

# Revista de Enfermería y Humanidades

ASOCIACIÓN DE HISTORIA Y  
ANTROPOLOGÍA DE LOS CUIDADOS



# CULTURA DE LOS CUIDADOS

3º Cuatrimestre 2021. Año XXV. N°61



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

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

## SUMARIO

### Editorial

- La comunicación como esencia en el arte de cuidar

### Fenomenología

- ¿Necesitamos recetas para ser felices?
- El cuidado integral en tiempos de COVID-19: una reflexión
- ¿Y si no fuera por el hueso: escritura autoetnográfica de un hombre y y enfermero
- La vulnerabilidad social de las mujeres viviendo con VIH y el ejercicio de sus derechos humanos

### Historia

- La enfermera de la policía militar del estado de Rio de Janeiro: lucha por el reconocimiento profesional
- Biografía de Taka Oguisso: referencia brasileña y mundial en Ética, Legislación e Historia de la Enfermería
- El enfermo mental en el Hospital de Nuestra Señora de Gracia en el siglo XV
- Nightingale y la Guerra de Crimea a través de la prensa española

### Antropología

- El cuidado de la persona mayor ante la enfermedad y el dolor. Una etnografía de la ancianidad en residencias de una Congregación religiosa Internacional
- La visita domiciliaria como estrategia para la atención primaria en familias de zonas rurales
- Sexo, género y humanización de las tecnologías de cuidados para personas mayores
- Significados y representaciones sociales atribuidos a los miedos de los hijos: Promoción de la parentalidad positiva

### Teoría y Método

- Promoción y prevención en unidad de cuidado neonatal: diseño y pilotaje del Programa Neopadres
- Ronda interdisciplinaria en cuidado intensivo: la visión de la enfermera
- Modelo de práctica de enfermería para fortalecer la capacidad de cuidado de los pacientes y sus cuidadores
- Fortalezas y debilidades de los sistemas de gestión de la calidad implantados en los centros de personas mayores en España

### Cartas al Director y Miscelánea

- Papel de enfermería en una sala de consumo de drogas no prescritas
- Transculturalidad, género y salud (Manual de Enfermería cultural) de Manuel Moreno Preciado



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

### La comunicación como esencia en el arte de cuidar

**Communication as the essence of the art of caring**

**A comunicação como a essência da arte de cuidar**

**Antonia Pades Jiménez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Profesora titular de Universidad. Enfermera y Doctora en Psicología. Experta en Comunicación. Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universitat de les Illes Balears (UIB). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8609-898X>. Correo electrónico:

[antonia.pades@uib.es](mailto:antonia.pades@uib.es)

Correspondencia: Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universitat de les Illes Balears (UIB) Carretera de Valldemossa km 7,5. 07122 Palma (Illes Balears)

Para citar esta editorial: Pades Jiménez, A. (2021). La comunicación como esencia en el arte de cuidar. *Cultura de los Cuidados*, 25(61). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.61.01>

Recibido:23/05/2021 Aceptado: 07/09/2021



### RESUMEN

El acto comunicativo es complejo, simbólico y difícil. Más aún si se establece entre profesional de la salud y paciente y familia. Un entorno en ocasiones hostil como es el propio proceso de enfermedad. Se producen circunstancias y situaciones que hacen que el profesional tenga que atender no solamente a sus propias habilidades y destrezas sino también a los posibles elementos distorsionantes del proceso comunicativo. Con este texto se pretende reflexionar sobre la comunicación en este encuentro e identificar elementos facilitadores y distorsionantes.

**Palabras clave:** Enfermería; cuidados; arte; comunicación.

## ABSTRACT

The communicative act is complex, symbolic and difficult. Even more so if it is established between the health professional and the patient and family. An environment that is sometimes hostile, such as the disease process itself. Circumstances and situations occur that make the professional have to attend only to their own abilities and skills but also to the possible distorting elements of the communication process. This text is intended to reflect on communication in this meeting and identify facilitating and distorting elements.

**Keywords:** Nursing; care; art; communication.

## RESUMO

O acto comunicativo é complexo, simbólico e difícil. Ainda mais se for estabelecido entre o profissional de saúde e o paciente e a família. Um ambiente por vezes hostil, tal como o próprio processo da doença. Surgem circunstâncias e situações que obrigam o profissional a prestar atenção não só às suas próprias competências e capacidades, mas também aos possíveis elementos de distorção do processo comunicativo. O objectivo deste texto é reflectir sobre a comunicação neste encontro e identificar elementos facilitadores e distorcedores.

**Palavras Chave:** Enfermagem; cuidados; arte; comunicação.

Hablar de comunicación humana entre el profesional de salud y el paciente “cara a cara” en la era actual, *no es fácil*. Estamos en un entorno diferente, en la era digital, la denominada revolución industrial 4.0, donde hay una serie de determinantes y factores que hacen que este proceso comunicativo sea diferente, cambiante y complejo. Pero ¿qué entendemos por comunicación humana? Si volvemos a ese encuentro físico, analógico, en una realidad física, donde como mínimo dos personas interaccionan, nuestro propio proceso comunicativo se convierte en un proceso dinámico, irreversible, proactivo, interactivo y contextual. Un encuentro rico, en el aquí y ahora.

En este acto comunicativo, aparecen diferentes niveles de interacción: intrapersonal, interpersonal y sociocultural. Así en el primer nivel, intrapersonal: se produce un procesamiento de información interno, donde la influencia del medio, el aprendizaje (modelos representativos), la memoria (recuerdos de experiencias pasadas positivas y negativas) puede estar implícito en el individuo a la hora de comunicarse. Cuando un individuo se comunica consigo mismo de manera intrapersonal, utiliza normalmente la tercera persona del singular. Resulta algo sorprendