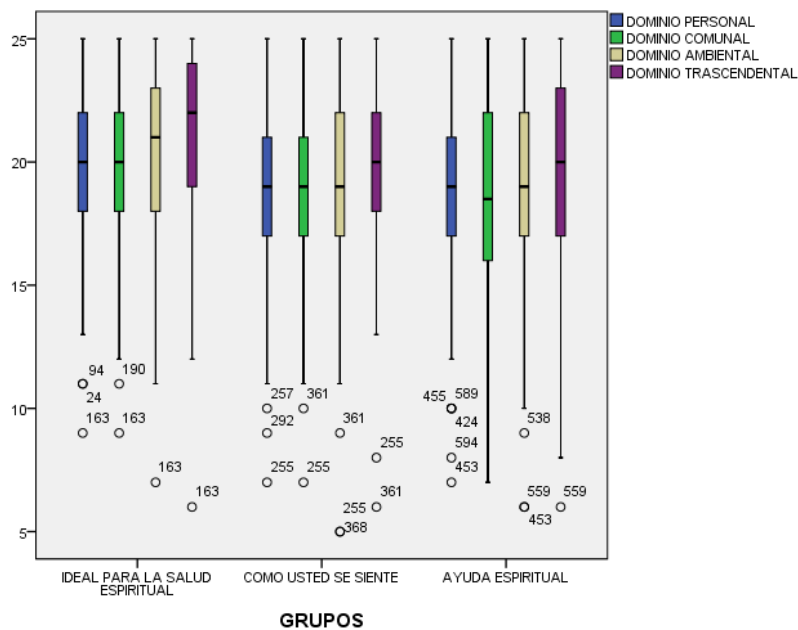
*p valor Nivel de significancia menor a 0.05

Figura 1. Diagramas de caja bienestar espiritual por categorías



En los dominios personal y ambiental la percepción tiende a presentar niveles moderados, siendo más alto en la categoría ideal para la salud, seguido por la de ayuda espiritual y la de cómo usted se siente respectivamente. En los dominios comunal y trascendental la percepción también tiende a presentar niveles moderados, siendo más alto en la categoría ideal para la salud, aunque es seguido por la categoría cómo usted se siente y ayuda espiritual respectivamente. (Figura 2)

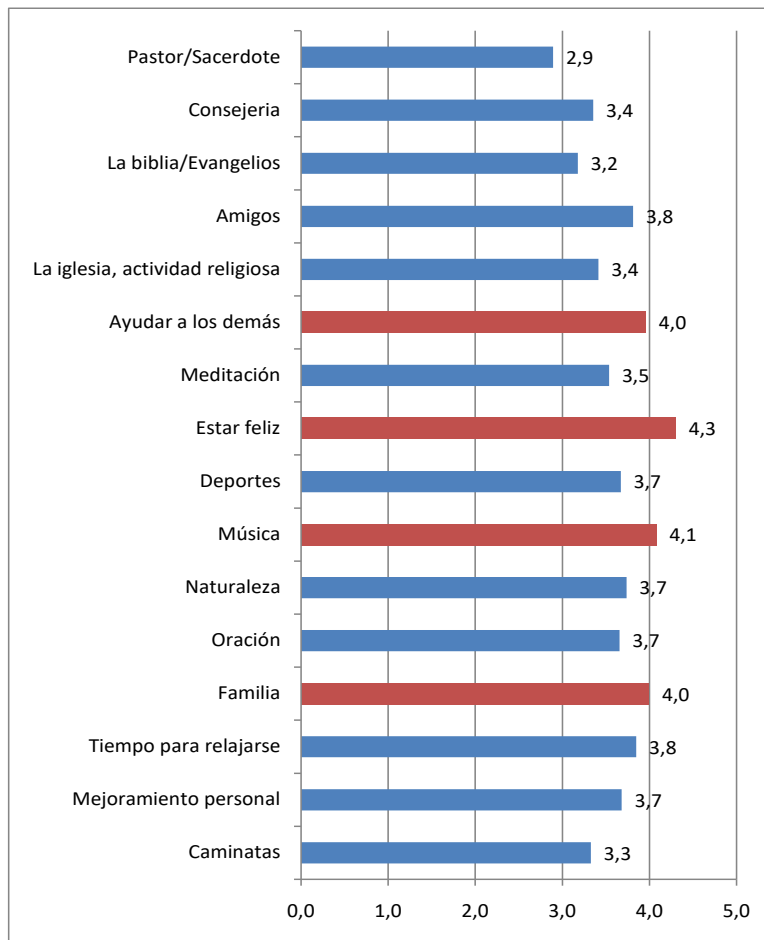
Figura 2. Diagrama de cajas por dominios y categorías Bienestar espiritual



Aspectos que contribuyen al bienestar espiritual

Los estudiantes señalan que los aspectos que más contribuyen a su bienestar espiritual son: el estar feliz seguido por la música, ayudar a los demás y la familia. Los elementos que menos aportan a su bienestar espiritual son: el contar con un pastor/sacerdote, la biblia y las caminatas respectivamente. (Figura 3)

Figura 3. Aspectos que contribuyen al bienestar espiritual estudiantes de enfermería



DISCUSION

Los hallazgos del estudio reflejan un rango moderado de bienestar espiritual de los estudiantes de enfermería en una región peruana, hallazgos similares a lo reportado en otros aunque emplearon herramientas de valoración diferentes (Cruz, Alshammari, Alotaibi, & Colet, 2017; Tiew, Creedy, & Chan, 2013). Es probable que esta percepción refleje la limitada capacitación profesional en espiritualidad y cuidado espiritual, así como la escasa atención prestada a estos conceptos en la educación de enfermería, y las diferentes perspectivas, creencias culturales y valores sobre la espiritualidad.

El bienestar espiritual de los estudiantes de pregrado se ubica en niveles medios, siendo más alta las percepciones de 'ideales' y en “ayuda espiritual que desea recibir” como resultantes de la salud espiritual y bienestar espiritual en cada uno de los cuatro dominios. Las creencias y la visión del mundo de cada persona afectan su comprensión con la importancia de cada uno de los cuatro dominios para la salud espiritual, en tal sentido es necesario tener una idea de la cosmovisión de una persona antes de intentar medir su bienestar espiritual. Cada persona se compara con ella misma como su estándar (J. Fisher et al., 2010).

Los estudiantes tienen una visión más alta sobre el ideal del bienestar espiritual, sin embargo son conscientes de su situación actual y de la necesidad de ayuda, como se observa en otros estudios (Cruz et al., 2017; Tiew et al., 2013). Se refleja la perspectiva multidimensional de la naturaleza espiritual que incluye puntos de vida humanísticos, existenciales y pragmáticos.

De la misma forma se refleja mayor percepción de bienestar espiritual y en los cuatro dominios en la categoría “ideal para la salud espiritual frente a la de “como usted se siente”, con diferencias estadísticamente significativas. Fischer (J. Fisher et al., 2010), define esta situación como disonancia espiritual: marcada diferencia entre las experiencias ideales y vividas en cualquiera de los cuatro dominios del bienestar espiritual. Hallazgos similares se han encontrado en estudiantes de secundaria (J. Fisher & Brumley, 2008), en enfermeras (J. Fisher & Brumley, 2008) y médicos de atención paliativa (Fisher, J.W.; Brumley, n.d.).

Ahora bien, la categoría de “ayuda espiritual”, plantea elementos orientadores en la formación de los estudiantes de enfermería, ya que los participantes puntúan la ayuda que esperan recibir de su grupo para desarrollar cada uno de los dominios/elementos de su bienestar espiritual. Pinedo y Jiménez (Pinedo et al., 2017) señalan que la falta de formación también impide un buen abordaje de la espiritualidad, una preparación inadecuada afecta de dos maneras diferentes a los profesionales de enfermería que atienden a sus pacientes, por un lado repercute en su propio bienestar por el trato continuo con la muerte generando sentimientos de angustia, miedo y sufrimiento, y por otro lado condiciona los cuidados del paciente. Se infiere la necesidad de consolidar grupos, cátedras y/o espacios para abordar el componente espiritual en los currículos. Sin embargo, estos espacios requieren un enfoque innovador con metodologías que faciliten

el reconocimiento del estudiante desde los cuatro dominios, como protagonistas del proceso, con alto sentido de reflexión y aprendizaje desde su experiencia.

Fisher (J. Fisher et al., 2010) indica que el dominio personal aborda la relación con uno mismo con respecto al significado, el propósito y los valores en la vida. Es el abordaje de la autoconciencia como fuerza motriz o aspecto trascendente del espíritu humano en su búsqueda de identidad y autoestima. Sánchez (Sánchez Herrera, 2004) señala que la dimensión personal de la espiritualidad aborda cuestionamientos de existencia individual. Se incluyen metas globales de bienestar y estatus, de crecimiento personal y de desarrollo y están vinculadas a la habilidad de experimentar y expresar la propia voluntad. Los estudiantes reconocen estos aspectos “ideales” en el dominio personal, frente a “como usted se siente”, hallazgos que ratifican la necesidad de explorar con el talento humano de enfermería en formación, la percepción frente a sí mismos, el significado que se atribuye a la vida y las tareas de crecimiento personal que requieren.

El dominio comunal, referido como calidad y profundidad de las relaciones interpersonales, entre sí y otros, relacionados con la moral, la cultura y la religión; y expresados por confianza, perdón, amor y fe en la humanidad, reporta al igual que el dominio personal mayor percepción en la categoría ideal frente a la de cómo se sienten. En comparación con los otros dominios, presenta los resultados más bajos de disonancia en los estudiantes de enfermería, por lo que se infiere el valor que le otorgan los estudiantes a las relaciones interpersonales que favorecen el trabajo en equipo y la convivencia en el ambiente universitario, lo cual está asociado con las características positivas del trabajo de enfermería en la práctica clínica. Estas relaciones interpersonales fortalecen el vínculo entre el paciente y la enfermera como elementos fundamentales para brindar un cuidado con calidad, se hace evidente entonces el vínculo entre la espiritualidad, los valores espirituales y el concepto de cuidado (Rudolfsson, Berggren, & da Silva, 2014).

El dominio ambiental presenta mayor disonancia entre lo que los estudiantes puntual de “ideal”, frente a “como se sienten”. Así mismo, es un dominio en el que los estudiantes refieren mayor necesidad de ayuda o apoyo para desarrollarlo a través de su grupo. Este dominio se relaciona con conexión con la naturaleza, armonía, y sentido de “magia” con el medio ambiente. Parker (Parker, 2001) afirma que el contexto ambiental es la totalidad de un hecho, de una situación o de las experiencias particulares que dan sentido a las expresiones, interpretaciones e interacciones sociales humanas en

determinados entornos físicos, ecológicos, sociopolíticos y/o culturales. En tal sentido, la dimensión espiritual puede estar interactuado de forma compleja con aspectos biológicos, psicosociales y ambientales. El factor espiritual desde este dominio ambiental puede ser fuente de una actitud particular y dar una sensación de respaldo especial que resulta terapéutica (Sánchez Herrera, 2004).

El dominio trascendental se asocia con la fe religiosa pero no se circunscribe únicamente a esta. Se interpreta como una relación del yo con alguien más allá del nivel humano. (Una fe hacia, adoración y adoración, la fuente del misterio del universo). Cuando se ve la espiritualidad como trascendencia, conexión a Dios o a un poder superior, ello genera esperanza (Coyle, 2002). Los hallazgos del estudio evidencian una alta disonancia entre el “ideal”, frente a “como se sienten”, siendo el dominio en el que los estudiantes refieren mayor necesidad de ayuda o apoyo para desarrollarlo a través de su grupo entre el ideal. El cuidado desde el componente espiritual es un concepto dinámico y subjetivo que muestra la característica única del cuidado e incorpora todos los aspectos (Sawatzky & Pesut, 2005). El cuidado de enfermería espiritual es una expresión intuitiva, interpersonal, altruista e integradora que depende de la conciencia de la enfermera sobre la dimensión trascendente de la vida, pero que refleja la experiencia de la realidad del paciente (Ramezani, Ahmadi, Mohammadi, & Kazemnejad, 2014). La espiritualidad, es pues, la esencia del cuidado y como tal implica el desarrollo de acciones para satisfacer las necesidades espirituales tanto del enfermero como del paciente y su familia.

Los estudiantes señalaron que el estar feliz, la música, ayudar a los demás y la familia son elementos que contribuyen a su bienestar espiritual. Aspectos que dan señales de las estrategias a ser abordadas en la formación durante el proceso educativo. Ramezani et al (Ramezani et al., 2014), indican que la atención espiritual incluye la presencia de curación, el uso terapéutico del yo, el sentido intuitivo, la exploración de la perspectiva espiritual, la intervención terapéutica centrada en el paciente, y la creación de un entorno de crecimiento espiritual.

Seale (Seale, 2010) y Simão et al, (Simão et al., 2017) indican que en términos del entorno de enseñanza y aprendizaje, los ejercicios reflexivos que se centran en las creencias/valores propios y en cómo estos impactan en la atención, pueden ser útiles para aumentar la conciencia de los estudiantes y los profesionales a la luz del impacto en las decisiones que se asumen en el tratamiento de los pacientes.

El estudio adelantado por Ross et al, (Ross et al., 2018) indica que son factores importantes identificados por los mismo estudiantes para aprender sobre la dimensión espiritual el cuidado, la reflexión sobre eventos de la vida personal a través de foros de discusión y encuentros grupales presenciales. Este estudio ofrece resultados interesantes sobre el bienestar espiritual en estudiantes de enfermería en Perú, siendo el primer referente a considerar en el contexto local, sin embargo presenta algunas limitaciones tales como la muestra a conveniencia y la aplicación en un solo centro de formación de enfermería que afectan la generalización de los hallazgos y requieren una cuidadosa interpretación de los resultados.

Futuros estudios deben explorar el fenómeno en un grupo mayor de estudiantes de enfermería que incluyan otras regiones de Perú y variables propias del contexto social, religioso y cultural que influyan en el bienestar espiritual. Se requiere además indagar la percepción de los profesores de enfermería y del talento humano en el rol laboral frente al bienestar espiritual desde los cuatro dominios y categorías con miras a consolidar la formación en salud y bienestar espiritual en los programas de enfermería con enfoques innovadores acordes con su naturaleza y perspectiva multidimensional.

CONCLUSIONES

Los estudiantes de enfermería en Perú reportan niveles moderados de bienestar espiritual, similar a lo identificado en otros estudios. Se encuentra disonancia en los cuatro dominios del bienestar espiritual entre la categoría “ideal” (mayor) y la de “cómo usted se siente” con diferencias estadísticamente significativas. La categoría de “ayuda desde grupos y redes” refleja una necesidad de desarrollar el bienestar espiritual en cada uno de los dominios personal, ambiental, comunal y trascendental, siendo este último el de mayor relevancia para los estudiantes.

Los hallazgos tienen implicaciones en la educación de enfermería, para incluir el componente de espiritualidad y cuidado espiritual como elementos integradores a lo largo de la formación. Se requiere fomentar una práctica de bienestar espiritual como elemento central del cuidado de enfermería, y consolidar un marco conceptual de enfermería holístico orientador de la educación.

BIBLIOGRAFÍA

- Coyle, J. (2002). Spirituality and health: towards a framework for exploring the relationship between spirituality and health. *Journal of Advanced Nursing*, 37(6), 589–597.
- Cruz, J. P., Alshammari, F., Alotaibi, K. A., & Colet, P. C. (2017). Spirituality and spiritual care perspectives among baccalaureate nursing students in Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 49, 156–162.
- Fawcett, J., & Desanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary nursing knowledge : analysis and evaluation of nursing models and theories*. (Third Edit). Philadelphia.:Davis Company
- Fisher, J.W., & Brumley, D. (2008). When it comes to spiritual well-being, palliative care doctors are different. At *Australian & New Zealand Society for Palliative Medicine Conference*, Darwin: Australia, 23-6.
- Fisher, J., & Brumley, D. (2008). Nurses' and carers' spiritual wellbeing in the workplace. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(4), 49–57.
- Fisher, J. (2010). Development and Application of a Spiritual Well-Being Questionnaire Called SHALOM. *Religions*, 1(1), 105–121.
- Fisher, J. (2010). *Spiritual Health: its Nature and Place in the School Curriculum*. Phd Thesis University of Melbourne. Melbourne: Ed.University of Melbourne.
- Gomez, R., & Fisher, J. (2003). Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 35(8), 1975–1991.
- NANDA International. (2013). *Diagnostico Enfermeros. Definiciones y clasificación 2012 - 2014*. Barcelona: Elsevier.
- Parker, M. (2001). *Nursing theories and nursing practice*. D. Company, Ed. Philadelphia.
- Pinedo, M., & Jimenez JC. (2017). Cuidados del personal de enfermería en la dimensión espiritual del paciente. Revisión sistemática. *Cultura de los cuidados*, 21, 110-18
- Ramezani, M., Ahmadi, F., Mohammadi, E., & Kazemnejad, A. (2014). Spiritual care in nursing: a concept analysis. *International Nursing Review*, 61(2), 211–219.

- Ross, L., McSherry, W., Giske, T., van Leeuwen, R., Schep-Akkerman, A., Koslander, T., & Jarvis, P. (2018). Nursing and midwifery students' perceptions of spirituality, spiritual care, and spiritual care competency: A prospective, longitudinal, correlational European study. *Nurse Education Today*, 67, 64–71.
- Rudolfsson, G., Berggren, I., & da Silva, A. B. (2014). Experiences of spirituality and spiritual values in the context of nursing - an integrative review. *The Open Nursing Journal*, 8, 64–70.
- Sánchez Herrera, B. (2004). Dimensión espiritual del cuidado en situaciones de cronicidad y muerte. *Aquichan*, 4, 6–9.
- Sawatzky, R., & Pesut, B. (2005). Attributes of Spiritual Care in Nursing Practice. *Journal of Holistic Nursing*, 23(1), 19–33.
- Seale, C. (2010). The role of doctors' religious faith and ethnicity in taking ethically controversial decisions during end-of-life care. *Journal of Medical Ethics*, 36(11), 677–682.
- Simão-Miranda, T.P., Monteiro, L.A., Carvalho, C. C., Cordeiro, L.A.M., Chaves, E.C.L., Leite, M.A.C. (2017). La dimensión espiritual en el cuidado de las personas con cáncer: una revisión integradora. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 21(47). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.47.02>
- Tiew, L. H., Creedy, D. K., & Chan, M. F. (2013). Student nurses' perspectives of spirituality and spiritual care. *Nurse Education Today*, 33(6), 574–579.

Adaptación al español y validación de la Escala de Continuidad de Vínculos (ECV) con el ser querido fallecido

Spanish adaptation and validation of the Continuig Bonds Scale (CBS) with the deceased loved one

Adaptação ao espanhol e validação da escala de continuidade de vínculos (ECV) com o amado falecido

Alfonso Miguel García Hernández¹, Pedro Ruymán Brito Brito², Martín Rodríguez Álvaro³, Domingo Ángel Gutiérrez Fernández⁴, Cristo Manuel Marrero González⁵, Carlos Enrique Martínez Alberto⁶, Daniel Martínez Esquivel⁷

¹Enfermero. Doctor. Profesor Titular en el Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Responsable y Miembro del Grupo de Investigación Cuidados al Final de la Vida (CUFINVIDA). Universidad de La Laguna, Tenerife (España). Orcid:<https://orcid.org/0000-0002-2838-8735>. Correo electrónico: almigar@ull.edu.es

²Enfermero. Doctor. Profesor Asociado en el Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Miembro del Grupo de Investigación Cuidados al Final de la Vida (CUFINVIDA), Universidad de La Laguna, Tenerife (España). Orcid:<https://orcid.org/0000-0002-8048-9701>. Correo electrónico: pbritobr@ull.edu.es

³Enfermero. Doctor. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. Servicio Canario de Salud. Miembro del Grupo de Investigación Cuidados al Final de la Vida(CUFINVIDA), Universidad de La Laguna, Tenerife(España). Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7129-0912>. Correo electrónico: mrodrigu@ull.edu.es

⁴Enfermero. Doctor. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. Servicio Canario de Salud. Miembro del Grupo de Investigación Cuidados al Final de la Vida (CUFINVIDA), Universidad de La Laguna, Tenerife(España). Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9151-6579>. Correo electrónico: dferguts@gobiernodecanarias.org

⁵Enfermero. Doctor. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. Servicio Canario de Salud. Miembro del Grupo de Investigación Cuidados al Final de la Vida (CUFINVIDA), Universidad de La Laguna, Tenerife (España). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6202-2411>. Correo electrónico: cmmarrerogonzalez@gmail.com

⁶Enfermero Doctor. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. Servicio Canario de la Salud. Miembro del Grupo de Investigación Cuidados al Final de la Vida (CUFINVIDA), Universidad de La Laguna, Tenerife (España). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0252-5308>. Correo electrónico: cmaralbp@gobiernodecanarias.org

⁷Enfermero. Estudiante del Programa de Doctorado en Ciencias Médicas y Farmacéuticas, Desarrollo y Calidad de Vida de la Universidad de La Laguna. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1171-9278>. Correo electrónico: daniel.martinezesquivel@ucr.ac.cr

Correspondencia: Alfonso M. García Hernández. C/ Sta. María Soledad, s/n. Facultad de Ciencias de la Salud. Sección de Enfermería y Fisioterapia. Apartado 456. Código postal 38200. San Cristóbal de La Laguna. S/C de Tenerife

Correo electrónico de contacto: almigar@ull.edu.es

Para citar artículo: García-Hernández, A.M., Brito-Brito, P.R., Rodríguez-Álvaro, M., Gutiérrez-Fernández, D.A., Marrero-González, C.M., Martínez Alberto, C.E., & Martínez Esquivel, D. (2021).. Adaptación al español y validación de la Escala de Continuidad de Vínculos (ECV) con el ser querido fallecido. *Cultura de los Cuidados*, 25(60). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.60.19>

Recibido:20/12//2021 Aceptado: 17/04/2021



RESUMEN

Este estudio presenta la validación española de la Escala de Continuidad de Vínculos (ECV) compuesta por dos dimensiones: Interiorizada (10 ítems) y exteriorizada (6 ítems). Primero se realizó la traducción-retrotraducción. En la puesta a prueba participaron 255 dolientes de Canarias (España) quienes respondieron mediante encuesta (febrero-marzo 2021). Perfil: mujeres, mediana edad, estudios superiores, laboralmente activas, tiempo desde la pérdida de 2-5 años y parentesco más común, progenitores. La consistencia interna arrojó un α de Cronbach=0,914 y correlaciones ítems-puntuación total aceptables, en rangos 0,478-0,720. En fiabilidad test-retest las puntuaciones de acuerdo fueron excelentes (CCI=0,889; 0,795-0,940). En validación convergente, una correlación con la *Escala de inclusión del otro en el yo* de $r_s=-0,402$ ($p<0,001$), nivel adecuado. Para la validez de constructo concurrente las puntuaciones totales se correlacionaron con variables sumatorias de duelo prolongado de Prigerson y diagnósticos enfermeros NANDA-I: $r_s=0,568$, $r_s=0,391$, $r_s=0,408$, y $r_s=0,446$ ($p<0,001$). El análisis factorial confirmó dos dimensiones y la varianza total explicada fue 57,153%. Por último, la validez de grupos conocidos mostró diferencias según sexo, parentesco y causa de muerte. La ECV adaptada y validada al contexto español, ECoVin, resulta un instrumento válido, fiable y fácil de usar para evaluar la continuidad de vínculos con seres queridos fallecidos.

Palabras clave: Duelo; encuestas y cuestionarios; estudio de validación; escala de continuidad de vínculos; diagnóstico de enfermería.

ABSTRACT

This study presents the Spanish validation of the Continuing Bonds Scale (CBS) composed of two dimensions: Internalised (10 items) and externalised (6 items). First, translation-retro translation was carried out. A total of 255 mourners from the Canary Islands (Spain) participated in the test and responded through a survey (February-March 2021). Profile: women, middle-aged, higher education, active at work, time since loss 2-5 years and most common relationship, parents. Internal consistency yielded a Cronbach's $\alpha=0.914$ and good item-total score correlations, ranging 0.478-0.720. In test-retest reliability, agreement scores were excellent (ICC=0.889; 0.795-0.940). In convergent validation, a correlation with the *Inclusion of the Other in the Self (IOS)* scale of $r_s=-0.402$ ($p<0.001$) was adequate. For concurrent construct validity total scores correlated with summative variables of Prigerson prolonged grief and NANDA-I nursing diagnoses: $r_s=0.568$, $r_s=0.391$, $r_s=0.408$, and $r_s=0.446$ ($p<0.001$). Factor analysis confirmed two dimensions, and the total variance explained was 57.153%. Finally, known-group validity showed differences according to sex, kinship and cause of death. The CBS adapted and validated to the Spanish context, ECoVin, is a valid, reliable and easy-to-use instrument to assess the continuity of bonds with deceased loved ones.

Keywords: Grief; surveys and questionnaires; validation study; continuing bonds scale; nursing diagnosis.

RESUMO

Este estudo apresenta a validação espanhola da Escala de Continuidade de Vínculos (ECV) composta por duas dimensões: internalizada (10 itens) e externalizada (6 itens). A tradução-retrotradução foi realizada primeiro. 255 enlutados das Ilhas Canárias (Espanha) participaram do teste e responderam por meio de um inquérito (fevereiro-março de 2021). Perfil: mulheres, meia-idade, ensino superior, trabalho ativo, tempo desde a perda de 2-5 anos e relacionamento mais comum, pais. A consistência interna rendeu α de Cronbach = 0,914 e correlações item-pontuação total aceitáveis, em intervalos de 0,478-0,720. Na confiabilidade teste-reteste, os escores de concordância foram excelentes (ICC = 0,889; 0,795-0,940). Na validação convergente, correlação com a Escala de inclusão do outro no self de $r_s=-0,402$ ($p <0,001$), nível adequado. Para a validade de construto concorrente, os escores totais foram correlacionados com as variáveis de soma do luto prolongado de Prigerson e os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: $r_s=0,568$, $r_s=0,391$, $r_s=0,408$ e $r_s=0,446$ ($p <0,001$). A análise fatorial confirmou duas dimensões e a variância total explicada foi de 57,153%. Por fim, a validade dos grupos conhecidos mostrou diferenças quanto ao sexo, parentesco e causa da morte. O ECV adaptado e validado para o contexto espanhol, ECoVin, é um instrumento válido, confiável e fácil de usar para avaliar a continuidade dos laços com amados falecidos.

Palavras-chave: Luto; inquéritos e questionários; estudo de validação; escala de continuidade de vínculos; diagnóstico de enfermagem.

INTRODUCCIÓN

La continuidad de vínculos aparece por primera vez como un concepto asociado al duelo en 1996 y fue incorporado por Klass, Silverman y Nickman. Bajo este enfoque la pérdida se entiende desde una perspectiva diferente a como se propone en los modelos clásicos de comprensión del duelo en los cuales se “dejaba ir” al difunto. Durante el siglo XX, se entendía que el duelo sano requería que los dolientes se separasen emocionalmente del ser querido fallecido, teoría apoyada por la obra de Freud (1917).

Más recientemente, ya en el siglo XXI y como consecuencia de nuevos modelos de comprensión del duelo, se afirma que éste no desaparece, sino que supone un periodo complejo en la vida normal de las personas lleno de cambios y en el cual los dolientes transitan hacia nuevas formas de relacionarse con quienes ya no están, consigo mismos y con el mundo que les rodea (Bruner, 1986). No están del todo claras las relaciones entre el mantenimiento de los vínculos con la persona fallecida y el desarrollo de un duelo no adaptativo, existiendo nuevas teorías contemporáneas que hacen propuestas para su análisis (Stroebe, Schut & Boerner, 2010). Continuar conectados con nuestros muertos no significa vivir en el pasado, sino que la naturaleza misma de la vida cotidiana cambia con la propia muerte de un ser querido. Los vínculos cambian a lo largo del tiempo mientras que la conexión se mantiene y debe ser legitimada por las redes de apoyo del doliente.

La clasificación de diagnósticos enfermeros de NANDA-I, en su undécima edición 2018-2020 (Herdman & Kamitsuru, 2019), incluía tres tipos de diagnósticos de duelo: *Duelo*, *Riesgo de duelo complicado* y *Duelo complicado*. Además, como característica definitoria del primero de ellos se reconocía el hecho de “mantener una conexión con el fallecido” lo cual va en la línea argumentada respecto a la continuidad de vínculos en los procesos de duelo. En una edición más reciente, 2021-2023 (Herdman, Kamitsuru & Takáo, 2021), la tipología y denominación de estos diagnósticos de duelo ha sido revisada y actualizada, quedando del siguiente modo: *Disposición para mejorar el duelo*, *Riesgo de duelo no adaptativo* y *Duelo no adaptativo*. Los autores argumentan que el proceso de duelo no cumple con la definición de NANDA-I para los diagnósticos focalizados en problemas (Rodríguez, García, & Brito, 2020) tratándose de una respuesta humana natural ante un suceso vital como es la pérdida de un ser querido. No obstante, y según exponen, esto no significa que las enfermeras no ofrezcan soporte a las personas que viven un proceso de duelo ya que éstas podrían expresar su deseo de mejorar dicha

experiencia. Es por ello por lo que la nueva taxonomía diagnóstica incluye el enunciado *Disposición para mejorar el duelo* en lugar de *Duelo*.

Existen instrumentos validados que permiten medir el grado en que los dolientes se mantienen conectados con sus seres queridos fallecidos. Ello nos permite estudiar su relación con el desarrollo de duelos no adaptativos. La Escala de Continuidad de Vínculos (ECV) (Field, Gal-Oz, & Bonanno, 2003) se construye como continuación de un estudio previo cuyo objetivo era desarrollar una herramienta válida y fiable para valorar el mantenimiento de esta conexión (Field, Nichols, Holen, & Horowitz, 1999). La versión validada por Field y Filanosky (2010) ha sido traducida y adaptada al chino (Mei, Jie, & Kan, 2015) al italiano (De Luca et al., 2016) y al portugués (Albuquerque, Narciso, & Pereira, 2019). No obstante, no disponemos de una adaptación y validación de dicha escala para ser utilizada en el contexto del idioma español.

El objetivo de este estudio consiste en adaptar al español la ECV y evaluar propiedades psicométricas de validez y fiabilidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño

Estudio de adaptación y validación al contexto español de la ECV con análisis de sus propiedades psicométricas bajo el marco de teoría clásica de los test.

Muestra y procedimiento de obtención de datos

Participaron 255 personas en duelo que respondieron al cuaderno de recogida de datos, tras dar su consentimiento informado, vía internet a través de una encuesta *en línea* realizada en Google Forms® entre el 24 de febrero y el 23 de marzo de 2021. El equipo investigador reclutó un muestreo por conveniencia tras enviar a los potenciales participantes, procedentes de toda la comunidad autónoma de Canarias, una carta de presentación explicando las características del estudio, su propósito y solicitando la colaboración. Los criterios de inclusión consistieron en ser mayor de edad, residente en Canarias, tener el español como lengua materna y haber vivido la pérdida de un ser querido, independientemente del tiempo transcurrido.

Para calcular el tamaño de muestra necesario, se utilizó la regla clásica de Nunnally y Bernstein (1994) que recomienda una proporción de 10 sujetos por cada ítem componente del instrumento a validar. Además, se suele recomendar, para la validación de instrumentos de medida de la salud, un tamaño de muestra superior a 200 sujetos (Kline, 1994). Dado que la ECV tiene 16 ítems, compuestos por cuatro opciones de respuesta cada uno, el tamaño mínimo adecuado sería de 160 sujetos, que fue ampliado para alcanzar la cifra recomendada de 200. En muestras mayores el error de muestreo es menor y por ello se intentó reclutar tantos pacientes como fuera posible (MacCallum, Widaman, Zhang, & Hong, 1999).

Para valorar la fiabilidad test-retest se empleó una submuestra conformada por 43 participantes que aceptaron continuar en el estudio. A estos sujetos se les envió de nuevo, vía correo electrónico y dos semanas después, la ECV que cumplieron utilizando el mismo código anonimizado con el que registraron el cuaderno inicial de recogida de datos.

Las características de la muestra final se presentan en la Tabla 1. Los participantes fueron mayoritariamente mujeres, de mediana edad, procedentes de las islas capitalinas, con niveles de estudios superiores y en situación laboral activa. El tiempo sucedido desde la pérdida fue entre 2 y 5 años para casi uno de cada tres encuestados y el grado de parentesco más común de la persona fallecida fue el de padre o madre.

Para obtener la versión adaptada al español de la ECV se llevó a cabo un proceso de traducción-retrotraducción (Maneesriwongul & Dixon, 2004). La ECV en su versión original de 16 ítems (Field & Filanosky, 2010) es un cuestionario autoadministrado que evalúa el grado de conexión que mantiene una persona con un ser querido tras su muerte. Las opciones de respuesta para cada enunciado son de tipo Likert, entre 1 y 4 puntos: 1- Para nada; 2-A veces; 3-A menudo; 4-Constantemente. Las puntuaciones más altas indican una mayor continuidad de vínculos con el fallecido. Además, la ECV se conforma por dos dimensiones o factores: Interiorizados y exteriorizados. La primera dimensión se compone de diez ítems y se refiere a una relación en la que el doliente aún siente a su ser querido como parte de su vida, proporcionándole una base de seguridad interior, guía o refugio. Esta dimensión, interiorizada, podría reflejar la elaboración de un proceso adaptativo de duelo. La segunda dimensión o factor, exteriorizada, tiene seis ítems e incluye expresiones referidas a momentos ilusorios asociados al ser querido fallecido como si estuviera todavía vivo, y percibiéndose incluso su presencia, el contacto físico o

manteniendo las conversaciones. Esta dimensión estaría relacionada con un proceso de duelo no resuelto o no adaptativo.

Variables e instrumentos.

Sociodemográficas y de salud.

Para describir a los participantes de la investigación se usaron las siguientes variables: Sexo, edad, lugar de residencia, estudios, situación laboral, padecimiento de enfermedad física o de algún problema de salud mental en tratamiento.

Relacionadas con la pérdida.

Los datos recolectados que tenían relación con la pérdida del ser querido fallecido fueron: Si era cuidador de la persona fallecida, dependencia económica, conflictos por resolver, ayuda para superar la pérdida, parentesco y edad del fallecido, tiempo desde que sucedió la muerte, causa, percepción de superación, nivel de comunicación habitual con los demás y vivencia de otras pérdidas significativas.

Escala de inclusión del otro en el yo.

Esta escala (Aron, Aron, & Smollan, 1992) evalúa la cercanía percibida por el doliente con su ser querido fallecido en función de la relación personal mantenida entre ambos. Para ello, se utilizan siete imágenes con dos círculos contiguos cada una (de más cerca a más lejos) en las que uno de los círculos representa al “yo” y el otro a la otra persona, en este caso al fallecido. Así, la imagen 1 representa ambos círculos con gran solapamiento entre sí (mayor cercanía/inclusión) mientras que la imagen 7 representa la separación de dichos círculos (menor cercanía/inclusión).

Criterios de Duelo Prolongado.

Los criterios de duelo prolongado desarrollados por Prigerson et al. (1999) y Prigerson y Jacobs (2001) fueron adaptados al español por García et al. (2002) y se conforman por cuatro bloques que valoran la existencia de síntomas y su evolución:

5. Criterio A. Estrés por la separación afectiva que lleva la muerte. Presentación diaria o en grado acusado de tres de cuatro síntomas: Pensamientos intrusivos acerca del fallecido, añoranza, búsqueda y/o sentimientos de soledad.
6. Criterio B. Estrés por el trauma psíquico de la muerte. Presentación diaria o en grado acusado de cuatro de los ocho síntomas: Falta de metas, sensación de

frialidad/indiferencia, dificultad para aceptar la realidad de la muerte, sentimientos de vida vacía, sentimientos de que ha muerto parte de uno mismo, asunción de síntomas/conductas perjudiciales, excesiva irritabilidad y/o alteraciones en el modo de ver el mundo.

7. Criterio C. Cronología de al menos seis meses.
8. Criterio D. Deterioro importante de la vida social, laboral a causa del fallecimiento.

En este estudio se evaluó la presencia de cada uno de los síntomas de los criterios A y B, así como los aspectos contemplados en los criterios C y D. Se conformó una variable sumatoria de toda la sintomatología asociada a los criterios de duelo prolongado según Prigerson y una variable dicotómica de su presencia/ausencia cuando se cumplían los cuatro criterios.

Diagnósticos enfermeros de duelo.

La clasificación de NANDA-I (Herdman, Kamitsuru & Takáo, 2021) cuenta con, como se mencionó anteriormente, los diagnósticos enfermeros *Disposición para mejorar el duelo*, *Riesgo de duelo no adaptativo* y *Duelo no adaptativo*. Estos enunciados fueron incluidos como variables a estudio, preguntando a los participantes por la percepción de los síntomas/componentes presentes en su proceso de duelo y correspondientes a dichos diagnósticos: características definitorias (CD) y/o factores de riesgo. De este modo, en el caso de *Disposición para mejorar el duelo* se preguntó por la presencia de CD entre las 19 posibles que incluye este diagnóstico enfermero. Para *Riesgo de duelo no adaptativo* se valoró la frecuencia en que aparecía alguno de sus factores de riesgo, entre los 5 posibles. Por último, se consideró la presencia de CD del *Duelo no adaptativo*, que cuenta con un total de hasta 26 manifestaciones clínicas.

Para la asignación diagnóstica se consideró la presencia de al menos dos CD o factores de riesgo, tal y como proponen Herdman y Kamitsuru (2015). Cuando se identificó el diagnóstico enfermero *Duelo no adaptativo* no se asignaba el problema de riesgo. En cambio, sí se consideró la presencia de *Disposición para mejorar el duelo* independientemente de que existiera o no el *Duelo no adaptativo*. Con todo ello se generaron variables secundarias, por un lado, sumatorias de las CD y/o factores de riesgo presentes, y por el otro, dicotómicas de presencia/ausencia de los tres diagnósticos enfermeros posibles, teniendo en cuenta que, como máximo, la asignación podría ser de dos enunciados para cada participante.

Análisis de datos

El test de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors se utilizó para valorar la normalidad en la distribución de las variables. Para determinar el perfil de la muestra participante y la distribución de puntuaciones se usaron estadísticos descriptivos: Para las variables cualitativas, frecuencias y porcentajes, y para las cuantitativas, media y desviación estándar (DE) o mediana y percentiles (5-95) según su distribución.

La fiabilidad del instrumento se determinó analizando su consistencia interna, mediante el cálculo del alfa de Cronbach (α) y la correlación ítem-puntuación total si se elimina el elemento, y su estabilidad con las pruebas test-retest. Se tomaron como buenos valores de consistencia interna las puntuaciones del α de Cronbach superiores a 0,8. Además, estos valores se calcularon al eliminar cada ítem por separado, de cara a analizar el grado en que cada uno modificaba la fiabilidad de la escala (Carretero-Dios & Pérez, 2005). Las correlaciones medias entre elementos deberían estar en valores entre 0,15 y 0,50 y las correlaciones ítem-total corregidas, por encima de 0,30 (Clark & Watson, 1995). La estabilidad de las respuestas dadas por los participantes a la ECV fue valorada mediante la correlación de las puntuaciones totales e individuales a cada ítem, obtenidas por la administración inicial del instrumento y las consecutivas, dos semanas después, utilizando los coeficientes de correlación intraclases (CCI) (Anastasi, 1976). Se consideró una adecuada reproducibilidad del cuestionario si los valores de CCI obtenidos eran iguales o mayores a 0,70 (Nunnally & Bernstein, 1994).

La validez de la escala se midió en términos de validez de criterio convergente, validez de constructo (concurrente y análisis factorial) y validez de grupos conocidos. La validez de criterio convergente se valoró mediante las puntuaciones totales y parciales, según dimensiones, de la ECV y su grado de correlación con las puntuaciones de la *Escala de inclusión del otro en el yo*, empleando los coeficientes rho de Spearman. Valores de dichos coeficientes $r_s \geq 0,8$ indican una correlación muy fuerte, $r_s = 0,6-0,8$ indica correlación moderada, $r_s = 0,3-0,6$ indica correlación justa o suficiente, y $r_s \leq 0,3$ indica una correlación pobre (Chan, 2003). La validez de constructo concurrente se probó, utilizando los mismos estadísticos descritos anteriormente, mediante la correlación de las puntuaciones totales de la ECV y los sumatorios de síntomas de duelo prolongado o no adaptativo, según criterios de Prigerson y los componentes (CD o factores de riesgo) de

los diagnósticos enfermeros. Valores de, al menos, 0,30-0,40 fueron considerados como indicativos de buena validez concurrente (Nunnally & Bernstein, 1994). Además, para la validez de constructo se realizó un análisis factorial de componentes principales (AFCP) con rotación varimax. De forma previa, se evaluó la viabilidad de los datos mediante la prueba de esfericidad de Bartlett y la de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para comprobar, a posteriori, si los ítems de la ECV cargaban hacia los mismos factores componentes de la escala en su versión original conformada por dos dimensiones. La validez de grupos conocidos se evaluó dividiendo la muestra en dos grupos en relación con las variables siguientes: Sexo, parentesco del ser querido fallecido y causa de la muerte. Así, se comprobó si existían diferencias de puntuaciones en la ECV: Entre hombres y mujeres; entre aquellos que habían perdido a su pareja o hijo frente al resto de parentescos; y quienes sufrieron una pérdida relacionada con enfermedad crónica del ser querido frente a otros motivos no esperados o imprevistos (enfermedad aguda, cáncer, pérdida perinatal, accidente, suicidio, homicidio). Las puntuaciones de la ECV se compararon, entre los diferentes grupos mencionados, utilizando la prueba U de Mann-Whitney. Las hipótesis previas eran que las mujeres participantes en el estudio, aquellos que habían vivido la muerte de la pareja o un hijo, y quienes habían experimentado la pérdida de forma imprevista, tendrían puntuaciones más altas en la ECV y/o en alguna de sus dimensiones. La comprobación de estas hipótesis permitiría establecer evidencias de una buena validez de grupos conocidos.

Todos los análisis fueron procesados con ayuda del programa estadístico SPSS 25.0 (IBM, Chicago, IL) y a niveles de significación $p < 0,05$.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación y de Bienestar Animal de la Universidad de La Laguna (CEIBA2021-0454). Todos los participantes dieron su consentimiento tras ser informados de los propósitos del estudio y sus características, así como del tratamiento confidencial que recibirían sus datos personales. Se asignó un código alfanumérico que solo los investigadores conocían, según la isla de procedencia y el orden de recepción. Dicho código sería reutilizado para las pruebas test-retest en aquellos casos que aceptaron continuar participando en la investigación. Todos

los participantes lo hicieron de forma totalmente voluntaria y libres de abandonar el estudio cuando así lo considerasen sin necesidad de justificación.

RESULTADOS

Traducción y retrotraducción de la ECV.

La traducción de la escala original, del inglés al español, fue realizada por un traductor profesional especializado y nativo de español. El equipo de investigación revisó y validó la versión tentativa inicial de la ECV en español, que, a posteriori, sería la versión definitiva. Posteriormente, dicha traducción fue retrotraducida de nuevo al inglés por parte de una traductora profesional experta y nativa de habla inglesa, quien desconocía el contexto de aplicación de la escala y su finalidad. La versión retrotraducida fue revisada y validada nuevamente por el equipo de investigadores. La versión en español fue probada, en términos de comprensión y forma, en una muestra pequeña para, posteriormente, ser sometida al proceso de validación. La traducción y retrotraducción de la ECV se presentan en la Tabla 2.

Distribución de las puntuaciones.

En la Tabla 3 se describen los estadísticos de distribución de las puntuaciones para la ECV. La media obtenida para los ítems oscila en un rango entre 1,15 y 3,16 puntos (con puntuaciones de 1 a 4, según la escala de respuestas de tipo Likert). Con respecto al total de puntuación de la escala, la media es de 32,34(DE=9,085) puntos, en un rango entre 16 (mínima puntuación posible) y 64 puntos (máxima puntuación posible). Además, se observó una media de 2,83(DE=1,942) puntos en la *Escala de inclusión del otro en el yo* lo cual representa mayor cercanía percibida con el fallecido por parte de los dolientes. Un 3,9% de la muestra (n=10) cumplía los cuatro criterios de duelo prolongado de Prigerson, siendo la media de síntomas de 3,19(DE=2,923) con un máximo de catorce posibles. En relación con los diagnósticos enfermeros de duelo: La media de CD para *Disposición para mejorar el duelo* fue de 4,28(DE=4,118) entre 19 CD posibles. Este diagnóstico fue asignado al 64,3% de la muestra participante (n=164). La media de factores de riesgo en el diagnóstico *Riesgo de duelo no adaptativo* fue de 0,66(DE=0,954) asignándose este problema potencial en un solo caso. Por último, la media de CD para el

Duelo no adaptativo fue de 3,47 (DE=4,244) y el problema se asignó al 55,3% (n=141) de dolientes.

Fiabilidad

Consistencia interna.

La Tabla 3 muestra los resultados de las pruebas de consistencia interna realizadas al instrumento. El valor global de α de Cronbach para la ECV fue de 0,914, indicando un nivel excelente de consistencia interna según George y Mallery (2003). Además, ninguno de los ítems, al ser eliminado de la escala producía un incremento en el valor de α de Cronbach. Con respecto a las correlaciones entre los ítems y la puntuación total, los valores obtenidos fueron aceptables, en un rango entre 0,478-0,720.

Fiabilidad test-retest.

En la Tabla 3 se presentan los resultados de las pruebas test-retest para cada ítem y para el total de la ECV. Las puntuaciones de acuerdo para el total de la ECV son excelentes entre ambas administraciones del instrumento, separadas por un periodo de dos semanas (CCI=0,889; 0,795-0,940; $p<0,001$). De forma individual, los ítems alcanzaron grados de acuerdo adecuados o excelentes, a nivel general, excepto en los casos de los ítems 11 y 12, en los cuales se obtuvieron bajas puntuaciones.

Validez de criterio

Validación convergente.

La correlación entre las puntuaciones totales de la ECV y la *Escala de inclusión del otro en el yo* obtuvo un valor $r_s=-0,402$ ($p<0,001$), lo que indica un nivel justo o suficiente. La asociación es inversa dado que mayores puntuaciones en la ECV significa mayor conexión con el fallecido mientras que este aspecto se evalúa en la *Escala de inclusión del otro en el yo* con puntuaciones menores (entre 1-7). Las correlaciones entre la puntuación de esta escala y las puntuaciones, por separado, de las dos dimensiones de la ECV, interiorizada y exteriorizada, obtuvieron valores de $r_s=-0,396$ y $r_s=-0,239$, respectivamente ($p<0,001$). Esto indica una fuerza de correlación justa o suficiente, para el primer caso, y pobre, para el segundo.

Validez de constructo:

Validez concurrente.

Las puntuaciones totales de la ECV se correlacionaron positivamente con las variables sumatorias de síntomas, tanto la de los criterios de Prigerson como las de los diagnósticos enfermeros *Disposición para mejorar el duelo*, *Riesgo de duelo no adaptativo* y *Duelo no adaptativo*. Los valores respectivos, rho de Spearman, alcanzados fueron indicativos de buena validez concurrente: $r_s=0,568$, $r_s=0,391$, $r_s=0,408$, y $r_s=0,446$ ($p<0,001$).

Análisis factorial.

La prueba de esfericidad de Bartlett y la de KMO (0,917, $\chi^2=2090,588$, $gl=120$, $p<0,001$) indicaron la viabilidad para realizar el AFPCP en el cual se confirmó una distribución de los ítems de la escala en dos dimensiones, al igual que la versión original, tal y como se presenta en la Tabla 4 y el Gráfico 1. La varianza total explicada del instrumento conformado por estos dos factores fue del 57,153%.

Validez de grupos conocidos.

Las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas en el total de la ECV ($n=195$; $\bar{x}=32,94$; $DE=9,15$) que los hombres ($n=60$; $\bar{x}=30,37$; $DE=8,65$) y también en la dimensión interiorizada ($n=195$; $\bar{x}=24,61$; $DE=6,94$ vs. $n=60$; $\bar{x}=22,45$; $DE=6,54$) comprobándose significación en estas diferencias ($U=4795,50$; $p=0,035$ y $U=4771,00$; $p=0,031$ respectivamente). Por otro lado, el grupo de dolientes que había perdido a un ser querido, siendo éste la pareja o un hijo, mostró mayores puntuaciones frente a quienes habían perdido a un familiar con otro grado de parentesco, tanto en el total de la ECV ($n=50$; $\bar{x}=34,64$; $DE=9,54$ vs. $n=205$; $\bar{x}=31,78$; $DE=8,90$) como en la dimensión interiorizada ($n=50$; $\bar{x}=26,06$; $DE=7,54$ vs. $n=205$; $\bar{x}=23,62$; $DE=6,67$). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($U=4126,50$; $p=0,033$ y $U=4137,00$; $p=0,034$). Por último, los dolientes que habían sufrido la pérdida por una causa imprevista puntuaron más alto en la dimensión exteriorizada de la ECV frente a quienes perdieron a su ser querido por una enfermedad crónica ($n=186$; $\bar{x}=8,55$; $DE=3,54$ vs. $n=66$; $\bar{x}=7,39$; $DE=1,70$) resultando esta diferencia significativa ($U=5042,50$; $p=0,027$).

DISCUSIÓN

Este artículo presenta la adaptación y validación al contexto español de la ECV que, una vez comprobados valores psicométricos adecuados de validez y fiabilidad, ha recibido el nombre de ECoVin. Disponer de un instrumento como éste permite realizar nuevos estudios para analizar la relación entre el grado de conexión con los seres queridos fallecidos y el desarrollo de un duelo no adaptativo. En estos términos, se trata de la primera investigación que incluye el lenguaje enfermero de diagnósticos NANDA-I en la validación de una ECV.

En relación a la fiabilidad del instrumento obtenido, los valores α de Cronbach de ECoVin son favorables, mostrando una buena consistencia interna tanto a nivel global como para los ítems. A pesar de haberse obtenido un grado de acuerdo excelente para el conjunto de la escala en las pruebas test-retest, éstas fueron realizadas en una muestra pequeña por lo que podrían ser de interés nuevos estudios que llevaran a cabo estas pruebas en muestras más grandes para confirmar, e inclusive mejorar, nuestros hallazgos pues dos de los ítems no alcanzaron buenos valores de estabilidad.

En las pruebas de validez de criterio convergente, comprobada con la *Escala de inclusión del otro en el yo*, se obtuvieron valores adecuados, aunque justos. Consideramos que esto puede deberse a la ausencia de instrumentos “patrón oro” que permitan medir el mismo criterio evaluado por ECoVin. La *Escala de inclusión del otro en el yo* no mide exactamente el mantenimiento de una conexión con el ser querido fallecido sino más bien el grado de apego percibido por una persona respecto a la otra. De ahí la importancia de disponer, como se ofrece en nuestra investigación, de una escala válida y fiable para explorar la continuidad de vínculos como aparenta ser finalmente ECoVin.

Respecto a la validez concurrente, frente a las puntuaciones de sumatorios totales de manifestaciones clínicas de duelo prolongado (criterios de Prigerson) y no adaptativo (criterios diagnósticos de NANDA-I), los valores obtenidos indican buenos resultados. No se puede afirmar que el hecho de mantenerse conectado el ser querido fallecido tenga una relación directa con el desarrollo de un duelo no adaptativo, aunque, a priori, podría parecer que se tratase de un duelo prolongado. Las teorías contemporáneas, como la de Stroebe, Schut y Boerner (2010), hacen nuevas propuestas para su análisis. Por ello, consideramos que contar con nuevas herramientas como ECoVin permitirá poner en marcha nuevos estudios para llevar a cabo estos análisis.

Los resultados del análisis factorial confirman una estructura de dos dimensiones, ya descrita en la escala original (Field & Filanosky, 2010) y en sus adaptaciones a otros idiomas (Albuquerque, Narciso, & Pereira, 2019; De Luca et al., 2016; Mei, Jie, & Kan, 2015), compuestas por factores interiorizados y exteriorizados de conexión y mantenimiento de los vínculos. Serían necesarias nuevas investigaciones para poder confirmar las hipótesis planteadas por los autores de la escala original de que mayores puntuaciones en la dimensión interiorizada estarían relacionadas con la elaboración de un duelo “sano” y que mayores puntuaciones en la dimensión exteriorizada estarían asociadas a un duelo no adaptativo. En nuestra opinión, no está claro que esto suceda así dado que es habitual que durante el proceso de duelo existan síntomas de separación (reacción simpática al estrés: ansiedad, pánico, depresión, anhelo y búsqueda, desasosiego, entre otros), cogniciones (incredulidad, confusión, sensación de presencia, alucinaciones), conductas (cambios en hábitos alimentarios y de sueño, distracción, aislamiento social, hablar al fallecido, visitar lugar o llevar recuerdos), “lesiones” generadas por la pérdida (desorganización, problemas cardiovasculares, inmunitarios, riesgo de suicidio...) y búsqueda de significados (Rodríguez, García, & Toledo, 2008).

Las pruebas de validez discriminante, o de grupos conocidos, apuntan hacia las hipótesis esperadas, confirmando que las mujeres mantienen, o al menos expresan, una mayor continuidad de vínculos con sus seres queridos fallecidos tal y como se ha descrito en otros estudios con metodología cualitativa realizados a través de entrevistas con padres y madres que han perdido hijos (García, 2010):

“Un hallazgo importante es que las madres hablan más, reflexionan más, lloran más y participan más activamente en las entrevistas y encuentros que los hombres. Dan más vueltas a los acontecimientos vividos, buscan repetidamente desgranar una y otra vez lo sucedido, volviendo sobre el guion de lo vivido. Examinan paso a paso, en un recorrido milimétrico todo lo acontecido... Los hombres se comportan vigilando y controlando lo cotidiano, en un tiempo más secular, centrando sus actitudes en el silencio, y sus comportamientos, están orientados a eliminar la nostalgia. En su rostro aparece la inexpresión frente a los sollozos, lloros, opiniones y actitudes de las madres. Se produce un modelo mental, actitudinal y discursivo desigual entre hombres y mujeres”.

Parece de alto interés promover, dentro de esta línea de investigación, nuevos estudios que indaguen sobre el modo en que mujeres y hombres mantienen sus vínculos y conexiones simbólicas en el mundo de los significados y relaciones con sus seres queridos fallecidos.

Del mismo modo, respecto a la validez de grupos conocidos, aquellos dolientes que habían perdido a su pareja o a un hijo mostraron puntuaciones más altas en la escala. Se sabe que la pérdida de la pareja es uno de los sucesos vitales estresantes más significativo (Holmes & Rahe, 1967), así como la pérdida de un hijo, con quienes el mantenimiento de las conexiones es constante, como si no hubiera sucedido la muerte, llevando a los dolientes a experimentar su vida diaria como si los fallecidos siguieran presentes en ella (García, 2010). Otro grupo que mostró mayor conexión con sus seres queridos tras la muerte fue el de aquellos que experimentaron una pérdida por causa repentina o imprevisible. La evidencia indica que este tipo de pérdidas se asocia más a un duelo prolongado o no adaptativo, estimándose en casi la mitad de los adultos los que, tras sufrir una pérdida “no natural”, padecen de duelo prolongado (Djelantik et al, 2020; García et al, 2021).

Este estudio presenta algunas limitaciones que cabe destacar. En primer lugar, la ausencia de un patrón oro para evaluar el mantenimiento de la conexión con los seres queridos fallecidos, nos obligó a emplear, para las pruebas de validez de criterio convergente, otros instrumentos cercanos que miden conceptos similares como fue la *Escala de inclusión del otro en el yo*. Otra posible limitación es la ausencia de pruebas de sensibilidad al cambio, pendientes de ejecución en posteriores estudios. Por último, podría existir un posible sesgo de selección de la muestra, a la cual se accedió vía internet a través de una encuesta *en línea*. Ello puede haber dificultado el acceso a participantes no instruidos en el uso de estas tecnologías, generalmente con niveles de estudio inferiores, tal y como se evidencia en el análisis de características de la muestra participante, con una amplia mayoría que cuenta con estudios universitarios. Es recomendable, por lo tanto, explorar la continuidad de vínculos, empleando ECoVin, en personas con niveles inferiores de estudios, o sin ellos, realizando nuevas investigaciones a tal efecto.

CONCLUSIONES

La Escala de Continuidad de Vínculos adaptada y validada en el contexto español, ECoVin, cuenta con un nivel de desarrollo alto (grado de recomendación A), al cumplir cinco de los criterios establecidos por Badía y Alonso (2007): Traducción-retrotraducción y prueba piloto de la adaptación; validez de criterio; validez de constructo; fiabilidad interna y fiabilidad test-retest.

ECoVin resulta, por tanto, un instrumento válido, fiable y fácil de usar para evaluar el grado de conexión y la continuidad de vínculos con los seres queridos fallecidos.

BIBLIOGRAFÍA

- Albuquerque, S., Pereira, M., & Narciso, I. (2019). Portuguese Version of the Continuing Bonds Scale-16 in a Sample of Bereaved Parents. *Journal of Loss and Trauma*, 25(3), 245-263. doi: <https://doi.org/10.1080/15325024.2019.1668133>
- Anastasi, A. 1976. *Psychological testing* (4th ed.). New York: MacMillan.
- Aron, A., Aron, E.N., & Smollan, D. (1992). Inclusion of the other in the self scale and the structure of interpersonal closeness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 596-612. doi: <https://doi.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0022-3514.63.4.596>
- Badía, X., & Alonso, J. (2007). *La medida de la salud. Guías de escalas de medición en español*. 4^a ed. Barcelona: Editec.
- Bruner, J. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Jerusalem: Harvard University Press.
- Carretero-Dios, H., & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 521-551.
- Chan, Y.H. (2003). Biostatistics 104: correlational analysis. *Singapore medical journal*, 44(12), 614–619.
- Clark, L.A., & Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7(3), 309-319. doi: <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.3.309>
- De Luca, M.L., Grossi, G., Zacarello, G., Greco, R., Tineri, M., Slavic, E., ... Palummieri, A. (2016). Adaptation and validation of the “Continuing Bond Scale” in an Italian context. An instrument for studying the persistence of the bond with the deceased in normal and abnormal grief. *International Journal of Psychoanalysis and Education*, 8(2), 37-52.
- Djelantik, A.A.A.M., Smid, G.E., Mroz, A., Kleber, R.J., & Boelen, P.A. (2020). The prevalence of prolonged grief disorder in bereaved individuals following unnatural losses: Systematic review and meta regression analysis. *Journal of Affective Disorders*, 15(265), 146-156. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.034>
- Field, N.P., Nichols, C., Holen, A., & Horowitz, M.J. (1999). The relation of continuing attachment to adjustment in conjugal bereavement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 212-218. doi: <https://doi.org/10.1037//0022-006x.67.2.212>

- Field, N.P., Gal-Oz, E., & Bonanno, G.A. (2003). Continuing bonds and adjustment at 5 years after the death of a spouse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 110-117. doi: <https://doi.org/10.1037//0022-006x.71.1.110>
- Field, N.P., & Filanosky, C. (2010). Continuing Bonds, Risk Factors for Complicated Grief, and Adjustment to Bereavement. *Death Studies*, 34, 1-29.
- Freud, S. ([1917] 1957). Mourning and melancholia. En: J. Strachey (Ed., trans.), *Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (pp. 251-268). London: Hogarth.
- García Hernández A.M., (2010). Vivir el duelo. La experiencia de perder un hijo. Tenerife, España: Ediciones Idea.
- García Hernández, A.M., Rodríguez Álvaro, M., Brito Brito, P.R., Fernández Gutiérrez, D.A., Martínez Alberto, C.E., & Marrero González, C.M. (2021). Duelo adaptativo, no adaptativo y continuidad de vínculos. *Revista ENE de Enfermería*, 15(1). Recuperado de <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1242>
- García García, J., Landa, V., Prigerson, H., Echeverría, M., Grandes, G., Mauriz, A., & Andollo, I. (2002). Adaptación al español del Inventario de Duelo Complicado (IDC). *Medicina Paliativa*, 9(2), 10-11.
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update* (4th ed). Boston: Allyn & Bacon.
- Herdman, T.H., & Kamitsuru, S. (2015). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017*. (10^a ed.). Barcelona: Elsevier.
- Herdman, T.H., & Kamitsuru, S. (2019). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020*. (11^a ed.). Barcelona: Elsevier.
- Herdman, T.H., Kamitsuru, S., & Takáo Lopes, C. (2021). *Nursing diagnoses. Definitions and classification 2021-2023*. (12^a ed.). New York: Thieme.
- Holmes, T.H., & Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218. doi: [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)
- Klass, D., Silverman, P.R., & Nickman, S.L. (Eds.) (1996). *Continuing bonds: New understandings of grief*. New York: Routledge.
- Kline, P. (1994). *An easy guide to factor analysis*. New York: Routledge.
- MacCallum, R.C., Widaman, K.F., Zhang, S., & Hong, S. (1999). Sample size in factor analysis. *Psychological Methods*, 4(1), 84-99. doi: <https://doi.org/10.1037/1082-989X.4.1.84>
- Maneesriwongul, W., & Dixon, J.K. (2004). Instrument translation process: A method review. *Journal of Advanced Nursing*, 48(2), 175-186. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03185.x>
- Mei, L., Jie, L.I., & Kan, S. (2015). Chinese version of continuing bonds scale: Validation and preliminary application. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 23(2), 251-255. doi: <https://doi.org/10.16128/j.cnki.1005-3611.2015.02.014>
- Nunnally, J.C., & Bernstein, I.H. (1994). *Psychometric Theory* (3th ed.). New York: McGraw-Hill.

- Prigerson, H.G., Shear, M.K., Jacobs, S.C., Reynolds, C.F., Maciejewski, P.K., Davidson, J., ... Zisook, S. (1999). Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. *The British Journal of Psychiatry*, 174, 67-73. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.174.1.67>
- Prigerson, H.G., & Jacobs, S.C. (2001). Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale, consensus criteria and a preliminary empirical test. En: Stroebe, M.S., Hansson, R.O., Stroebe, W., & Schut, H. (eds.). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp.613-645). Washington DC: American Psychological Association.
- Rodríguez Álvaro, M., García Hernández, A.M., & Toledo Rosell, C. (2008). Duelo y duelo complicado en las consultas de Enfermería de Atención Primaria. *Revista ENE de Enfermería*, 3, 20-33.
- Rodríguez Álvaro, M., García Hernández, A.M., & Brito Brito, P.R. (2020). Grieving is not a nursing diagnosis. *International Journal of Nursing Knowledge*, 31(4), 260-261. doi: <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12278>
- Stroebe, M., Schut, H., & Boerner, K. (2010). Continuing bonds in adaptation to bereavement: Toward theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 30(2010), 259-268. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.007>

Tabla 1. Características sociodemográficas (n=255).

Categoría	Frecuencia (%)	Categoría	Frecuencia (%)
		Parentesco de la persona fallecida	
Sexo		Padre/Madre	42,3
Mujer	76,5	Abuelo/a	16,1
Hombre	23,5	Hijo/a	12,9
		Otros	9,4
Isla donde reside		Hermano/a	7,5
Tenerife	47,5	Pareja	6,7
Gran Canaria	37,6	Amigo/a	5,1
La Palma	8,6		
Lanzarote	3,1	Tiempo desde la pérdida	
Fuerteventura	2,4	3 meses o menos	6,3
El Hierro	0,8	Entre 3 y 6 meses	3,1
		Entre 6 y 9 meses	2,7
Estudios		Entre 9 meses y 1 año	1,6
Universitarios	75,7	Entre 1 y 2 años	14,9
Técnicos o Formación Profesional	14,5	Entre 2 y 5 años	29,8
Secundarios	8,2	Entre 5 y 10 años	15,3
Primarios	0,8	Entre 10 y 20 años	18,0
Sin estudios/Sabe leer o escribir	0,8	Hace más de 20 años	8,2
Situación laboral		Causa de la muerte	
Trabaja por cuenta ajena	72,2	Cáncer	31,0
Desempleado	9,8	Enfermedad crónica	26,2
Trabaja por cuenta propia	7,8	Enfermedad aguda	21,8
Labores domésticas	4,3	Accidente	9,1
Estudiante	4,3	Muerte perinatal	5,6
Discapacitado	1,6	Suicidio	5,2
		Homicidio	1,2
Padece enfermedad física	13,3		
		Considera que ha superado la pérdida	
Padece problema de salud mental	3,1		43,5

		Sí	35,7
Era cuidador del ser querido fallecido	43,5	No	20,8
		No lo sabe	
Dependía económicamente de él/ella	5,9	Considera que la muerte era	52,9
		Inesperada	47,1
Tenían conflicto por resolver	9,0	Previsible	
Ha pedido ayuda para superar duelo	33,7		
		Su nivel de comunicación con los demás es escaso o bajo	10,6
Ha recibido ayuda para superar duelo	43,5		65,5
		Ha sufrido otras pérdidas importantes	

Nota. Media de edad del doliente: 44,96 años (DE: 10,46). Media de edad del ser querido fallecido: 57,99 años (DE: 26,7).

Tabla 2. Proceso de traducción-retrotraducción de la Escala de Continuidad de Vínculos

Ítem	Dimensión	Versión original Escala de Continuidad de Vínculos	Traducción	Retrotraducción
1	I n t e r i o r i z a d a	I thought about the positive influence of the deceased on who I am today.	He pensado en que la persona fallecida ha tenido una influencia positiva sobre quien soy hoy.	I have thought about how the deceased person had a positive influence on who I am today.
2		I was aware of how I try to live my life the way the deceased would have wanted me to live.	Me he dado cuenta de que intento vivir la vida como a la persona fallecida le hubiera gustado que yo la viviera.	I have realized that I try to live my life the way the deceased person would have wanted me to.
3		I thought about the deceased as a role model who I try to be like.	He pensado en la persona fallecida como modelo a seguir.	I have thought of the deceased person as a role model.
4		I imagined the deceased as guiding me or watching over me as if invisibly present.	Me he imaginado a la persona fallecida guiándome o cuidando de mí como si estuviera presente de forma invisible.	I have imagined the deceased person guiding me or caring for me as if they were present.
5		When making important decisions, I thought about what the deceased might have done and used this in helping me make my decision.	Cuando he tomado decisiones importantes, he pensado en lo que habría hecho la persona fallecida y me ha ayudado a tomar dichas decisiones.	When I have had to make important decisions, I have thought about what the deceased person would have done and it helped me make those decisions.
6		I was aware of attempting to carry out the deceased's wishes.	Me he dado cuenta de que he intentado cumplir los deseos de la persona fallecida.	I have realized that I try to carry out the wishes of the deceased person.
7		I experienced the deceased as continuing to live on through his or her impact on who I am today.	He sentido como si la persona fallecida siguiera viviendo a través de su influencia sobre quien soy hoy.	I have felt as if the deceased person were still alive because of his/her influence on who I am today.
8		I thought about how the deceased would have enjoyed something I saw or did.	He pensado que la persona fallecida habría disfrutado de algo que he visto o hecho.	I have thought the deceased person would have enjoyed something I saw or did.
9		I imagined sharing with the deceased something special that happened to me.	Me he imaginado compartiendo con la persona fallecida algo especial que me ha sucedido.	I have imagined myself sharing something special that happened to me with the deceased person.
10		I imagined the deceased's voice encouraging me to keep going.	Me he imaginado la voz de la persona fallecida animándome a seguir adelante.	I have imagined the voice of the deceased person encouraging me to carry on.
11	E x t e r i o r i z a d a	I actually heard the voice of the deceased speak to me.	He escuchado con mis propios oídos a la persona fallecida hablándome.	I have heard the deceased person talking to me with my own ears.
12		I briefly acted as though the deceased were not dead—such as calling out loud his or her name or preparing the table for two.	En algún momento, he actuado como si la persona difunta no hubiera fallecido, por ejemplo, llamándola en voz alta o preparando la mesa para dos.	At times I have behaved as if the deceased person had not died; for example, by calling out his/her name or setting the table for two.
13		Even if only momentarily, I have mistaken other people for the deceased.	Aunque haya sido solo por un momento, he llegado a confundir a otras personas con la persona fallecida.	I have momentarily confused someone else for the deceased person.
14		I actually felt the deceased's physical touch.	He llegado a sentir el tacto de la persona fallecida en mi propia piel.	I have actually felt the deceased person's touch on my own skin.
15		I imagined that the deceased might suddenly appear as though still alive.	Me he imaginado que la persona fallecida podría aparecer de repente como si todavía estuviera viva.	I have imagined that the deceased person could suddenly appear as if he/she were still alive.
16		I actually saw the deceased stand before me.	He visto con mis propios ojos a la persona fallecida delante de mí.	I have seen the deceased person before me with my very own eyes.

Tabla 3. Distribución de puntuaciones y resultados de las pruebas de fiabilidad: Consistencia interna y estabilidad test-retest.

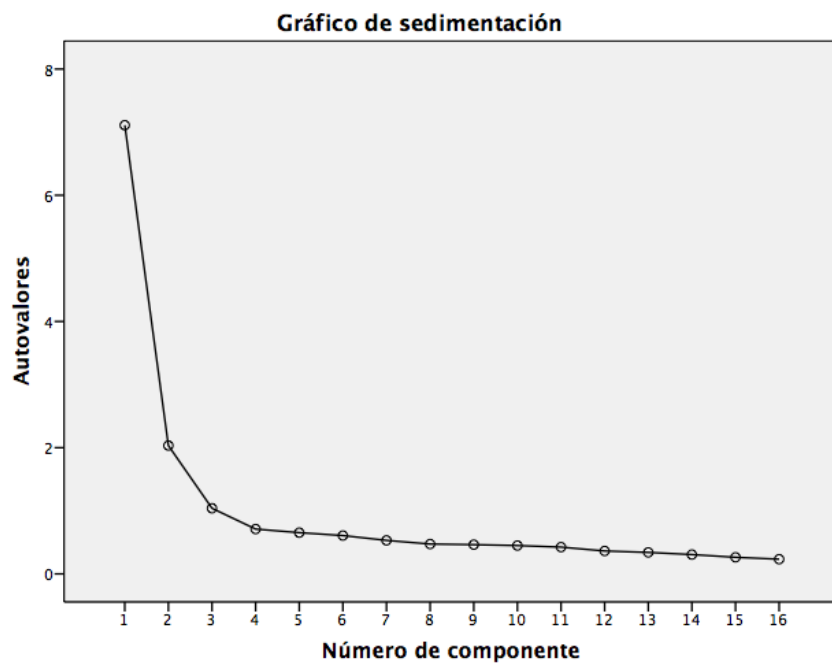
Escala de Continuidad de Vínculos (adaptada al español)	Distribución de puntuaciones (n=255)		Consistencia interna (n=255)			Fiabilidad test-retest (n=43)	
	Media	DE	Correlación elemento-total corregida	Grado de correlación	α Cronbach (al eliminar el ítem)	CCI; IC 95%	Grado de correlación
1. He pensado en que la persona fallecida ha tenido una influencia positiva sobre quien soy hoy.	3,16	0,855	0,531	Suficiente	0,911	0,478; 0,214-0,678	Adecuado
2. Me he dado cuenta de que intento vivir la vida como a la persona fallecida le hubiera gustado que yo la viviera.	2,02	0,943	0,620	Moderado	0,909	0,637; 0,417-0,785	Adecuado
3. He pensado en la persona fallecida como modelo a seguir.	2,29	0,977	0,608	Moderado	0,909	0,693; 0,499-0,821	Adecuado
4. Me he imaginado a la persona fallecida guiándome o cuidando de mí como si estuviera presente de forma invisible.	2,53	1,011	0,610	Moderado	0,909	0,689; 0,493-0,819	Adecuado
5. Cuando he tomado decisiones importantes, he pensado en lo que habría hecho la persona fallecida y me ha ayudado a tomar dichas decisiones.	2,20	0,940	0,720	Moderado	0,905	0,574; 0,332-0,745	Adecuado
6. Me he dado cuenta de que he intentado cumplir los deseos de la persona fallecida.	2,03	0,992	0,663	Moderado	0,907	0,681; 0,482-0,814	Adecuado
7. He sentido como si la persona fallecida siguiera viviendo a través de su influencia sobre quien soy hoy.	2,04	0,949	0,675	Moderado	0,907	0,701; 0,510-0,826	Excelente
8. He pensado que la persona fallecida habría disfrutado de algo que he visto o hecho.	2,89	0,889	0,594	Suficiente	0,909	0,710; 0,525-0,832	Excelente
9. Me he imaginado compartiendo con la persona fallecida algo especial que me ha sucedido.	2,77	0,886	0,627	Moderado	0,908	0,713; 0,527-0,834	Excelente
10. Me he imaginado la voz de la persona fallecida animándome a seguir adelante.	2,17	1,031	0,708	Moderado	0,906	0,661; 0,455-0,800	Adecuado
11. He escuchado con mis propios oídos a la persona fallecida hablándome.	1,35	0,704	0,612	Moderado	0,909	0,225; -0,83-0,492	Pobre
12. En algún momento, he actuado como si la persona difunta no hubiera fallecido, por ejemplo, llamándola en voz alta o preparando la mesa para dos.	1,37	0,725	0,586	Suficiente	0,910	0,228; -0,068-0,489	Pobre
13. Aunque haya sido solo por un momento, he llegado a confundir a otras personas con la persona fallecida.	1,45	0,696	0,478	Suficiente	0,913	0,530; 0,274-0,715	Adecuado
14. He llegado a sentir el tacto de la persona fallecida en mi propia piel.	1,31	0,655	0,593	Suficiente	0,910	0,581; 0,332-0,752	Adecuado
15. Me he imaginado que la persona fallecida podría aparecer de repente como si todavía estuviera viva.	1,60	0,756	0,577	Suficiente	0,910	0,554; 0,312-0,730	Adecuado
16. He visto con mis propios ojos a la persona fallecida delante de mí.	1,15	0,534	0,497	Suficiente	0,913	0,455; 0,178-0,663	Adecuado
Instrumento completo: ECV	32,34	9,085	-	-	0,914	0,889; 0,795-0,940	Excelente

Tabla 4. Análisis factorial de componentes principales.

Ítems de la Escala de Continuidad de Vínculos		
	1	2
1. He pensado en que la persona fallecida ha tenido una influencia positiva sobre quien soy hoy.	,751	-,031
2. Me he dado cuenta de que intento vivir la vida como a la persona fallecida le hubiera gustado que yo la viviera.	,640	,268
3. He pensado en la persona fallecida como modelo a seguir.	,703	,164
4. Me he imaginado a la persona fallecida guiándome o cuidando de mí como si estuviera presente de forma invisible.	,733	,129
5. Cuando he tomado decisiones importantes, he pensado en lo que habría hecho la persona fallecida y me ha ayudado a tomar dichas decisiones.	,779	,235
6. Me he dado cuenta de que he intentado cumplir los deseos de la persona fallecida.	,698	,264
7. He sentido como si la persona fallecida siguiera viviendo a través de su influencia sobre quien soy hoy.	,676	,312
8. He pensado que la persona fallecida habría disfrutado de algo que he visto o hecho.	,610	,271
9. Me he imaginado compartiendo con la persona fallecida algo especial que me ha sucedido.	,674	,236
10. Me he imaginado la voz de la persona fallecida animándome a seguir adelante.	,639	,412
11. He escuchado con mis propios oídos a la persona fallecida hablándome.	,270	,772
12. En algún momento, he actuado como si la persona difunta no hubiera fallecido, por ejemplo, llamándola en voz alta o preparando la mesa para dos.	,247	,759
13. Aunque haya sido solo por un momento, he llegado a confundir a otras personas con la persona fallecida.	,138	,723
14. He llegado a sentir el tacto de la persona fallecida en mi propia piel.	,274	,732
15. Me he imaginado que la persona fallecida podría aparecer de repente como si todavía estuviera viva.	,291	,680
16. He visto con mis propios ojos a la persona fallecida delante de mí.	,074	,840

Matriz de componentes rotados^a. Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser. a. La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

Gráfico 1.



Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes en tratamiento oncológico

Burden in family caregivers of the patients receiving oncological treatment

Sobrecarga de cuidadores familiares de pacientes em tratamento oncológico

Ana Paula de Oliveira Millani¹, Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini², Larissa de Carli Coppetti³, Priscila Perfeito Paz⁴, Fernanda Cristóvão Martins⁵, Cíntia Cristina Oliveski⁶

¹ Enfermeira pela Universidade Federal de Santa Maria-UFSM. Orcid: Orcid:

<https://orcid.org/0000-0001-9255-0488>. Correo electrónico: apmillani@gmail.com

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-

UFSM. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3604-2507>. Correo electrónico:

nara.girardon@gmail.com.br

³Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3162-6669>. Correo electrónico: lari_decarli@hotmail.com

⁴Graduanda de Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria-UFSM. Orcid:

<https://orcid.org/0000-0002-1706-9923>. Correo electrónico: priiperfeito@gmail.com

⁵Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria-UFSM. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1293-9707>. Correo electrónico: fecristovaomartins@gmail.com

⁶Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5381-9461>. Correo electrónico: cinthia.oliveski@gmail.com

Correspondencia: Nara M. Girardon-Perlini. Rua Avenida Roraima, 1000, Prédio 26, Sala 1339. Cidade Universitária, Santa Maria, RS, Brasil. CEP: 97105-900
Correo electrónico de contacto: nara.girardon@gmail.com.br

Para citar artículo: Millani, A. P.O., Girardon-Perlini, N.M.O., Coppetti, L.C., Paz, P.P., Martins, F.C., & Oliveski, C.C. (2021). Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes en tratamiento oncológico. *Cultura de los Cuidados*, 25(60). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.60.20>

Recibido:20/12//2021 Aceptado: 17/04/2021



RESUMEN

Objetivo: evaluar el perfil y nivel de sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes en tratamiento oncológico y la asociación entre variables. **Metodología:** estudio transversal realizado en hospital público, con 222 cuidadores. Datos recolectados a través de un cuestionario de caracterización sociodemográfica y asistencial y lo Cuestionario Burden Interview, sometidos a estadística descriptiva e inferencial. Se utilizó la prueba de Mann-Whitney con nivel de significancia $\leq 5\%$. **Resultados:** los cuidadores familiares fueron en su mayoría mujeres, entre 38 y 57 años, con pareja, hijas (niños) a las que cuidaban. Tenían un nivel educativo bajo, sin empleo formal, atendidos por más de 12 meses, tenían experiencia previa y contaban con la ayuda de otras personas para el cuidado. En cuanto a la sobrecarga, 48,2% no presentó sobrecarga, seguida de sobrecarga leve a moderada. **Conclusión:** la asistencia recibida al cuidado se asocia estadísticamente con el nivel de sobrecarga de los cuidadores familiares, y el apoyo y distribución de tareas entre los familiares son determinantes para este resultado. Estimular y fortalecer la unidad familiar para el cuidado cooperativo y colaborativo contribuye para que el cuidador no presente o tenga el nivel de carga reducido.

Palabras clave: Sobrecarga; cuidadores; neoplasia; enfermería.

ABSTRACT

Objetivo: to evaluate the profile and level of burden of family caregivers of patients undergoing cancer treatment and the association between variables. **Methodology:** cross-sectional study carried out in a public hospital, with 222 caregivers. Data collected through a sociodemographic and care characterization questionnaire and the Burden Interview Scale, submitted to descriptive and inferential statistics. The relationship between the variables was made using the Mann-Whitney test with a significance level $\leq 5\%$. **Results:** family caregivers were mostly women, between 38 and 57 years old, with a partner, children they cared for. They had a low level of education, without formal employment, cared for more than 12 months, had previous experience and had the help of others for care. As for overload, 48.2% had no overload, followed by mild to moderate overload. **Conclusion:** the assistance received to care is statistically associated with the level of burden of family caregivers, and the support and distribution of tasks among family members are decisive for this outcome. Stimulating and strengthening the family unit for cooperative and collaborative care contributes so that the family caregiver does not present or have the level of burden reduced.

Keywords: Burden; caregivers; neoplasia; nursing.

RESUMO

Objetivo: avaliar o perfil e o nível de sobrecarga de cuidadores familiares de pacientes em tratamento oncológico e a associação entre variáveis. Metodologia: estudo transversal realizado em um hospital público, com 222 cuidadores. Dados coletados por questionário de caracterização sociodemográfica e do cuidado e da Escala *Burden Interview*, submetidos a estatística descritiva e inferencial. Utilizou-se teste de Mann-Whitney com nível de significância $\leq 5\%$. Resultados: os cuidadores familiares eram, na maioria, mulheres, entre 38 e 57 anos, com companheiro, filhas (os) de quem cuidavam. Possuíam baixo nível de escolaridade, sem emprego formal, cuidavam há mais de 12 meses, tinham experiência prévia e contavam com auxílio de outrem para o cuidado. Quanto à sobrecarga, 48,2% não apresentava, seguido de sobrecarga leve a moderada. Conclusão: o auxílio recebido para cuidar se associa estatisticamente com o nível de sobrecarga dos cuidadores familiares, sendo que o apoio e a distribuição de tarefas entre os familiares são determinantes para tal desfecho. Estimular e fortalecer a unidade familiar para o cuidado cooperativo e colaborativo contribui para que o cuidador familiar não apresente ou tenha o nível de sobrecarga diminuído.

Palavras-chave: Sobrecarga; cuidador familiar; oncologia; enfermagem.

INTRODUÇÃO

O câncer é considerado um problema de saúde pública no Brasil, possuindo grande abrangência social, econômica e epidemiológica (INCA, 2019). Dados estatísticos revelam que o número estimado de casos novos de câncer aumentará de 10 milhões em 2000, para 27 milhões em 2030. No Brasil, a projeção da doença para cada ano do triênio 2020-2022 estima a ocorrência de 625 mil casos novos de câncer, o que reforça a magnitude do problema no país (Brasil, 2019).

O adoecimento por câncer, considerado uma condição crônica, muitas vezes de progressão lenta e de longa duração, pode impactar nas condições físicas e psíquicas da pessoa acometida, resultando em incapacidade e dependência. Diante disso, para além dos impactos percebidos na vida do paciente, o câncer é reconhecido como uma doença da família, tendo em vista as repercussões que geram em toda a unidade familiar (Figueiredo et al., 2017).

No decorrer do ciclo vital das famílias, muitas delas têm experiências com situações de adoecimento e, diante disso, necessitam realizar processo de transição para um novo papel, o de ser cuidador. O cuidado no seio da família constitui um recurso necessário para atender a dependência do familiar adoecido, porém, algumas vezes, espera-se que pessoas sem preparação prévia desempenhem tal função (Fernandes & Ângelo, 2016).

Geralmente, o cuidado é atribuído a um membro da família, o cuidador principal. Este é definido como o indivíduo que assume as responsabilidades de cuidar do paciente de forma contínua e regular (Kobayasi, Rodrigues, Fhon, Silva, Souza, & Chayamiti, 2019). Na maioria das vezes, a assunção dos cuidados ocorre de maneira repentina, sem receber o preparo técnico e psicológico para esse novo papel, podendo isso repercutir de maneira negativa na vida desse cuidador e refletir no desenvolvimento de sobrecarga (Nunes, Brito, Duarte, & Lebrão, 2019).

As atividades realizadas pelo cuidador familiar podem acarretar em sobrecarga, pois este geralmente é o único responsável pela oferta do cuidado desenvolvido por longos períodos, e, por vezes, afasta-se do convívio com outras pessoas para dedicar-se de modo integral ao familiar enfermo, principalmente em casos avançados da doença. A sobrecarga é uma situação vivenciada por familiares que exercem a função de cuidador, exposto a vários fatores que induzem ao desgaste físico, mental e emocional, a falta de apoio social e o comprometimento da qualidade de vida dos cuidadores (Rocha, Rocha, Machado, Souza, & Schuch, 2020). No contexto de atuação do enfermeiro, considerando que este tem potencial para interagir com os cuidadores familiares ao longo do processo do tratamento oncológico do paciente, entende-se que um olhar ampliado que inclui o cuidador familiar poderá contribuir para o fortalecimento dessa pessoa, do doente e toda a família. Para isso, faz-se necessário considerar a complexidade e o sofrimento presente na situação, atentando para a singularidade da experiência da doença de cada paciente e de cada família, sem perder de vista o caráter coletivo das demandas apresentadas, na perspectiva da qualidade da assistência prestada.

Com a análise dos dados referidos na literatura relacionados ao câncer, as tarefas executadas pelos cuidadores familiares e a sobrecarga que os afeta, pode-se perceber que ao passo que a doença progride e o doente fica mais debilitado as tarefas do cuidador aumentam, bem como sua sobrecarga, esgotamento físico e mental, gerando sentimentos de solidão ao longo do percurso do cuidado. Dado a isso, faz-se necessário a compreensão de como as características sociodemográficas se relacionam com a percepção de sobrecarga destes cuidadores.

Destarte, este estudo tem como objetivo avaliar o perfil e o nível de sobrecarga de cuidadores familiares de pacientes em tratamento oncológico e a associação entre estas variáveis.

METODOLOGIA

Estudo descritivo de abordagem quantitativa. A população participante da pesquisa foram cuidadores familiares de pacientes em tratamento oncológico que apresentassem algum grau de dependência, selecionados nos serviços de quimioterapia e radioterapia de um hospital público do Rio Grande do Sul, Brasil. Os pacientes em atendimento nos serviços no período de coleta de dados, abril de 2017 a junho de 2018, foram avaliados pelo índice de Barthel, que avalia a realização das atividades da vida diária e mede a independência funcional no cuidado pessoal, mobilidade, locomoção e eliminações (Minosso, Amendola, Alvarenga, & Oliveira, 2010) e, aos que apresentaram dependência, seus cuidadores foram convidados a participar da pesquisa.

A seleção da amostra foi realizada por conveniência, não probabilística, iniciando-se pela identificação dos pacientes dependentes em atendimento nos setores selecionados, no período de coleta de dados. Após, realizava-se a abordagem dos seus respectivos cuidadores para confirmação dos critérios de inclusão e o convite em participar do estudo. Do total dos cuidadores abordados (n=264), trinta e cinco não eram considerados cuidadores principais, dois não possuíam mais de 18 anos, e cinco não aceitaram participar da pesquisa. Sendo assim, a amostra foi constituída por 222 cuidadores familiares, representando 84,1% da população de pacientes dependentes em tratamento oncológico durante o período de coleta de dados.

Como critérios de inclusão elencaram-se: cuidadores familiares com idade igual ou maior a 18 anos; que fossem o cuidador principal do paciente dependente pelo tempo mínimo de um mês. Foram excluídos os cuidadores que apresentaram dificuldades cognitivas evidenciadas na abordagem inicial. Para obtenção dos dados utilizou-se um questionário de caracterização sociodemográfica dos cuidadores familiares e do cuidado prestado, composto por questões relacionadas à idade, sexo, situação conjugal, situação de trabalho atual, tempo de cuidado, ajuda de terceiros e experiência anterior.

Para avaliar a sobrecarga utilizou-se a Escala *Burden Interview* traduzida para português do Brasil (Sczufca, 2002). Essa escala tem por objetivo avaliar a sobrecarga objetiva que se refere ao desempenho das tarefas de assistência ao paciente, e a sobrecarga subjetiva definida como o cuidador avalia a situação, suas preocupações e a mensuração da sobrecarga implicada no cuidado (Maronesi, Silva, Cantu, & Santos, 2014). Com isso, é possível avaliar aspectos como impacto de prestação de cuidados, relação interpessoal, expectativas face ao cuidar e percepção de auto eficácia, bem como saúde, vida social e pessoal, situação financeira, bem-estar emocional e relações interpessoais e meio-ambiente do cuidador (Bianchin, Silva, Fuzetto, & Salvagno, 2015).

A escala é composta por 22 itens, avaliados conforme escala do tipo *likert*, que varia de zero a quatro pontos, onde 0=Nunca, 1=Quase nunca, 2=Às vezes, 3=Muitas vezes e 4=Quase sempre (Sczufca, 2002).

A digitação dos dados foi realizada concomitante ao período de coleta, por duas pessoas previamente capacitadas com relação às respostas provenientes de cada instrumento, ao programa de digitação, e à posterior verificação de inconsistências. Os dados foram armazenados e organizados em uma planilha eletrônica, no programa Excel for Windows, versão 2011 e, após ajuste das inconsistências na digitação, foram analisados eletronicamente com auxílio do programa Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 23.0.

A sobrecarga foi avaliada a partir da soma dos escores obtidos na Escala *Burden Interview*. O escore global varia entre 22 e 88 e são classificados da seguinte forma: menor 20 - ausência de sobrecarga; entre 21 e 40 - sobrecarga leve a moderada; entre 41 e 60 - sobrecarga moderada a severa; entre 61 e 88 - Sobrecarga severa (Luzardo, Gorini, & Silva, 2006). As características sociodemográficas dos cuidadores e as características do cuidado prestado foram analisadas de modo descritivo, sendo apresentadas sob a forma de frequência simples (n) e relativa (%). A relação entre as variáveis foi feita pelo teste de Mann-Whitney, considerando um nível de significância $\leq 5\%$.

A aplicação dos instrumentos foi realizada de modo individual pelos entrevistadores, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todos os princípios éticos que regulamentam a pesquisa com seres humanos foram respeitados. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer nº 1.977.316.

RESULTADOS

No que se refere às características sociodemográficas dos cuidadores familiares, conforme exposto na Tabela 1, observa-se a predominância do sexo feminino (n=176;79,3%), idade entre 38 e 57 anos (n=116;52,3%) e ensino fundamental completo (n=72;32,4%). Quanto à situação conjugal, a maioria tem companheiro (n=172;77,5%), e não está trabalhando de maneira formal no momento (n=145;65,3%).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos cuidadores familiares quanto ao sexo, idade, escolaridade, situação conjugal e situação de trabalho atual. Santa Maria, RS, Brasil, 2020.

Variáveis	Frequência	Percentual	
Sexo	Masculino	46	20,7
	Feminino	176	79,3
Idade	18 - 37 anos	47	21,2
	38 - 57 anos	116	52,3
	58 - 76 anos	59	26,5
Escolaridade	Ensino fundamental incompleto	39	17,6
	Ensino fundamental completo	72	32,4
	Ensino médio	59	26,6
	Ensino superior	52	23,4
Situação conjugal	Com companheiro	172	77,5
	Sem companheiro	50	22,5
Trabalha atualmente	Sim	77	34,7
	Não	145	65,3

Fonte: Banco de dados (2018).

Com relação ao cuidado ofertado pelos cuidadores familiares aos pacientes em tratamento oncológico, verificou-se que estes cuidam há mais de 12 meses (n=66;29,7%), contando com auxílio para o cuidado (n=156;70,3%), e possuem experiências prévias nas atividades de cuidar (n=122;55,0%). Quanto ao vínculo com quem cuida, observou-se predominância de filhos (as) (n=104;46,8%) cuidando de seus pais em situação de dependência (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização do cuidado prestado quanto ao tempo de cuidado, auxílio para o cuidado, experiência anterior e vínculo com quem cuida. Santa Maria, RS, Brasil, 2020.

Variáveis	Frequência	Percentual	
Tempo de cuidado	1 - 3 meses	58	26,1
	4 - 6 meses	52	23,4
	7 - 12 meses	46	20,8
	> 12 meses	66	29,7
Auxílio para o cuidado	Sim	156	70,3
	Não	66	29,7
Experiência anterior	Sim	122	55,0
	Não	100	45,0
Vínculo com quem cuida	Cônjuge	75	33,8
	Filho (a)	104	46,8
	Pai/ Mãe	5	2,3
	Irmão (a)	11	5,0
	Nora/ Genro	9	4,1
	Neto (a)	3	1,4
	Tio/ Tia	1	0,5
	Outro	14	6,1

Fonte: Banco de dados (2018).

Abaixo, na Tabela 3, relacionada aos níveis de sobrecarga apresentados pelos cuidadores familiares, percebe-se que 48,2% dos cuidadores não apresenta sobrecarga (n=107), porém, os escores relacionados à presença de sobrecarga leve a moderada foram relevantes, demonstrando que 42,8% dos cuidadores se enquadram nesta classificação.

Tabela 3 – Nível de sobrecarga dos cuidadores familiares. Santa Maria, RS, Brasil, 2020.

Nível de sobrecarga	Frequência	Percentual
Ausência de sobrecarga	107	48,2
Sobrecarga leve a moderada	95	42,8
Sobrecarga moderada a severa	20	9,0
Sobrecarga severa	0	0

Fonte: Banco de dados (2018).

A análise da relação entre as variáveis sociodemográficas dos cuidadores familiares, características do cuidado prestado e a sobrecarga, exposta na Tabela 4, demonstra que o auxílio de outra pessoa para o cuidado, se associa significativamente com a sobrecarga do cuidador familiar ($p=0,007$), de modo que, a presença de ajuda no cuidado reflete na diminuição da percepção de sobrecarga.

Tabela 4 – Associação das características sociodemográficas dos cuidadores familiares, das características do cuidado prestado e a sobrecarga. Santa Maria, RS, Brasil, 2020.

Variáveis	Sobrecarga <i>p-value</i>
Sexo	0,092
Idade	0,812
Escolaridade	0,647
Situação conjugal	0,995
Trabalha atualmente	0,203
Tempo de cuidado	0,347
Auxílio para o cuidado	0,007*
Experiência anterior	0,397
Vínculo com quem cuida	0,334

* nível de significância $\leq 5\%$.

Fonte: Banco de dados (2018).

DISCUSSÃO

Com relação às características dos cuidadores familiares, observou-se o predomínio de cuidadores do sexo feminino, com companheiro e idade entre 38 e 57 anos.

Estes dados também foram evidenciados na literatura em estudo que abordou cuidadores familiares de pacientes em cuidados paliativos, no qual evidenciou-se que 79% dos cuidadores entrevistados eram do sexo feminino, com idade média de 50,17 anos, 39% eram casados e 21,33% viviam em união estável, observando assim predominância de cuidadores com companheiro (Arias, Carreño, & Posada, 2019).

Igualmente, em estudo realizado por Bianchin, Silva, Fuzetto e Salvagno (2015) com cuidadores de pacientes oncológicos, houve predomínio de mulheres, novamente confirmando a predominância desse perfil dentre as pessoas que cuidam de seus familiares doentes e dependentes. Estes resultados podem refletir o aspecto cultural no qual a mulher tem historicamente assumido o papel de cuidadora, o qual é reforçado nas propostas dos programas sociais e de família (Helder, Faleiros, Santos, & Almeida, 2016).

Com relação ao nível de escolaridade dos cuidadores familiares, evidencia-se que 32,4% apresentam ensino fundamental completo, o que corresponde a uma média de seis anos de estudo. Com tal característica, estudo demonstra que 50,8% dos cuidadores participantes possuíam o ensino fundamental completo (Rangel, Santos, Santana, Marinho, Chaves, & Reis, 2019). A baixa escolaridade observada pode relacionar-se a não profissionalização, já que 65,3% dos cuidadores familiares deste estudo não trabalham de maneira formal. Outro ponto que pode estar associado a este aspecto, é a falta de recursos financeiros para contratação de cuidadores formais, tendo, com isso, a necessidade de deixar de lado o emprego para a assunção dos cuidados as atividades diárias (Helder, Faleiros, Santos, & Almeida, 2016).

Referente à situação conjugal observou-se que a maioria dos cuidadores familiares possui companheiro (77,5%), o que pode estar relacionado com o vínculo ao familiar cuidado, já que 33,8% dos cuidadores possuíam vínculo conjugal com o familiar a quem estavam cuidando. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo com cuidadores de idosos em que 65,1% desses possuíam companheiro (Jesus, Orlandi, & Zazzetta, 2018). Nas atividades de cuidado se faz importante desenvolver fonte de apoio informal, nesse caso, pressupõe-se que a convivência com o companheiro, seja ele a pessoa cuidada ou não, é benéfica ao proporcionar, a partir de trocas, uma interação que pode contribuir com o desenvolvimento de respeito mútuo, contato físico e percepção de apoio, ainda, podendo minimizar sentimentos de solidão do cuidador familiar (Cardoso, Noguez, Oliveira, Porto, Perboni, & Farias, 2019).

Também ficou evidente no presente estudo que, predominantemente, os cuidadores familiares eram filhos (as) que cuidavam de seus pais (46,8%), podendo estar

relacionado com a maior incidência de neoplasias em pessoas idosas. Assim, na reorganização das funções e papéis familiares os filhos acabam assumindo a posição de cuidadores de seus pais. Dados semelhantes a esses foram encontrados na pesquisa de Ferreira, Mutro, Regiani, Sanches, Meneguín e Moerbeck (2018) em que 64,3% dos cuidadores eram filhos e no estudo realizado por Moura, Souza, Pereira, Barroso, Miranda e Carvalho (2019) no qual 56,9% dos cuidadores familiares são filhos (as). Ainda, esta predominância pode se relacionar ao fato de que o papel de cuidador é assumido por pessoas que residem no mesmo domicílio da pessoa dependente, geralmente, sendo filhos (as) ou cônjuges (Gutierrez, Fernandes, & Mascarenhas, 2017).

Verificou-se que 29,7% dos cuidadores familiares de pacientes em tratamento oncológico cuida há mais de 12 meses, dado semelhante ao apresentado no estudo de Bianchin, Silva, Fuzetto e Salvagno (2015), em que o tempo médio de cuidado foi de 13,28 meses. Esses dados demonstram que o cuidado dispensado a um familiar pode durar meses ou, até mesmo, anos, pois o presente estudo também demonstrou que 26,1% dos cuidadores cuidam de 1 a 3 meses, constatando que a dependência exigirá a constante presença de um cuidador enquanto o familiar necessitar de cuidados.

Dentre os cuidadores familiares abordados neste estudo, 55% possuem experiências prévias na atividade de cuidar. O estudo de Arias, Carreño e Posada (2019) igualmente evidenciou que 57% dos cuidadores tinham experienciado a prestação de cuidados a alguém anteriormente. Estudo realizado com cuidadores familiares de idoso com Parkinson afirma que as experiências anteriores de cuidado vivenciadas pelos cuidadores, favorecem no desempenho das ações e na assunção do novo papel, facilitando na adaptação e desenvolvimento do cuidado, sobretudo na evolução da doença (Nunes, Alevarez, Costa, & Valcarenghi, 2019).

Neste estudo, 70,3% dos cuidadores familiares contaram com auxílio de outras pessoas para o cuidado, dado corroborado pela literatura, pois estudos de natureza similar identificaram que a maioria dos cuidadores informavam receber apoio de outros familiares ou de outras pessoas para a realização do cuidado (Anjos et al., 2015; Jesus, Orlandi & Zazzetta, 2018).

Em relação à sobrecarga, no presente estudo, 48,2% dos cuidadores familiares de pacientes em tratamento oncológico não apresentaram sobrecarga, 42,8% exibiram sobrecarga leve a moderada, 9% apresentaram sobrecarga moderada a severa e nenhum expôs sobrecarga severa. Dentre as associações das características sociodemográficas dos cuidadores familiares, das características do cuidado prestado e a sobrecarga evidenciou-

se que a única variável significativa associada à sobrecarga foi o auxílio para o cuidado, demonstrando que para os cuidadores familiares desta pesquisa, receber ajuda de outrem para a prestação de cuidados faz com que o cuidador familiar se sinta menos sobrecarregado.

Em estudo realizado evidencia-se que 42,86% dos cuidadores familiares apresentaram sobrecarga moderada, seguido de sobrecarga leve (28,57%) (Santos, Leite, Alfredo, & Rodrigues, 2018). Nas associações realizadas entre às características dos cuidadores e a sobrecarga, verificou-se associação significativa com o estado civil, os sem companheiro (separados, solteiros ou viúvos) tendem a ter maior nível de sobrecarga que os casados/com companheiro. Tal realidade provavelmente se deve à falta de apoio em sua rotina, o que também foi encontrado na presente pesquisa, ao verificar correlação significativa entre a sobrecarga e o auxílio para o cuidado.

Em estudo realizado por Maciel, Silva, Pereira, Dias e Alexandre (2018) com cuidadoras de dependentes químicos foi constatado que 6,1% apresentaram ausência ou baixa sobrecarga, 32,2% sobrecarga moderada, 39,1% sobrecarga moderada a severa e 22,6% sobrecarga severa. Ainda nesse estudo, foi evidenciado uma maior sobrecarga em mães do que nos demais cuidadores familiares. Isso pode ser justificado pelo fato de existir um elo entre mães e filhos desde a sua infância, fazendo com que o sentimento de responsabilidade permaneça mesmo com o passar dos anos. Diante disso, percebeu-se que quanto mais longa é a jornada de cuidados ao paciente, maior grau de parentesco e realizar outras tarefas além do cuidado faz com que a sobrecarga do cuidador torne-se mais elevada, fato que não foi observado nos participantes deste estudo.

Os resultados do presente estudo corroboram com o estudo de Delalibera, Barbosa e Leal (2018) em que a maioria dos cuidadores não apresenta sobrecarga elevada e apenas 38,3% sobrecarga moderada. A pesquisa complementa que a sobrecarga está diretamente associada ao número de horas diárias dedicadas aos cuidados, apontando níveis de sobrecarga mais elevados aos cuidadores familiares que moram com o doente. Acrescenta-se também, que a maioria recebia auxílio de outros familiares, no entanto, 38,3% relataram que não tinham apoio prático e 13,3% não tinham apoio emocional. Tal resultado evidencia que tanto o apoio prático quanto o emocional estão ligados ao funcionamento da família, pois entende-se que uma boa funcionalidade familiar ajuda a minimizar a experiência de sobrecarga, além de permitir ao cuidador uma sensação de não estar sozinho.

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo demonstram que a maioria dos cuidadores familiares de pacientes em tratamento oncológico eram mulheres, com companheiro e idade entre 38 e 57 anos, baixo nível de escolaridade, sem emprego formal, predominantemente as filhas (os), que cuidavam a mais de 12 meses, tinham experiência prévia na prestação de cuidados e recebiam auxílio de outros familiares para o cuidado.

Com relação a sobrecarga, identificou-se que a maioria dos cuidadores familiares não apresenta sobrecarga, seguido dos que apresentam sobrecarga leve a moderada. Evidencia-se que o auxílio recebido para o cuidado se associa estatisticamente com o nível de sobrecarga dos cuidadores familiares de pacientes em tratamento oncológico, sendo que o apoio e a distribuição de tarefas entre os familiares são determinantes para tal desfecho.

Considerando isto, ressalta-se a importância de que os enfermeiros sejam parceiros dos cuidadores no processo de cuidar do paciente em tratamento oncológico. Além de gerenciar, planejar e executar ações de cuidado tem papel fundamental no desenvolvimento de práticas educativas, propiciando intervenções que tenham em vista auxiliar o desenvolvimento de habilidades dos cuidadores familiares que cuidam de familiar adoecido. Cabe destacar que, por meio de práticas conjuntas aos cuidadores familiares, o enfermeiro demonstra que estes são valorizados e importantes no processo de cuidar do paciente em tratamento oncológico, havendo melhora na qualidade da assistência prestada.

A pesquisa apresenta algumas limitações relacionadas ao contexto de abordagem dos participantes, sendo que este evento único e de caráter público pode comprometer a generalização dos resultados, e ainda, por se tratar de um estudo transversal traz o viés da temporalidade, pois não permite realizar relação cronológica causal entre as variáveis.

REFERÊNCIAS

- Anjos, K. F. D., Boery, R. N. S. D. O., Pereira, R., Pedreira, L. C., Vilela, A. B. A., Santos, V. C., & Rosa, D. D. O. S. (2015). Associação entre apoio social e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 1321-1330. doi: 10.1590/1413-81232015205.14192014

- Arias-Rojas, M., Carreño-Moreno, S., & Posada-López, C.. (2019) Incerteza dos cuidadores familiares na doença de pacientes sob cuidados paliativos e fatores associados. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 27, e3200, Epub October 14, 2019. doi: 10.1590/1518-8345.3185.3200
- Bianchin, M. A., Silva, R. D., Fuzetto, L. A., & Salvagno, V. (2015). Sobrecarga e depressão em cuidadores de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico. *Arq. Saúde Ciênc.*, 22(3), 96-100. doi: 10.17696/2318-3691.22.3.2015.245
- Brasil. (2019). *Estimativa 2020: Incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Recuperado de <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>
- Cardoso, A. C., Noguez, P. T., Oliveira, S. G., Porto, A. R., Perboni, J. S., & Farias, T. A. (2019). Rede de apoio e sustentação dos cuidadores familiares de pacientes em cuidados paliativos no domicílio. *Enferm. Foco*, 10 (3), 70-75. doi: 10.21675/2357-707X.2019.v10.n3.1792
- Delalibera, M., Barbosa, A., & Leal, I. (2018). Circunstâncias e consequências do cuidar: caracterização do cuidador familiar em cuidados paliativos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(4), 1105-1117. doi: 10.1590/1413-81232018234.12902016
- Fernandes, C. S., & Angelo, M. (2016). Family caregivers: What do they need? An integrative review. *Rev Esc Enferm USP*, 50(4), 672-678. doi: 10.1590/S0080-623420160000500019
- Ferreira, M. L. S. M., Mutro, M. E., Regiani, C. C., Sanches, M. M. J., Meneguim, S., & Moerbeck, C. M. F. (2018). Ser cuidador de familiar com câncer. *Ciencia y enfermería*, 24, 6. Epub 25 de septiembre de 2018. doi: 10.4067/s0717-95532018000100206
- Figueiredo, T., Silva, A. P. da, Silva, R. M. R., Silva, J. de J., Silva, C. S. de O., Alcântara, D. D. F., & Souza, A. A. M. de. (2017). Como posso ajudar? Sentimentos e experiências do familiar cuidador de pacientes oncológicos. *ABCS Health Sciences*, 42(1). doi: 10.7322/abcshs.v42i1.947
- Gutierrez, L. L. P., Fernandes, N. R. M., & Mascarenhas, M. (2017). Caracterização de cuidadores de idosos da região metropolitana de Porto Alegre (RS): perfil do cuidado. *Saúde em Debate*, 41(114), 885-898. doi: 10.1590/0103-1104201711417

- Helder, H. C., Faleiros, V. de P., Santos, M. de J. S., & Almeida, M. A. de A. (2016). Representação social do cuidado e do cuidador familiar do idoso. *Rev. Katálysis*, 19(1), 143-153. doi: 10.1590/1414-49802016.00100015
- INCA. (2019). *O que é Câncer*. Recuperado de <https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>
- Jesus, I. T. M. de, Orlandi, A. A. dos S., & Zazzetta, M. S. (2018). Sobrecarga, perfil e cuidado: cuidadores de idosos em vulnerabilidade social. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21(2), 194-204. doi: 10.1590/1981-22562018021.170155
- Kobayasi, D. Y., Rodrigues, R. A. P., Fhon, J. R. S., Silva, L. M., de Souza, A. C., & Chayamiti, E. M. P. C. (2019). Sobrecarga, rede de apoio social e estresse emocional do cuidador do idoso. *Avances en Enfermería*, 37(2), 140-148. doi: 10.15446/av.enferm.v37n2.73044
- Luzardo, A. R., Gorini, M. I. P.C., & Silva, A. P. S. S. da. (2006). Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto Contexto Enfermagem*, 15(4), 587-594. doi: 10.1590/S0104-07072006000400006
- Maciel, S. C., Silva, F. F. da, Pereira, C. A., Dias, C. C. V., & Alexandre, T. M. de O. (2018). Cuidadoras de Dependentes Químicos: Um estudo sobre a sobrecarga familiar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 34, e34416. Epub November 29, 2018. doi: 10.1590/0102.3772e34416
- Maronesi, L. C., Silva, N. R. da, Cantu, S. de O., & Santos, A. R. dos. (2014). Indicadores de estresse e sobrecarga em cuidadores formais e informais de pacientes oncológicos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 14(3), 877-892. Recuperado de <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/13889/10608>
- Minosso, J. S. M., Amendola, F., Alvarenga, M. R. M., & Oliveira, M. A. de C. (2010). Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatorios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(2), 218-223. doi: 10.1590/S0103-21002010000200011
- Moura, K. R. D., Sousa, E. M. S., Pereira, K. L. A., Barroso, L. M. F. D. M., Miranda, M. S., & Carvalho, G. C. N. (2019). Sobrecarga de cuidadores informais de idosos fragilizados. *Rev. enferm. UFPE on line*, 1183-1191.

- Nunes, D. P., Brito, T. R. P. D., Duarte, Y. A. D. O., & Lebrão, M. L. (2019). Cuidadores de idosos e tensão excessiva associada ao cuidado: Evidências do Estudo SABE. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 21(SUPPL 2), e180020. doi: 10.1590/1980-549720180020.supl.2
- Nunes, S. F L, Alvarez, A. M., Costa, M. F. B. N. A. da, & Valcarenghi, R. V. (2019). Fatores determinantes na transição situacional de familiares cuidadores de idosos com doença de Parkinson. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 28, e20170438. Epub April 29, 2019. doi: 10.1590/1980-265x-tce-2017-0438
- Rangel, R. L., Santos, L. B. dos, Santana, E. dos S., Marinho, M. dos S., Chaves, R. N., & Reis, L. A. (2019). Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Familiar de Idosos com Dependência Funcional. *Rev. Aten. Saúde*, 17(60), 11-18. doi: 10.13037/ras.vol17n60.5564
- Rocha, R., Rocha, E., Machado, M., Souza, A., & Schuch, F. (2020). Overburden of the caregiver of cancer patients in palliative care. *Journal of Nursing UFPE online*, 14. doi: 10.5205/1981-8963.2020.244165
- Santos, M., Leite, E., Alfredo, P., & Rodrigues, J. (2018). Sobrecarga biopsicossocial e estresse do cuidador de idoso dependente. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 20(2), 92-97. doi: 10.23925/1984-4840.2018v20i2a7
- Scazufca, M. (2002). Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. *i*, 24(1), 12-17. doi: 10.1590/S1516-444620020001

Efecto de una intervención con terapia comunitaria integrativa sobre la autoestima y la autoeficacia de los usuarios de sustancias psicoactivas

Effect of intervention with integrative community therapy on self-esteem and self-efficacy of psychoactive substance users

Efeito de uma intervenção com a terapia comunitária integrativa na autoestima e na autoeficácia de usuários de substâncias psicoativas

Alisséia Guimarães Lemes¹, Elias Marcelino da Rocha², Vagner Ferreira do Nascimento³, Rosa Jacinto Volpato⁴, Maria Aparecida Sousa Oliveira Almeida⁵; Margarita Antonia Villar Luis⁶.

¹Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Docente no curso de enfermagem na Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Campus Universitário do Araguaia (CUA), Barra do Garças, Mato Grosso, Brasil. Orcid: <http://orcid.org/0000-0001-6155-6473>. Correo electrónico alisseia@hotmail.com.

²Enfermeiro. Mestre em Ciências da Saúde. Docente no curso de enfermagem na Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Campus Universitário do Araguaia (CUA), Barra do Garças, MT, Brasil. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-0086-8286>. Correo electrónico: elefamoso@hotmail.com.

³Enfermeiro. Doutor em Bioética. Docente no curso de enfermagem da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT), Campus Universitário de Tangará da Serra. Tangará da Serra, Mato Grosso, Brasil. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-3355-163X>. Correo electrónico: vagnerschon@hotmail.com.

⁴Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE/USP). Barra do Garças, Mato Grosso, Brasil. Orcid: <http://orcid.org/0000-0001-5709-7008>. Correo electrónico: rosamjacinto@hotmail.com.

⁵Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Barra do Garças, Mato Grosso, Brasil. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-1448-2923> Correo electrónico: almeidacida@hotmail.com.

⁶Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular do departamento de Enfermagem Psiquiátrica na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-9907-5146>. Correo electrónico: margart@eerp.usp.br.

Correspondencia: Alisséia Guimarães Lemes - Endereço para correspondência: Universidade Federal de Mato Grosso, Campus Universitário do Araguaia, Curso de Enfermagem. Av.

Valdon Varjão, 6390. Barra do Garças, MT, Brasil. CEP: 78600-000.
 Correo electrónico de contacto: alisseia@hotmail.com.

Apoio financiamento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES / Novo Prodoutoral / UFMT – por oferecimento de bolsa de doutorado à Alisséia Guimarães Lemes (Nº1762375).

Agradecimentos: Aos usuários e gestores das comunidades terapêuticas participantes do estudo. Aos colaboradores do grupo de pesquisa em saúde mental da Universidade Federal de Mato Grosso, Campus de Barra do Garças-MT, Brasil que auxiliaram na pesquisa.

Conflito de interesse: os autores declaram não haver qualquer potencial conflito de interesse em relação à pesquisa, autoria e/ou publicação deste artigo.

Para citar artículo: Lemes, A. G., Rocha, E. M., Nascimento, V. F., Volpato, R. J., Almeida, M. A. S. O., & Luis, M. A. V (2021). Efecto de una intervención con terapia comunitaria integrativa sobre la autoestima y la autoeficacia de los usuarios de sustancias psicoactivas. *Cultura de los Cuidados*, 25(60). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.60.21>

Recibido:10/12//2021 Aceptado: 11/03/2021



RESUMEN

El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de un programa de intervención de Terapia Comunitaria Integrativa (TCI) sobre la autoestima y la autoeficacia de los usuarios de sustancias psicoactivas. Se trata de un estudio de intervención cuasi experimental, realizado con 21 reclusos de tres comunidades terapéuticas en la región del Valle de Araguaia, que se sometieron a seis ruedas de TCI en la primera mitad de 2018. La recopilación se realizó en tres etapas, utilizando un cuestionario semiestructurado, la Escala de autoestima de Rosenberg y la Escala de autoeficacia general percibida, evaluada mediante un método estadístico no paramétrico. Los resultados revelaron que la edad promedio de los participantes fue de 37.57 años, siendo hombres marrones y soltero. El uso de las TCI ayudó a mejorar los niveles de autoestima y autoeficacia en comparación con la etapa inicial ($p=0.002$; $p=0.003$). Se concluyó que el uso de las TCI tuvo efectos positivos sobre la autoestima y la autoeficacia, señalando que es una tecnología importante y asequible para el cuidado de la salud que debe incluirse en el plan terapéutico de estos usuarios.

Palabras clave: Autoeficacia; autoimagem; salud mental; terapias complementarias; consumidores de drogas.

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the effect of an Integrative Community Therapy (TCI) intervention program on the self-esteem and self-efficacy of psychoactive substance users. This is a quasi-experimental intervention study, conducted with 21 inmates from three therapeutic communities in the Araguaia Valley region, who underwent a six TCI wheels in the first half of 2018. The collection took place in three stages, using a semi-structured questionnaire, the Rosenberg Self-Esteem Scale and the Perceived General Self-Efficacy Scale, evaluated by non-parametric statistical method. The results revealed that the average age of the participants was 37.57 years, being brown and single. The use of TCI helped to improve their self-esteem and self-efficacy levels when compared to the initial stage ($p=0.002$; $p=0.003$). It was concluded that the use of TCI had positive effects on self-esteem and self-efficacy, pointing it as an important, affordable and affordable health care technology that should be included in the therapeutic plan of these users.

Keywords: Self Efficacy; self concept; mental health; complementary therapies; drug users.

RESUMO

Objetivou avaliar o efeito de um programa de intervenção com a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) na autoestima e na autoeficácia de usuários de substâncias psicoativas. Trata-se de um estudo de intervenção quase-experimental, realizado com 21 internos de três comunidades terapêuticas na região do Vale do Araguaia, submetidos a seis rodas de TCI no primeiro semestre de 2018. A coleta ocorreu em três etapas, utilizando um questionário semiestruturado, a Escala de Autoestima de Rosenberg e a Escala de Autoeficácia Geral Percebida, avaliados por método estatístico não-paramétricos. Os resultados revelaram que a média de idade dos participantes foi de 37,57 anos, sendo homens pardos e solteiros. O uso da TCI auxiliou os usuários na melhora dos níveis de autoestima e autoeficácia quando comparado a etapa inicial ($p=0,002$; $p=0,003$). Conclui-se que o uso da TCI apresentou efeitos positivos sobre a autoestima e a autoeficácia, apontando-a como uma importante tecnologia do cuidado em saúde, acessível e de baixo custo, que deve ser inserida no plano terapêutico desses usuários.

Palavras-chave: Autoeficácia; autoestima; saúde mental; terapias complementares; usuários de drogas.

INTRODUÇÃO

No mundo, 275 milhões de pessoas entre 15 e 64 anos já usaram drogas pelo menos uma vez na vida, sendo registradas em 2015, cerca de 450.000 mortes em decorrência dos malefícios ocasionados direta ou indiretamente por esse consumo, o que se constitui um grave problema de saúde pública. Muitos países ainda não fornecem tratamento adequado e serviços de saúde para reduzir os danos do consumo de substâncias

psicoativas (SPA), sendo que apenas uma a cada seis pessoas alcança esse tratamento (UNODC, 2018). Dentre os fatores que são prejudiciais ao usuário, pela situação de dependência de substâncias, destaca-se o comprometimento da autoestima e da autoeficácia, que quando não se encontram adequadamente, podem agravar ainda mais a condição de vida deste usuário, fator que dificultam a sua adesão ao tratamento.

A autoestima tem sido relacionada ao sentimento de valor próprio (Rosenberg, 1989), enquanto que a autoeficácia compreende a forma como os indivíduos se veem para atingir seus objetivos e controlar o ambiente em sua volta (Bandura, 1989). A autoestima, quando se encontra adequada, está associada a um humor positivo, enquanto uma boa percepção da autoeficácia tem relação com domínios importantes para a pessoa (Rosenberg, 1989), aspectos fundamentais para a manutenção no projeto terapêutico estabelecido. Ao contrário disso, com a baixa autoestima e a baixa autoeficácia, o processo de cuidado é prejudicado, seja por conta dos entraves do sentimento de impotência e incapacidade (Ronzani, Noto & Silveira, 2014), seja pela maior dificuldade em compartilhar emoções, apresentando menor incidência no enfrentamento dos problemas, e prejuízos nas perspectivas de mudança (Altamirano, Hernández & García, 2012; Colomar et al., 2014).

Diante disso, torna-se necessária a busca de novas possibilidades de tratamento, a fim de alcançar esses usuários, especialmente através de práticas de cuidados que sejam familiares ao seu contexto de vida e ambiente, e que possuam caráter comunitário para facilitar as manifestações e garantir a rede de apoio solidária. Exemplos de práticas dessa natureza já são consolidados no Brasil, desde 2006, particularmente após a implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2018). Essas práticas envolvem abordagens que visam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, por meio de técnicas eficazes e seguras, que utilizam a escuta acolhedora, a criação de vínculos sociais, a interação com o meio ambiente e a sociedade, a ampliação da visão do processo saúde-doença e a promoção do autocuidado (Brasil, 2015). No campo da dependência química, pesquisadores brasileiros têm reportado os benefícios dessa prática, como o uso da terapia comunitária integrativa (TCI) (Giffoni & Santos, 2011; Lemes et al., 2017; Lemes et al., 2019).

A TCI, criada em 1987 e inserida no SUS em 2008, trata-se de uma modalidade terapêutica realizada no âmbito da comunidade, por meio de roda/sessão capaz de proporcionar aos participantes espaço de escuta terapêutica qualificada, além de

contribuir para a melhora da autoestima (Cordeiro et al., 2011) e da autonomia (Melo et al., 2015), ativando o despertar para a corresponsabilização no processo de recuperação e, conseqüentemente, na promoção do autocuidado.

Todavia, devido à escassez de pesquisas que mensurem sistematicamente a efetividade dessa intervenção junto a esses usuários, objetivou-se, neste estudo, avaliar o efeito de um programa de intervenção com a TCI na autoestima e a autoeficácia de usuários de substâncias psicoativas.

MÉTODOS

Estudo de intervenção quase-experimental quantitativo foi realizado com internos de três comunidade terapêutica, localizadas na região do Vale do Araguaia, Brasil. Essa região, possui quatro Comunidades Terapêuticas (CT), sendo três masculinas e uma feminina.

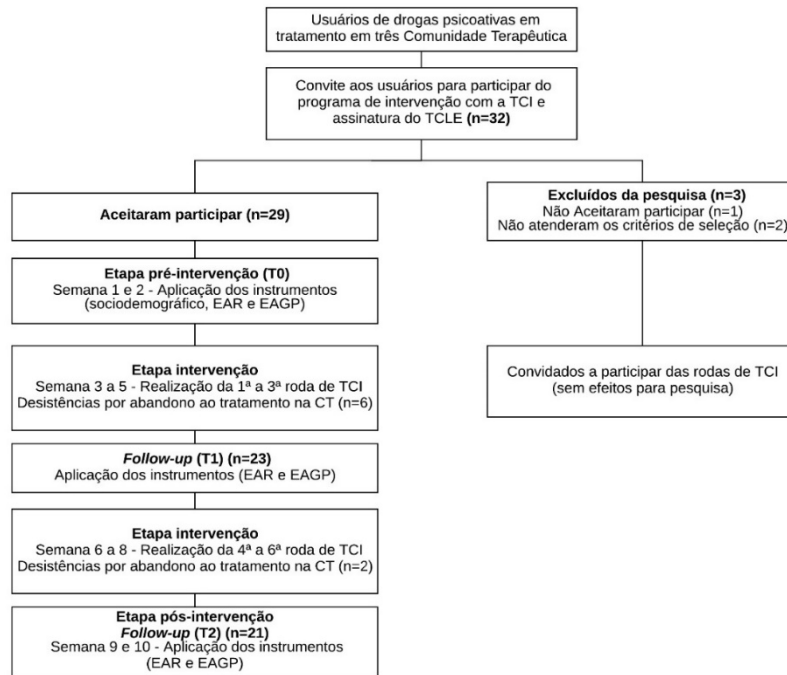
As CT selecionadas são instituições similares em relação à proposta de acompanhamento, de natureza religiosa, protestante evangélica, com capacidade para até 30 homens com idade ≥ 18 anos que se encontram em situação de dependência química. A escolha por instituições masculinas, foi devido ao número maior de participantes com características semelhantes na modalidade de recuperação.

A entrada dos usuários nestas CT ocorre por meio de demanda espontânea ou por encaminhamento dos serviços de saúde local. Os internos podem permanecer até doze meses em abordagem de reclusão. A assistência médica, quando necessária, é realizada pela rede de saúde local disponível, como o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Brasil, 2019). Estas unidades são consideradas como uma das opções de apoio na recuperação de usuários de SPA na região e por serem vinculadas à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Atualmente, tais serviços são parte integrante do Ministério da Cidadania (órgão federal responsável pelo tratamento de dependentes químicos), através do Decreto nº 9.761/2019, que aprovou a atual Política Nacional sobre Drogas (Brasil, 2019).

A população do estudo foi selecionada por conveniência de acessibilidade (Creswell, 2014), sendo composta por 32 homens residentes nestas CT. Os critérios de inclusão foram: homens ≥ 18 anos, que tenham participado das seis rodas de TCI. Foram excluídos da pesquisa usuários com menos de uma semana de acompanhamento em uma das três CT. Após aplicação desses critérios, atingiu-se a amostra de 29 participantes.

Todo o processo da pesquisa (coleta de dados e intervenção) teve a duração de 10 semanas consecutivas, e foi dividido em três etapas, denominadas pré-intervenção (T0), intervenção e T1 (primeiro *follow-up*) e pós-intervenção e T2 (segundo *follow-up*). Todos os procedimentos foram realizados separadamente em cada CT. A figura 1 apresenta o protocolo e etapas do estudo, bem como as perdas durante o seguimento.

Figura 1. Fluxograma do protocolo de intervenção com a Terapia Comunitária Integrativa.



A primeira etapa do estudo “pré-intervenção” foi destinada à visita às CT para apresentação dos pesquisadores e auxiliares e das informações sobre os objetivos da pesquisa, para assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e para aplicação dos instrumentos de coleta de dados (T0). Na segunda etapa “intervenção”, foi destinada a execução das seis rodas de TCI em cada CT. Nessa etapa, houve a aplicação da segunda fase da coleta de dados (T1- primeiro *follow-up* - 3 semanas) a 24 participantes, pois, houve perda por abandono ao tratamento na CT de cinco participantes. A coleta de dados ocorreu no intervalo da 3ª para a 4ª rodas. A terceira etapa “pós-intervenção” foi destinada à reaplicação dos instrumentos de coleta de dados (T2 segundo *follow-up* – 6 semanas) a 21 participantes, pois, também houve perda por abandono ao tratamento de três participantes entre a realização da 5ª e 6ª rodas e finalização da pesquisa.

Os instrumentos utilizado foram um roteiro semiestruturado elaborado pelos próprios pesquisadores, composto por questões objetivas sociodemográficos (idade, cor da pele, estado civil, religião, escolaridade, situação de emprego atual e renda familiar) e o perfil de uso de substâncias psicoativas e tratamento para dependência. Além disso, foram utilizados dois inventários validados no Brasil, a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) e a Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP). Quanto as coletas de dados, ocorreram em local calmo e seguro, por entrevista, tendo duração média de 30 minutos.

A EAR avalia a autoestima global através de sentimentos de autoestima e auto aceitação. É composta por 10 questões (cinco positivas e cinco negativas), respondidas em uma escala tipo *likert* de quatro pontos (1–Concordo completamente, 2– Concordo, 3– Discordo, 4– Discordo completamente). Para os itens 1, 2, 4, 6 e 7 (de autoconfiança), a pontuação é a seguinte: Concordo completamente = 4; concordo = 3; discordo = 2; e discordo completamente = 1. Em relação aos itens 3, 5, 8, 9, e 10 (de auto depreciação), a pontuação é invertida. O valor total é através da soma dos valores dos itens, obtendo valores entre 10 e 40 pontos, sendo que, quanto maior a pontuação maior a percepção de autoestima. A versão validada no Brasil apresentou consistência interna com alfa de *Cronbach* de 0,90 (Hutz & Zanon, 2011).

A EAGP é uma escala utilizada para avaliar auto crenças otimistas para lidar com uma variedade de demandas difíceis na vida. É composta de 10 questões tipo *likert* numa escala de 1 a 4; quanto maior a pontuação, maior a percepção de autoeficácia. Sendo esta versão validada no Brasil com consistência interna do alfa de *Cronbach* 0,85 (Sbicigo et al., 2012).

Quanto a intervenção proposta, os usuários foram submetidos a um programa de intervenção com a Terapia Comunitária Integrativa. A TCI trata-se de uma prática brasileira, criada em 1987 e inserida no SUS na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no ano de 2008 (Barreto, 2008; Brasil, 2018), como uma ferramenta de intervenções e cuidado na saúde mental, por possibilitar a ampliação ações preventivas e de promoção à saúde (Ferreira Filha, Lazarte & Dias, 2019). Esta prática está alicerçado em cinco pilares teóricos: o pensamento sistêmico; a pedagogia de Paulo Freire; a Antropologia cultural; a teoria da comunicação; e a resiliência que norteiam a sua prática (Barreto, 2008).

O protocolo de intervenção foi composto por seis rodas de TCI aplicadas aos residentes nas CT. Destaca-se que não foi encontrado na literatura nenhum estudo que

mencionasse o número mínimo de rodas de TCI a ser aplicada que avaliavam sua efetividade. Optou-se por realizar seis rodas devido à dificuldade de manutenção dos usuários por período maior do que dois meses de tratamento em CT. Os participantes vivenciaram a aplicação da TCI junto aos terapeutas comunitários (facilitadores da intervenção), com duração média de 90 minutos cada roda/sessão, realizadas no período de janeiro a maio de 2018. Os terapeutas comunitários seguiram o protocolo de execução/realização das rodas de TCI criado pelo precursor desta terapia, que compreende a um passo a passo de cinco etapas: acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização e encerramento (Barreto, 2008).

Os dados foram duplamente lançados em planilha do *Microsoft Excel*[®] 2013 e analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences-SPSS*[®] versão 22. Os dados oriundos do questionário semiestruturado foram analisados por meio da estatística descritiva. Os valores das pontuações das escalas utilizadas (EAR e EAGP) foram apresentados através de mediana, média e desvio-padrão e aplicação do teste de comparação de K grupos pareados, Teste de Friedman, e posterior comparação aos pares, *post hoc* Teste de Wilcoxon com correção de Bonferroni ao nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Foram respeitados todos os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), iniciando a investigação somente após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP, sob CAAE: 68444017.8.0000.5393 e parecer nº 2.487.000.

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 21 participantes, sendo homens, com idade entre 19 e 61 anos, com média de idade de 37,57 anos, que se autodeclararam pardos (62%), solteiros (62%), com religião (86%), tendo cursado de forma completa ou incompleta, o ensino fundamental (67%), sem emprego remunerado (82%) e ausência de renda familiar (57%).

A substância de primeiro uso entre os usuários foi o álcool (48%), seguido do tabaco (24%) e a maconha (19%), consumida entre 5 a 29 anos. Verificou-se entre eles, um histórico de múltiplas internações para tratar a dependência (67%), sendo o tratamento atual buscado em decorrência do uso abusivo de crack (48%) e álcool (28%).

Na Tabela 1, verifica-se alterações na média e mediana dos escores obtidos na EAR, antes, durante e após a intervenção, demonstrando uma melhora nos níveis de autoestima, quando comparado o T1 (29,48), T2 (32,38) ao estado inicial - T0 (28,14). Observou-se ainda, uma diferença significativa entre as médias se comparada antes e depois ($p=0,002$) da intervenção com a TCI (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição da análise Inferencial da pontuação da Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), nos três tempos avaliados (T0, T1, T2). Região Vale do Araguaia, Brasil, 2018. ($n=21$)

Descrição	Escala de Autoestima de Rosenberg		<i>p</i> -valor
	Média±DP	Mediana (Max - Min)	
T0 – EAR	28,14±4,30	28,16 (37 – 19)	
T1 – EAR	29,48±3,34	31 (33 – 21)	0,001 ^a
T2 – EAR	32,38±4,75	34 (40 – 21)	
EAR – T0xT1			0,651
EAR – T0xT2			0,002 ^b

^a $p<0,05$ - teste de Friedman e teste de comparação de K grupos pareados.

^b $p<0,05$ post hoc teste Wilcoxon com correção de Bonferroni.

Na Tabela 2, verifica-se um aumento progressivo nos valores da média da autoeficácia, quando comparado o T1 (32,66), T2 (34,90) ao estado inicial – T0 (29,95), sendo confirmado pelo pós teste realizado ($p=0,003$) (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição da análise Inferencial da pontuação da Escala da Autoeficácia Geral Percebida (AEGP), nos três tempos avaliados (T0, T1, T2). Região Vale do Araguaia, Brasil, 2018. ($n=21$)

Descrição	Escala da Autoeficácia Geral Percebida		<i>p</i> -valor
	Média±DP	Mediana (Max - Min)	
T0-AEGP	29,95±4,82	30 (39 - 20)	
T1-AEGP	32,66±4,59	33 (40 - 26)	0,001 ^a
T2-AEGP	34,90±5,21	37 (40 - 24)	
AEGP- T0 x T1			0,84
AEGP- T0 x T2			0,003 ^b

^a $p<0,05$ - teste de Friedman e teste de comparação de K grupos pareados.

^b $p<0,05$ post hoc teste Wilcoxon com correção de Bonferroni.

DISCUSSÃO

Existe constante procura por tecnologias leves (Merhy, 2008) e de baixo custo como alternativas para auxiliar no tratamento do uso de substâncias psicoativas. A TCI tem se destacado como uma técnica promissora; apesar disso, existem poucas pesquisas que avaliaram seus efeitos quando voltada para os usuários de drogas.

Os resultados deste estudo sugerem que dentre os participantes das rodas de TCI ocorreu uma melhora dos níveis de autoestima e a autoeficácia, quando comparado ao estado inicial avaliado, revelando achados pioneiros dos efeitos desta terapia.

Os participantes do estudo apresentaram boa média nos níveis de autoeficácia e autoestima, talvez por já se encontrarem em recuperação. Dados distintos foram encontrados em estudo no sul do Brasil, o qual mostrou autoestima baixa em 96% dos usuários em tratamento para dependência química (Silveira et al., 2013), diferença que pode ter sido atribuída ao fato de que os instrumentos para mensuração da autoestima foram diferentes nos estudos.

Estudo realizado na Paraíba (BR) demonstrou que o uso de álcool apresenta influência negativa na autoestima; quanto maiores os problemas com o álcool, menor o autovalor e autodepreciação do usuário, condição que pode ser geradora de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de drogas (Formiga et al., 2014), com comprometimento para a saúde e a qualidade de vida (Silveira et al., 2013).

Altos níveis de autoestima precedem a melhora do estado de bem-estar e boa saúde em geral, o que se reflete em altos níveis de autoeficácia (Fernández-Ballesteros et al., 2002; Mesa-Fernández et al., 2019). Em relação aos usuários, isso permite a participação ativa no seu processo de reabilitação, incluindo-se nas atividades ofertadas no ambiente terapêutico.

Uma revisão sistemática internacional apresentou os resultados benéficos da autoestima, estando diretamente associada no auxílio na persistência após falhas (Baumeister et al., 2003), assim como um estudo norte-americano, entre jovens multirraciais, que sinalizou a autoestima como recurso que colabora para o alcance de uma visão favorável sobre si, podendo diminuir o uso de drogas (Fisher et al., 2017).

Estudo realizado em comunidades terapêuticas, cujo objetivo foi analisar a relação da autoeficácia e a estratégia de enfrentamento antecipatória, reportou que quanto mais o indivíduo acredita ser eficaz ao lidar com emoções negativas, mais sentirá capaz de ser assertivo na recusa de substâncias de abuso, com autocontrole emocional (Rodrigues, Alves & Martins, 2019). Além disso, pesquisa mexicana reportou que a presença de autoestima e autoeficácia contribui para diminuir a quantidade de uso de bebida alcoólica e tabaco entre adolescentes (Maldonado et al., 2008).

Como visto anteriormente, os resultados desta investigação sugerem que a aplicação da TCI pode ser responsável por melhorar os níveis de autoestima e autoeficácia entre os usuários de SPA em tratamento. As análises demonstraram aumento nas médias de pontuação das escalas utilizadas, durante e após as intervenções, o que sugere que a TCI não foi somente eficaz na melhora desses indicadores durante a intervenção, mas

também ao longo da recuperação dos usuários, o que propõe que em quanto mais rodas os usuários participarem, melhores podem ser os resultados.

Alguns autores reforçam que a TCI auxiliou na melhora da autoestima após sua realização com usuário de álcool (Giffoni & Santos, 2011), com familiares de usuários de álcool (Ferreira Filha et al., 2012) e com usuários de substâncias psicoativas lícitas e/ou ilícitas (Lemes et al., 2019).

Estudos brasileiros destacam que as rodas de TCI propiciam a oportunidade de melhora da autoestima, por constituírem-se num espaço de reflexão e promoção da resiliência, da troca de experiências de vida, da expressão de sentimentos (negativos e positivos) (Cordeiro et al., 2011; Melo et al., 2015; Ferreira, Lazarte & Dias, 2019) e do fortalecimento dos vínculos interpessoais. Percebe-se então, que se trata de uma experiência ampla que congrega fatores importantes que contribuem positivamente na vida de usuários de substâncias psicoativas.

A TCI, por promover a criação de vínculos entre usuários, terapeutas comunitários e trabalhadores dos serviços, pode ser um fator que solidifica a adesão ao serviço e ao tratamento. Autores apontam que a autoestima e a autoeficácia podem contribuir para a melhora do autocontrole sobre o consumo de substâncias psicoativas, além de melhorar o enfrentamento de risco e convívio social de apoio (Ávila et al., 2016), condições importantes para a mudança de comportamento de uso e para a manutenção do foco, quer seja a reabilitação que visa à redução de danos quer seja a abstinência de drogas.

Estudo brasileiro realizado no Ceará mostrou a necessidade de que os usuários de substâncias tenham a possibilidade de participar ativamente do processo terapêutico e que sejam escutados de modo ativo pelos profissionais que os atendem (Costa et al., 2015). Nesse caso, a TCI possibilita uma escuta dessa natureza e promove a participação ativa do usuário.

O que se percebe neste estudo (e outros autores corroboram) é que torna-se necessária a avaliação da autoestima e da autoeficácia no planejamento e na sistematização de ações, a serem executadas com esses usuários, voltadas para a introdução de atividades que auxiliem no processo de reabilitação (Costa et al., 2015), seja em serviços de saúde abertos ou fechados, desde que respeitem a participação ativa do usuário em seu processo terapêutico.

A necessidade do fortalecimento da autoestima e da autoeficácia deve se estender também ao campo da prevenção, pois a baixa autoeficácia foi considerada em

estudo internacional realizado com adolescentes (Karatay & Baş, 2019) como fatores de risco para o início do consumo de SPA. Assim, empenhar esforços juntos a essas categorias, e precocemente nos ciclos de vida, torna-se fator decisivo para a prevenção do uso dessas substâncias.

Assim, pode-se sugerir com o presente estudo que dentre os participantes das rodas de TCI, houve uma melhora nos níveis de autoestima e autoeficácia, quando comparado a etapa inicial. Dessa forma, sugere-se que seu uso pode e deve ser expandida como uma prática integrativa e complementar a outros tipos de serviços e também em programas de prevenção do uso de SPA e promoção da saúde em situação de dependência de substância.

Como limitações, destacam-se o tamanho amostral e a inclusão de apenas uma localidade, embora esteja de acordo com as características da população estudada – que apresenta alta rotatividade - e também pelo perfil de esse tipo de serviço não comportar grande quantitativo de usuários em sistema de internação residencial. Assim sendo, ressalta-se a necessidade da continuidade de investigações para testar os efeitos da TCI e verificar seus benefícios nos diversos grupos da população e serviços comunitários.

CONCLUSÃO

As evidências apresentadas neste estudo apontaram efeitos positivos da TCI na melhoria da autoestima e da autoeficácia entre usuários de substâncias psicoativas, o que reforça a importância dessa tecnologia leve em saúde no acolhimento e cuidado dessa clientela.

Os achados demonstraram que quanto mais rodas de TCI o usuário participar, melhor poderá ser seus resultados, sugerindo neste estudo um protocolo de aplicação desta terapia de no mínimo seis rodas de TCI em pesquisas a serem realizadas com usuários de drogas em tratamento, tendo em vista os resultados alcançados.

As evidências também revelaram o potencial de aplicabilidade da TCI, como terapia única neste contexto de tratamento, bem como complementar, enquanto recurso terapêutico que auxilia o usuário na ressignificação de suas histórias de vida e sofrimento advindos de tais percursos, além do enfrentamento e manejo das possíveis adversidades ou obstáculos que se apresentam no decorrer do tratamento. Impactando na qualidade de vida dos usuários de substâncias psicoativas e no processo de saúde doença.

REFERÊNCIAS

- Altamirano, M. V., Hernández, J. L. A., & García, A. L. M. (2012). Asertividad y consumo de drogas en estudiantes mexicanos. *Acta colombiana de Psicología*. 15(1), 131-141.
- Ávila, A. C., Yates, M. B., Silva, D. C., Rodrigues, V. S., & Oliveira, M. S. (2016). Avaliação da autoeficácia e tentação em dependentes de cocaína/crack após tratamento com o modelo transteórico de mudança (MTT). *Aletheia*. 49, 74-88.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*. 44(9), 1175-1184.
- Barreto, A. P. (2008). *Terapia Comunitária passo a passo*. 3. ed. Fortaleza: Gráfica LCR.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological science in the public interest*. 4(1), 1-44, 2003.
- Brasil. Ministério da saúde. (2015). *Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Colomar, M., Tong, V. T., Morello, P., Farr, S. L., Lawsin, C., Dietz, P. M., et al. (2014). Barriers and Promoters of an Evidenced-Based Smoking Cessation Counseling During Prenatal Care in Argentina and Uruguay. *Maternal and Child Health Journal*. 1-9.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2018). *Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2019). *Nota Técnica nº 11/2019: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Cordeiro, R. C., Azevedo, E. B., Silva, M. S. S., Ferreira Filha, M. O., Silva, P. M. C., & Moraes, M. N. (2011). Terapia Comunitária Integrativa na estratégia saúde da família: análise acerca dos depoimentos dos seus participantes. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações*. 9(2), 192-201.
- Costa, C. T. S., Albuquerque, J. T. P. J., Oliveira, E. N., Rocha, S. P., & Araújo, L. N., Bandeira, A. C. N. (2015). Intervenção motivacional breve no cuidado à saúde do usuário de substância hospitalizado. *SANARE Suplemento*. 14(2), 25-29.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: quantitative, qualitative and mixed methods approaches*. 4th ed. Sage Publications: CA.
- Fernández-Ballesteros, R., Díez-Nicolás, J., Caprara, G. V., Barbaranelli, C. & Bandura, A. (2002). Determinants and structural relation of perceived personal efficacy to perceived collective efficacy. *Applied Psychology: an international review*. 51(1), 107-125.
- Ferreira Filha, M. O., Lazarte, R., & Dias, M. D. (2019). *Terapia comunitária integrativa e a pesquisa ação/intervenção: estudos avaliativos*. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB.

- Ferreira Filha, M.O., Sá, A.N.P., Rocha, I.A., Silva, V.C.L., Souto, C.M.R.M., & Dias, M.D. (2012). Alcoolismo no contexto familiar: estratégias de enfrentamento das idosas usuárias da terapia comunitária. *Revista RENE*. 13(1), 26-35.
- Fisher, S., Zapolski, T.C.B., Sheehan, C., & Barnes-Najor, J. (2017). Pathway of protection: Ethnic identity, self-esteem, and substance use among multiracial youth. *Addictive behaviors*. 72. 27-32. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28343088>.
- Formiga, N.S., Souza, R.C.M., Picanço, E.L., & Santos, J.D.B. (2014). Transtorno no uso do álcool e autoestima: verificação de um modelo empírico em diferentes grupos sociais. *Mudanças: psicologia da Saúde*. 22(1), 9-19.
- Giffoni, F.A.O., & Santos, M.A. (2011). Terapia comunitária como recurso de abordagem do problema do abuso do álcool, na atenção primária. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 19(n. Spe), 821-830.
- Hutz, C.S., & Zanon, C. (2011). Revisão da adaptação, validação e normatização da Escala de Autoestima de Rosenberg. *Revista Avaliação psicológica*. 10(1), 41-49.
- Karatay, G., & Baş, N.G. (2019). Factors affecting substance use and self-efficacy status of students in eastern Turkey. *Ciência & Saúde Coletiva*. 24(4), 1317-1326.
- Lemes, A.G., Nascimento, V.F., Rocha, E.M., Moura, A.A.M., Luis, M.A.V., & Macedo, J.Q. (2017). Integrative Community Therapy as a strategy for coping with drug among inmates in therapeutic communities: documentary research. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Droga*. 13(2), 101-108.
- Lemes, A.G., Rocha, E.M., Nascimento, V.F., Volpato, R.J., Almeida, M.A.S.O., Franco, S.E.J., et al. (2019). Benefícios da terapia comunitária integrativa revelados por usuários de substâncias psicoativas. *Acta Paulista de Enfermagem*. No prelo.
- Maldonado, R.M., Pedrão, L.J., Castilho, M.M.A., García, K.S.L., Rodríguez, N.N.O. (2008). Auto-estima, auto-eficácia percebida, consumo de tabaco e álcool entre estudantes do ensino fundamental, das áreas urbana e rural, de Monterrey, Nuevo León, México. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 16(n.Spe), 614-620.
- Melo, P.S., Ribeiro, L.R.R., Costa, A.L.R.C., & Urel, D.R. (2015). Repercussões da terapia comunitária integrativa nas pessoas doentes renais durante sessão de hemodiálise. *Revista Online de pesquisa cuidado é fundamental*. 7(2), 2200-2214. Recuperado de: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2841/pdf_1521.
- Merhy, E.E. (2008). *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde*. Recuperado de https://digitalrepository.unm.edu/lasm_pt/145/.
- Mesa-Fernández, M., Pérez-Padilla, J., Nunes, C., & Menéndez, S. (2019). Bienestar psicológico en las personas mayores no dependientes y su relación con la autoestima y la autoeficácia. *Ciência & Saúde Coletiva*. 24(1), 115-124.

- Rodrigues, G.C., Alves, R.B., & Martins, P.R. (2019). Relação entre autoeficácia e estratégias de enfrentamento de usuários abstinentes de drogas. *Revista Saúde e Pesquisa*. 12(2), 283-294.
- Ronzani, T. M., Noto, A. R., Silveira, P. S. (2014). Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores. Juiz de Fora: Editora UFJF.
- Rosenberg, M. (1989). Society and the adolescent self-image. Revised Edition. Middletown, CT: Wesleyan University Press.
- Sbicigo, J.B., Teixeira, M.A.P., Dias, A.C.G., & Dell’Aglío, D.D. (2012). Propriedades Psicométricas da Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP). *Revista PSICO*. 43(2), 139-146.
- Silveira, C., Meyer, C., Souza, G.R., Ramos, M.O., Souza, M.C., Monte, F.G., et al. (2013). Qualidade de vida, autoestima e autoimagem dos dependentes químicos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 18(7), 2001-2006.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2018). Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. Booklet 1. E18(XI.9), 34. Recuperado de <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/relatorio-mundial-sobre-drogas.html>

La Terapia Asistida con Animales. Un análisis de concepto

Animal Assisted Therapy. A concept análisis

Terapia Assistida por Animais. Uma análise do conceito

Judith Balaguer Sancho¹, Dra. María Teresa Lluch Canut², Dra. Montserrat Puig Llobet³, Dra. María Carmen Moreno Arroyo⁴.

¹Estudiante de Doctorado en Enfermería y Ciencias de la Salud. Escuela de Enfermería, Campus de Bellvitge. Universitat de Barcelona (España). Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9347-9011>. Correo electrónico: jbalaguer21@hotmail.com

²Catedrática de Escuela Universitaria. Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Materno Infantil. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universitat de Barcelona (España). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2064-8811> Correo electrónico: tlluch@ub.edu

³Directora del Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Materno Infantil. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud y Profesora Agregada. Universitat de Barcelona, Orcid:<https://orcid.org/0000-0002-3893-4488>. Correo electrónico: monpuigllob@ub.edu

⁴Profesora Colaboradora. Departamento de Enfermería Fundamental y Médico-quirúrgica. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universitat de Barcelona- (España). Correo electrónico de contacto: carmenmoreno@ub.edu

Correspondencia: Calle Pare Pere Boronat 16, Santa Coloma de Cervelló CP:08690. Barcelona. España
Correo electrónico de contacto: jbalaguer21@hotmail.com

Para citar artículo: Balaguer Sancho, J., Lluch Canut, .M.T., Puig Llobet, M., & Moreno Arroyo M.C. (2021). La Terapia Asistida con Animales. Un análisis de concepto. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 25(60). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.60.22>

Recibido:10/12//2021 Aceptado: 11/03/2021



RESUMEN

Introducción: La literatura reporta, en relación a la "Terapia Asistida con Animales", beneficios para la salud en ámbitos, como es la salud mental. El colectivo enfermero ha reportado escasa literatura en evaluar este tipo de intervenciones a pesar de la relación entre el concepto y la profesión. **Objetivo:** Analizar el concepto de "Terapia

Asistida con Animales” y proponer su uso en los cuidados enfermeros, en personas con enfermedad mental. Material y métodos: Se analizó el concepto mediante la técnica de análisis de Wilson, identificando los elementos conceptuales a través de casos prácticos. La revisión documental se aplicó en las bases de datos PUBMED, CINHALL y el buscador de Google. Se seleccionaron los artículos, de los últimos diez años, que incluían los conceptos clave. Resultados: Este análisis permite utilizar un lenguaje claro y conciso sobre el concepto. Ofrece, a las disciplinas interesadas en aplicar estas terapias, una visión más amplia del mismo. Conclusiones: El concepto analizado es un fenómeno complejo que varía según factores sociales, culturales y emocionales. Su aplicabilidad en la enfermería dependerá del contexto y conocimiento del mismo.

Palabras clave: Terapia asistida con animales; intervención asistida con animales; enfermedad mental; análisis de concepto; cuidados de enfermería de salud mental.

ABSTRACT

Introduction: The literature reports, in relation to "Animal Assisted Therapy", health benefits in areas such as mental health. The nursing community has reported little literature on evaluating this type of intervention despite the relationship between the concept and the profession. Objective: Analyze the concept of "Animal Assisted Therapy" and propose its use in nursing care in people with mental illness. Material and methods: The concept was analyzed using the Wilson analysis technique, identifying the conceptual elements through practical cases. The documentary review was applied in the databases PUBMED, CINHALL and the Google search engine. Articles were selected from the last ten years, which included the key concepts. Results: This analysis allows to use clear and concise language about the concept. It offers, to the disciplines interested in applying these therapies, a broader vision of it. Conclusions: The concept analyzed is a complex phenomenon that varies according to social, cultural and emotional factors. Its applicability in nursing will depend on the context and knowledge of it.

Keywords: Animal-assisted therapy; animal assisted intervention; Mental illness; concept analysis; mental health nursing care.

RESUMO

Introdução: A literatura relata, em relação à "Terapia Assistida por Animais", benefícios à saúde em áreas como a saúde mental. A comunidade de enfermagem tem relatado pouca literatura sobre a avaliação desse tipo de intervenção, apesar da relação entre o conceito e a profissão. Objetivo: Analisar o conceito de "Terapia Assistida por Animais" e propor sua utilização na assistência de enfermagem a pessoas com doença mental. Material e métodos: O conceito foi analisado pela técnica de análise de Wilson, identificando os elementos conceituais por meio de casos práticos. A revisão documental foi aplicada nas bases de dados PUBMED, CINHALL e no motor de busca Google, tendo sido selecionados artigos dos últimos dez anos, que incluían os conceitos-

chave.Resultados: Esta análise permite utilizar uma linguagem clara e concisa sobre o conceito. Oferece, às disciplinas interessadas em aplicar essas terapias, uma visão mais ampla da mesma.Conclusões: O conceito analisado é um fenômeno complexo que varia de acordo com fatores sociais, culturais e emocionais. Sua aplicabilidade na enfermagem dependerá do contexto e do conhecimento do mesmo.

Palavras-chave: Terapia assistida por animais; intervenção assistida por animais; doença mental; análise de conceito; cuidados de enfermagem em saúde mental.

INTRODUCCIÓN

Levinson (1969), psicólogo infantil norteamericano, de forma casual, descubrió el poder terapéutico de la interacción entre el animal y el ser humano. Experimentó que los niños introvertidos perdían sus inhibiciones y miedos, gracias a la presencia de su perro Jingles, en las sesiones de psicoterapia. Observó, además, el efecto catalizador que ejercía el perro favoreciendo la comunicación entre el psicoterapeuta y el niño. Sobre 1964, acuñó el término de terapia con mascotas, *Pet Therapy*. Los beneficios reportados por la Terapia Asistida por Animales (TAA), son diversos y su aplicación ha sido referenciada en diferentes grupos de edad y en diferentes enfermedades, uno de ellos el ámbito de la salud mental (Branson, Boss, Padhye, Gee & Trötscher, 2019; Stefanini, Martino, Bacci & Tani, 2016; Cherniack & Cherniack, 2014).

El colectivo enfermero ha reportado escasa literatura en evaluar este tipo de intervenciones a pesar de la relación entre el concepto y la profesión enfermera (McCloskey & Bulechek, 2005). El presente estudio desarrolla el análisis del concepto de TAA, para dar respuesta a la necesidad conceptual, tanto de los profesionales sanitarios como de los miembros de la comunidad. A los profesionales de la salud puede ofrecerles herramientas para incrementar la calidad de los servicios a prestar y personalizar más la atención al permitir conceptualizar el concepto según la cultura y la persona que lo recibe. En la comunidad, en general, puede ofrecer conocimientos del concepto que hasta ahora se desconocían.

El objetivo de este análisis es examinar, de forma crítica, el concepto TAA en la enfermedad mental a partir del análisis de la literatura científica publicada. Asimismo, desarrollar un significado preciso del concepto e identificar los elementos esenciales que lo caracterizan.

MÉTODO

Este análisis se fundamenta en la técnica de análisis de Wilson (1963) y posteriormente aplicó Walker y Abanta (2011). Este procedimiento se enmarca dentro del paradigma de investigación cualitativa centrado en aspectos descriptivos, caracterizado por ser un método focalizado y sistemático. Para el colectivo enfermero y otros profesionales de la salud, es importante disponer de manera clara y precisa del concepto TAA en la enfermedad mental, para poder proporcionar a los profesionales, familia, y sociedad, cuidados óptimos basados en la evidencia. La técnica Wilsoniana incluye 11 pasos: 1) aislar las preguntas; 2) encontrar las respuestas; 3-7) desarrollar los casos; 8) determinar el contexto social; 9) identificar las emociones subyacentes; 10) establecer los resultados prácticos; 11) definir los resultados del lenguaje.

Para identificar la literatura y recopilar los datos se hizo una investigación documental en las bases de datos PUBMED, CINHALL y el buscador de Google, así como en páginas oficiales nacionales e internacionales. La búsqueda recopiló artículos que incluyeran el término “Terapia Asistida con Animales” y “enfermedad mental” en su correspondiente traducción al inglés estableciendo como límite de tiempo los últimos diez años. Se filtraron aquellos artículos que incluyeran el término en el título, posteriormente se hizo revisión de los resúmenes y finalmente, se analizaron los artículos en su totalidad. La búsqueda se focalizó en artículos donde el animal de terapia era el perro, descartándose aquellos que incluyeran otro tipo de animal en su intervención.

RESULTADOS

Paso 1. Aislar las preguntas relativas al concepto

La técnica de Wilson precisa separar las cuestiones en tres categorías: de concepto, de hechos y de valores.

La literatura sobre el concepto de TAA en la enfermedad mental conduce al planteamiento de las siguientes preguntas: 1. ¿Cuál es el significado de "Terapia Asistida con Animales"? 2. ¿Es lo mismo "Terapia Asistida con Animales" que "Intervención Asistida con Animales"? 3. ¿Qué se ha demostrado acerca de la "Terapia Asistida con Animales"? 4. ¿La "Terapia Asistida con Animales" debería atribuirse dentro de las competencias enfermeras?

La primera, es una pregunta de concepto, en tanto que, hace referencia a la definición del constructo. La segunda es una pregunta mixta, de concepto y hecho. La tercera es una pregunta de hecho que tiene que ver con el conocimiento disponible. La cuarta es una pregunta mixta, de hechos y valores, en tanto que, integra las concepciones morales implícitas; éstas apelan a la cualidad, importancia o significación sobre algo.

Paso 2. Encontrar las respuestas adecuadas

Para responder las preguntas planteadas, previamente, se definen los vocablos del concepto, por separado, según el diccionario de la Real Academia Española (RAE, 2014). El concepto Terapia es el “tratamiento destinado a solucionar problemas psicológicos”. El término Asistida, como adjetivo, se define como “que se hace con ayuda de medios mecánicos”. Su procedencia viene del verbo Asistir “servir o atender a alguien, especialmente de un modo eventual o desempeñando tareas específicas”. Finalmente, el significado del término Animal, que nos aporta la RAE en 2014, es “ser orgánico que vive, siente y se mueve por propio impulso”.

Se precisa enmarcar este término, dentro de su árbol conceptual, para este manuscrito se detallará el árbol conceptual de la TAA, definido por *la International Association of Human-Animal Interaction Organizations* (IAHAIO, 2014), entidad que reúne diferentes organizaciones del ámbito de las IAA. Diferenció tres tipos de IAA. Diferentes organizaciones del ámbito de las Intervenciones Asistidas con Animales (IAA) establecieron tres tipos de IAA:

- Definió la TAA como intervención dirigida por un profesional cualificado del ámbito de la salud, educativo o de servicios sociales. Se requiere una evaluación y un registro formal de la intervención, considerada un elemento integrante del proceso terapéutico.
- En segundo lugar, la Educación Asistida por Animales (EAA), es la intervención realizada por un profesional de la educación con competencias acreditadas en la actividad a desarrollar, por ejemplo, aprendizaje en la lectura, y un profundo conocimiento del animal. Se necesita una evaluación y documentación de la intervención.
- En tercer lugar, se contempla la Actividad Asistida por Animales (AAA), como interacción y visita informal, por motivos educativos, recreativos o

motivacionales. El guía del animal recibe un entrenamiento básico y las actividades que ellos desarrollan, deben estar supervisadas por profesionales sanitarios, de la educación o de servicios sociales (IAHAIO, 2014).

La literatura científica, demuestra la relación entre la TAA y los beneficios en las personas que reciben estas terapias. Fine (2019) en sus estudios reportó cambios bioquímicos y fisiológicos, como el aumento del nivel de oxitocina, dopamina y betaendorfinas secretadas por el paciente, a su vez, comprobó un descenso de la presión arterial, de los niveles de cortisol y de la frecuencia cardiaca. Observó, cambios a nivel psicológico, mejoría en el humor, aumento del bienestar y la relajación. Describió disminución del sentimiento de soledad, en personas con problemas crónicos de salud y de avanzada edad. En el caso de la población con enfermedad mental, mencionó un efecto calmante y una reducción del riesgo de suicidio y de otros comportamientos desadaptativos.

Pavlidis (2008) reportó cambios en el comportamiento prosocial de pacientes con autismo, decrecimiento de la retracción, y afirmó, que la intervención temprana mejora el aprendizaje de habilidades sociales básicas.

Se aplicó TAA en adolescentes con diferentes patologías psiquiátricas, en fase aguda, como Esquizofrenia, Trastorno de Conducta, Trastornos Alimentarios y Trastornos de Ansiedad. Los resultados resaltaron mejoría significativa en la evolución clínica y en la recuperación (Stefanini, Martino, Allori, Galeotti & Tani, 2015). Un año más tarde, aplicaron la TAA en adolescentes con patología mental grave. Observaron reducción de síntomas conductuales y emocionales, aumento de la competencia global y del funcionamiento psicológico (Stefanini et al., 2016). La relación entre el humano y animal y la Enfermería, como profesión, se remonta en el siglo XIX. Nightingale (1969), pionera de la Enfermería profesional moderna, en sus referencias, menciona los beneficios de los animales, como elemento facilitador en la estancia en el hospital, para mejorar la salud de los enfermos. En 1992, el concepto TAA, se incluyó en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería, *Nursing Interventions Classification* (McCloskey & Bulechek, 2005) sobre los que la profesión enfermera tiene competencias de actuación.

Pasos 3-7. Desarrollo de los casos

Los casos prácticos identificarán los atributos esenciales y diferenciarán el concepto analizado de otros. A su vez, permitirán clarificar, en la práctica, las respuestas de las preguntas planteadas con anterioridad. Esta selección se ha realizado a conveniencia del autor a partir de casos reales observados directamente de percepciones y vivencias enfermeras.

Caso ejemplar: Ana tiene 12 años, presenta un Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, alteraciones conductuales y retracción social. Participa en una TAA, semanal, que se realiza en el centro sanitario donde se encuentra ingresada. Dau, un Labrador de 3 años, Mario experto en IAA y Henar, enfermera especialista en Salud Mental, le acompañan durante la terapia. Durante la sesión, Jana ha de elegir el instrumento adecuado para peinar cada parte específica del cuerpo del perro, que el profesional le indicará. Durante el transcurso de la actividad, la enfermera trabaja hábitos de relación y comunicación, además de explorar hábitos de higiene. Al terminar, se realiza el registro de evaluación de los ítems propuestos.

El caso ejemplar debe presentar los atributos esenciales del concepto de TAA. Se trata de una intervención programada, con un diseño y una evaluación. Se han definido unos objetivos terapéuticos, individuales, para el participante, en función de sus necesidades. La terapia se realiza en un contexto sanitario, con profesionales, formados específicamente, para esa área, avalando una supervisión que vela por el participante, y por el bienestar del animal. El animal participa como elemento facilitado de la comunicación y ha recibido un adiestramiento específico.

Caso contrario: María tiene 26 años, presenta síntomas de depresión y acude a un Centro de Día. Cada día sale, con sus compañeros y el enfermero a dar un paseo por el parque. Normalmente, María se separa del grupo, habla poco, sus facies son tristes y evita el contacto visual. En el parque, han coincidido con Gerard, el dueño de Pelut, un perro Pastor de Brie, muy juguetón con las pelotas de tenis. De repente, la pelota del animal llegó a los pies de María y, durante todo ese rato, el animal estuvo entregándole la pelota a la chica. María le lanzaba, una y otra vez, la pelota y se mostró sonriente, relajada y animada, durante todo ese tiempo. Este es un caso contrario en tanto que no presenta ningún atributo de las TAA, no hay objetivos, ni programación, ni profesionales implicados. El animal es una mascota que actúa con un fin y provoca en María beneficios espontáneos a nivel emocional.

Caso relacionado: Rubén tiene 10 años y no le agrada la lectura. La profesora observa aumento de la inquietud cuando le toca leer en el aula, así como, poco interés por la actividad. Desde hace dos meses, cada lunes, durante 30 minutos, viene Bric a la escuela, un York Shire y Alejandro un experto en IAA, para realizar un programa de lectura. Le llega el turno a Rubén, se sienta al lado de Bric y lee el libro de ficción, que han elegido. El animal se acomoda a su regazo. Rubén sigue leyendo, esforzándose en la tarea, e incluso pide leer un poco más. Se le observa muy relajado. La profesora anota los progresos, la fluidez y la motivación observada.

La evidencia científica reporta resultados sobre la lectura, con perros, en las aulas. El alumno presenta mayor motivación por la lectura y mejoría de la comprensión lectora. Se trata de un caso relacionado, en tanto que, está dentro de la misma red conceptual que el fenómeno estudiado. Nos encontramos ante una IAA, pero no, se trata de una TAA. Presenta atributos de TAA, como la necesidad de formación del personal que realiza la intervención y la presencia de un experto en IAA. El programa tiene un diseño y una evaluación, con unos objetivos individuales para cada alumno. No obstante, difiere el contexto de intervención, la educación. Nos encontramos ante una IAA en la práctica educativa, que se define como Educación Asistida con Animales (Hall, Gee & Mills, 2016).

Caso fronterizo: Sónia tiene 37 años ingresó en el hospital, por presentar un Trastorno de la Conducta Alimentaria y aislamiento en el domicilio. Cada viernes, acude a la unidad Eva, experta en IAA, acompañada de Yus, una Border Collie de 3 años de edad. Ambos, antes de entrar en las habitaciones de los pacientes, preguntan al personal de enfermería sobre la idoneidad de la visita, en función de los criterios de cada paciente. Es necesario que, el paciente acepte la visita de Yus. Sónia la acepta cada semana, cuando llegan se siente más animada, acaricia a Yus, le habla, le sonrío, le hace mucha ilusión conseguir que Yus haga “la croqueta” en el suelo cuando le dice la palabra mágica “al suelo”. La enfermera observa atentamente y felicita a Sónia por lo bien que se le da con el perro. Después de 20 minutos, Yus y Eva, se marchan a visitar y saludar, al siguiente paciente. El caso fronterizo, contiene algunas, pero no todas, las características y atributos del concepto. En este caso el personal sanitario no requiere una cualificación para dicha actividad, solo tiene como función la de supervisar la visita que se realiza. Nos encontramos ante una actividad informal, sin un diseño ni evaluación, cuyo objetivo es motivacional y lúdico. Este caso define una Actividad Asistida con Animales.

Paso 8. Determinar el contexto social

La TAA, se apoya en los fenómenos sucedidos dentro del vínculo e interacción, forjado con el animal. Cuestiones como la preferencia por una determinada especie o rechazo por otras, así como los roles que se establecen en la sociedad, son múltiples, y varían según cada cultura, persona y momento histórico. A continuación, mencionaremos algunos aspectos históricos, sociales, económicos y legales con el objetivo de, ofrecer al profesional, indicadores a tener en cuenta al plantear TAA.

La Interacción Humano-Animal, en el campo de la salud no es algo reciente. Fine (2010) data su inicio, en la prehistoria. El animal, además de acompañar al hombre en la caza y recolección, se le atribuía la existencia de espíritus. En muchas culturas, la figura del chamán, se utilizaba como elemento mediador entre los miembros de las tribus y los espíritus animales. En la antigua Grecia, el perro estaba presente en templos o lugares de sanación, por sus supuestas propiedades curativas. Ejercían de sanadores y transmisores del poder divino, al lamer las heridas, dando a esta propiedad una connotación sobrenatural. En la Edad Media, el concepto cambia, con el asentamiento en las ciudades, y con el proceso de domesticación, el animal toma un significado de animal de compañía.

Este antiguo vínculo yace en la necesidad evolutiva, emocional y congénita del ser humano de estar en contacto con el resto de seres vivos. De este modo, el bienestar que conseguimos al socializarnos, es similar al que obtenemos al relacionarnos con el animal. En esta línea, Wilson (1984) acuñó el término Biofilia para defender el contacto con la naturaleza, como algo esencial, para el desarrollo del ser humano. Se define como “la atracción instintiva y necesaria de los seres humanos hacia los animales”.

Alrededor de la década de los años 70, se introdujeron perros en el Hospital Psiquiátrico Upham Hall, y reportaron mejoría en el mutismo de los pacientes (Corson, Corson & Gwynne, 1975, citado en Fine, Beck, & Zenithson, 2019). Añadieron que las interacciones con los perros facilitaban la comunicación entre los pacientes y el personal, y acuñaron el término "*lubricante social*" entendido como, el resultado que se produce en la interacción entre el cliente y un animal de terapia. Cabe destacar aspectos que rodean al concepto de TAA y que detalla el campo de la llamada antrozoología. La antrozoología es el campo que investiga la relación entre humanos y animales en las comunidades, con

el objetivo de entender cómo las especies se han relacionado, para permitir el avance de la sociedad (López-Cepero, 2019).

La Asociación Madrileña de Veterinarios de Animales de Compañía (2017) publica el informe sectorial, donde afirma que un 39,7% de los hogares españoles posee al menos una mascota. Siendo el perro el animal de compañía preferido en un 21,9%. La relación y el estatus que se le otorga al animal, dentro del hogar, es diverso. Hay estudios que explican que la mitad de los dueños de perros y gatos duermen con sus mascotas en su habitación, y un 10% comparten cama (Smith, Thompson, Clarkson & Dawson, 2014).

Su uso ya no queda sólo en el ámbito familiar, sino que hay reportes en la literatura científica que mencionan al animal en el ámbito laboral. Por ejemplo, Foreman, Glenn, Meade y Wirth (2017) describieron que empresas de prestigio, como Google o Amazon, permiten a sus empleados llevar a sus perros al trabajo. La pertenencia de mascotas en los hogares y determinadas costumbres en la relación entre el ser humano y el animal, lleva a atribuir determinadas cualidades del ser humano a elementos no humanos, como los animales. A este fenómeno se le conoce como antropomorfización. Un ejemplo de ello es cuando se asume que la mascota entiende la información verbal (López-Cepero, 2019).

En la edad preescolar, los medios de comunicación contribuyen a este fenómeno, donde los protagonistas de las series infantiles son perros, gatos o abejas. Hecho que se traslada a películas para jóvenes y adultos. En muchas ocasiones, la publicidad también tiene presente al animal en su eslogan (López-Cepero, 2019).

Como apunte socioeconómico, según datos reportados por González (2018) en relación a lo que generó todo lo relacionado con el cuidado de los animales, el mercado registró ese año, una facturación de 89.000 millones de euros, resultado de la progresiva humanización de las mascotas. En España, esta cifra alcanza cerca de los 1.300 millones de euros anuales, ocupando la quinta posición europea. Esta cantidad alberga alimentación, productos de higiene, belleza y juguetes, así como, cuidados veterinarios y estéticos.

Los autores Benedito, Caballero y López (2017) en relación a las terapias asistidas con perros, mencionan que el animal debe tener guías que hayan sido entrenados en el reconocimiento de signos de estrés o cansancio y de acciones o situaciones que pongan

en riesgo la seguridad, la integridad y el bienestar del animal. Los guías son responsables del descanso, el estado de salud y la atención del perro antes, durante y después de las intervenciones. Las intervenciones han de limitarse a un máximo de 45 minutos, con el fin de asegurar el confort de los participantes y de los perros. Este reconocimiento físico y conductual ha de ser evaluado, periódicamente, con el fin de garantizar que el perro es apto, para la realización de intervenciones con personas.

Paso 9. Identificar las emociones subyacentes

Levinson (1969) defiende que el perro doméstico genera, en el niño, un sentimiento de pertinencia, le acompaña en sus experiencias vitales, a través de ellos, expresan emociones y problemas, haciendo uso de la comunicación verbal y no verbal. Una revisión sistemática de Jones, Rice y Cotton (2019), en relación a la incorporación de la TAA en los tratamientos de salud mental para los adolescentes, se examinaron 7 estudios, publicados en los últimos diecisiete años, que incluyeran perros y cuestiones tales como el estado del ánimo, la ansiedad, el trauma, la ira y el comportamiento disruptivo, el autoconcepto, el funcionamiento adaptativo y global. El objetivo común, de todos ellos, era reducir el impacto de los trastornos psicológicos para mejorar el funcionamiento y la adaptación del adolescente.

Gómez (2019) menciona que son diferentes los mecanismos de acción de la TAA. Uno de ellos es el estímulo multisensorial, cuyo objetivo es la integración de los sentidos en personas con déficits psíquicos y físicos. El animal, debidamente entrenado, participa como coterapeuta y actúa como enlace facilitador y dinamizador de la persona en la actividad programada. El objetivo es potenciar la comunicación, trabajar aspectos emocionales como, facilitar la expresión de afecto, reducir la ansiedad y ofrecer un entorno interactivo para estimular los sentidos del paciente en el cual se involucra el animal.

Otro mecanismo de acción de la TAA es aquél en el que el animal actúa como objeto transicional. En momentos de tensión emocional, el objeto transicional se convierte en un elemento, seguro e inocuo, para reducir la ansiedad. La necesidad de contacto, acariciar, tocar algo suave o cálido, es la función que cubre el animal, pudiendo trabajar en la concentración, la atención, la sensibilidad, el compartir vivencias del área emocional (Gómez, 2019).

Lo descrito anteriormente pretende reflejar que la TAA emana y aflora emociones y a partir de aquí, poder abordarla con objetivos terapéuticos. La emoción que puede desprender el animal en la terapia vendrá determinada por múltiples factores, entre otros, la concepción y significado que se tenga del animal, no solo para quién recibe la intervención sino también para el profesional que interviene.

Paso 10. Establecer los resultados prácticos

El concepto TAA se engloba dentro de las IAA y queda incluido dentro de un árbol conceptual. Se considera una intervención dentro del ámbito de la salud y educación, cuyos beneficios se reportan en la literatura científica. El contexto sociocultural y el significado histórico han contribuido al desarrollo de un sentido concreto del concepto de TAA. Además, se define, dentro del lenguaje enfermero como una intervención NIC, donde el profesional de enfermería puede actuar dentro de su área competencial (McCloskey & Bulechek, 2005).

Este manuscrito aporta que el concepto TAA y la elaboración de estas terapias vendrán determinadas por el contexto social, histórico, cultural y económico del momento. El concepto que la persona tiene del animal, es un factor de indispensable conocimiento para que el profesional que la elabora, lo haga de forma eficaz y sea una intervención de calidad. Se ha evidenciado de forma empírica que la TAA genera emociones subyacentes. Esta repercusión emocional la percibe la persona que recibe la intervención y el profesional que interviene en ella. Las emociones generadas tienen una repercusión en la práctica, que permiten la evaluación de los objetivos planteados. Los profesionales que realizan TAA deben contemplar qué emoción y vínculo puede reportar en la persona que va a recibir la terapia.

Los medios de comunicación inyectan, en la sociedad, valores que potencian los atributos del constructo de la TAA, y son imprescindibles para difundir su evidencia empírica.

La capacidad de relación, la comunicación, el manejo de la ira y de la ansiedad, son objetivos que, el profesional de enfermería en salud mental, plantea dentro de los planes de cuidados. En tanto que la TAA se define como, una intervención dentro del lenguaje enfermero y, los beneficios reportados son aspectos dónde el profesional de enfermería tiene competencia de actuación, podemos afirmar que, el profesional de

enfermería tiene competencia para elaborar, junto con personal experto en TAA, este tipo de intervenciones.

Paso 11. Definir los resultados en el lenguaje

El resultado de este análisis identifica como esenciales, los siguientes atributos del concepto de TAA: La TAA se incluye dentro de las IAA y se concibe como una intervención que ha de estar programada, no es una intervención espontánea, casual ni informal. Ha de tener un diseño planteado por los profesionales que la realizan. El diseño establecido, ha de valorar la pertinencia, la eficacia y las implicaciones éticas de la inclusión del animal. Un elemento imprescindible es la determinación del contexto sociocultural o sanitario de la TAA.

La TAA ha de definir unos objetivos terapéuticos, concretos e individuales para el participante y unos métodos de evaluación continua de los objetivos establecidos. Los profesionales de salud, implicados en la TAA, deben estar cualificados, con una formación y conocimiento especializado de su ámbito competencial, para realizar estas intervenciones.

En la TAA, la intervención del animal ha de estar supervisada, de forma continua, por el personal cualificado en IAA, para garantizar, el bienestar y seguridad del participante y del animal. El animal debe tener un adiestramiento y certificación determinado en función de la tarea a realizar, además de, cumplir requisitos sanitarios, específicos, atendidos por el experto en IAA.

CONCLUSIONES

El concepto de TAA es un constructo que forma parte de un contexto influenciado por aspectos sociales y emocionales del mismo. Los resultados incluyen la clarificación del concepto que podría permitir al profesional de la salud y a la comunidad en sí, la correcta identificación del concepto y la necesidad de realizar intervenciones adecuadas para que el profesional, que las elabore y lo haga de forma eficaz para el paciente. Se favorece un uso consistente y clarificado del concepto que proporciona una visión más amplia y una investigación con resultados significativos, que contribuyen a mejorar la práctica basada en la evidencia. Es necesario utilizar un lenguaje claro y conciso sobre el

concepto de TAA en los debates y en la documentación, entre enfermeros y otras disciplinas interesadas en aplicar TAA.

Con el objetivo de aprovechar las bondades y beneficios de la interacción humano-animal, la inclusión del animal en la TAA, no se concibe como sustituto de la función del profesional sino que se contempla como un elemento de apoyo, facilitador, potenciador y motivador de la labor del experto.

BIBLIOGRAFIA

- Asociación Madrileña de Veterinarios de Animales de Compañía (2017). *Informe sectorial 2017*. Recuperado de <https://enelveterinario.com/wp-content/uploads/2018/11/Informe-sectorial-2017.pdf>.
- Benedito, M.C., Caballero, V., & López, J.A. (2017). Terapia asistida con perros en niños y adolescentes. *Revista Española de Pediatría*, 73(2), 79–84.
- Branson, S.M., Boss, L., Padhye, N.S., Gee, N.R., & Trötscher, T.T. (2019). Biopsychosocial Factors and Cognitive Function in Cat Ownership and Attachment in Community-dwelling Older Adults. *Anthrozoös*, 32(2), 267–82.
- Cherniack, E.P., & Cherniack, A.R. (2014). The benefit of pets and animal-assisted therapy to the health of older individuals. *Current Gerontology and Geriatrics Research*. doi: <https://doi.org/10.1155/2014/623203>.
- Fine, A.H., Beck, A.M., & Zenithson, N.G. (2019). The state of animal-assisted interventions: Addressing the contemporary issues that will shape the future. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(20), 39-57. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph16203997>.
- Fine, A.H. (2010). *Handbook on Animal-Assisted Therapy: Theoretical Foundations and Guidelines for Practice*. London: Academic Press.
- Foreman, A.M., Glenn, M.K., Meade, B.J., & Wirth, O. (2017). Dogs in the workplace: A review of the benefits and potential challenges. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(5), 498-519.
- Gómez, M. (2019). *Aulas multisensoriales en educación especial*. España: Ed. Vigo.
- González, R. (14 de marzo de 2018). El lucrativo deber de mimar a las mascotas. *Diario Expansión*. Recupero de <https://app-vlex-com.sire.ub.edu/#search/jurisdiction:ES/el+lucrativo+deber+de+mimar/WW/vid/714857777>.
- Hall, S.S., Gee, N.R., & Mills, D.S. (2016). Children reading to dogs: A systematic review of the literature. *PLoS One*, 11(2). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0149759>.

- International Association of Human-Animal Interaction Organizations (2014). *The IAHAIO definitions for animal assisted intervention and animal assisted activity and guidelines for wellness of animals involved*. Recuperado de [http://www.iahaio.org/new/fileuploads/4163IAHAIO white paper- final - nov 24-2014.pdf](http://www.iahaio.org/new/fileuploads/4163IAHAIO%20white%20paper-final-nov-24-2014.pdf).
- Levinson, B. (1969). *Pet-Oriented Child Psychotherapy*. Springfield: Charles, C. Thomas.
- López-Cepero, J. (2019). *Animales de compañía y salud. Del vínculo humano-animal al diseño de intervenciones asistidas por animales*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Jones, M.G., Rice, S.M., & Cotton, S.M. (2019). Incorporating animal-assisted therapy in mental health treatments for adolescents: A systematic review of canine assisted psychotherapy. *PLoS One*, 14(1), 1–27.
- McCloskey, J., & Bulechek, G. (2005). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. España: Elsevier España.
- Nightingale, F. (1969). *Notes on nursing: What it is, and what it is not*. New York: Dover Publications.
- Pavlides, M. (2008). *Animal-assisted Interventions for Individuals with Autism*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la Lengua Española*. Recuperado de <http://dle.rae.es>.
- Stefanini, M.C., Martino, A., Allori, P., Galeotti, F., & Tani, F. (2015). The use of Animal-Assisted Therapy in adolescents with acute mental disorders: A randomized controlled study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 21(1), 42–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctcp.2015.01.001>.
- Stefanini, M.C., Martino, A., Bacci, B., & Tani, F. (2016). The effect of animal-assisted therapy on emotional and behavioral symptoms in children and adolescents hospitalized for acute mental disorders. *European Journal of Integrative Medicine*, 8(2), 81–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eujim.2016.03.001>.
- Smith, B.P., Thompson, K.R., Clarkson, L., & Dawson, D. (2014). The prevalence and implications of human animal co-sleeping in an Australian sample. *Anthrozoös*, 27, 543–51.
- Walker, L. O., & Avant, K. C. (2011). *Strategies for theory construction in nursing*. Boston: Prentice Hall.
- Wilson, E.O. (1984). *Biophilia*. Cambridge: Harvard University Press.
- Wilson, J. (1963). *Thinking with concepts*. Cambridge: Harvard University Press.

Un tesoro como fuente de historia del arte y de la enfermería: El prodigio de la filatelia. Razón histórica de la enfermería

A treasure like source of the history of art and nursing history: The prodigy of philately. Historical rationale for nursing

Um tesouro como fonte da história da arte e da história da enfermagem: O prodígio da filatelia. Justificação histórica da enfermagem

José Siles

Cómo citar esta reseña en edición digital: Siles, J. (2021). Un tesoro como fuente de historia del arte y de la enfermería: El prodigio de la filatelia. Razón histórica de la enfermería. (Reseña). *Cultura de los Cuidados*, 25(60). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.60.23>

Correspondencia: Departamento enfermería Universidad de Alicante.03080 Alicante.
Correo electrónico: jose.siles@ua.es
Recibido: 21/05/2021 Aceptado: 27/06/2021



María T. Miralles Sangro con su nuevo libro (Fuente: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Madrid).

RESUMEN

En esta reseña se describen las características del nuevo libro la profesora Miralles Sangro: El prodigio de la filatelia. Razón histórica de la enfermería.

Palabras clave: Historia de la filatelia; historia del arte; historia de la enfermería; fuentes iconográficas.

ABSTRACT

This review describes the characteristics of the new book written by professor Miralles Sangro: *The prodigy of philately. Historical rationale for nursing*. El prodigio de la filatelia. The historical reason for nursing

Keywords: History of philately; history of art; history of nursing; iconographic sources.

RESUMO

Esta crítica descreve as características do novo livro do professora Miralles Sangro: *El prodigio de la filatelia. Razão histórica da enfermagem*.

Palavras-chave: História da filatelia; história da arte; história da enfermagem; fontes iconográficas.

Este bello y excelente libro ha sido editado por la Fundación M^a Teresa Miralles Sangro para el estudio de la evolución de los cuidados y el desarrollo de la enfermería. Consta de 259 páginas colmadas de iconografía filatélica cuya edición es el fruto de una cuidadosa y pundonorosa labor vertebrada en 8 capítulos que van desde “De el Atlas de los orígenes enfermeros” (capítulo 1) a “De la razón histórica de la enfermería” (capítulo VIII). El prólogo ha estado a cargo de la Dra. Juana Hernández Conesa; la introducción ha sido obra de José Manuel Rodríguez y, por último cierra este apartado preambular, una pertinente y ajustada explicación, proporcionada por la misma autora, acerca del leit motiv sobre el que se sustenta el origen y razón de ser de esta obra.

María Teresa Miralles Sangro lleva décadas trabajando afanosamente por y para la historia de la enfermería y, paralelamente, la evolución histórica de la filatelia. Además es la impulsora y líder natural de la Fundación “**M^a Teresa Miralles Sangro para el estudio de la evolución de los cuidados y el desarrollo de la enfermería**” mediante la que se desarrollan líneas de actuación como: el Museo de Historia de la Enfermería, la cooperación con entidades científicas y profesionales y la organización de diversos foros de debate. Esta proverbial investigadora ha venido a demostrar la enorme importancia de los sellos como fuente histórica –de la historia general y del arte y, por supuesto, de la historia de la enfermería– y ha realizado un intenso y extenso trabajo heurístico en aras a la localización de las fuentes filatélicas. Asimismo, ha adaptado diversas técnicas y métodos de clasificación y análisis de este tipo de fuentes, tal como se refleja, por ejemplo, en su singular obra *La enfermería a través de los sellos* (2008). De esta particular y sublime investigación que antecede la reseñada en este escrito, aportamos un breve fragmento por su significado y estrecho parentesco con la actual:

“ La profesora Miralles ha desarrollado durante más de tres décadas una labor constante y callada mediante la que ha ido coleccionando una amplia e importante muestra de sellos que ha puesto al servicio de su afilada capacidad de reflexión artística

e histórica con el objetivo de reflejar a través de estas fuentes filatélicas la evolución histórica de la enfermería. Belleza, arte, ingenio, conocimiento sobre la presencia internacional de los cuidados en la filatelia y, sobre todo, cariño y entrega. La obra es tan solvente por sí misma que se transforma en irresistible si se añade al producto la amplia gama de personajes relevantes de diversos sectores de la sociedad española que han colaborado en esta edición (desde Antonio Gala a Josefina Aldecoa pasando por Inocencio Arias), todos poniendo su granito de arena para, como señala la autora, desde la perspectiva de la iconografía filatélica contribuir al reconocimiento de la necesaria presencia de la enfermería para los cuidados en cualquier sociedad de este planeta llamado tierra” (Siles, 2008).

La Dra. Miralles Sangro ya dedicó su tesis doctoral (leída en la Universidad Complutense de Madrid) a esta temática vinculándola con la historia de la enfermería. Posteriormente publicaría una monografía relacionando la documentación filatélica con la ideología y la educación (Miralles-Sangro, 2012). En definitiva, toda una especialista en la materia que, una vez más, ha sabido conjugar tres de las vertientes que constituyen el triángulo filatélico: la historia general, la historia del arte y la historia de la enfermería.

En definitiva, recomendamos encarecidamente la lectura de esta excelente obra de orfebrería filatélica e histórica está destinada a satisfacer la curiosidad y necesidad de conocimiento de coleccionistas, historiadores (tanto genéricos como del arte y la enfermería) y, en fin, todo aquel que quiera profundizar en el estudio del complejo y variado universo de los sellos.

BIBLIOGRAFÍA

Miralles Sangro, M^a T. (2008). *La enfermería a través de los sellos*. Madrid: DAE.

Miralles Sangro, M^a T. (2012). *La imagen enfermera a través de los documentos filatélicos y su correspondencia ideológica-educativa*. Murcia: Ediciones Diego Marín.

Siles, J. (2008). Miralles Sangro, María Teresa. La enfermería a través de los sellos. *Cultura de los Cuidados*, 12(24), 136-137.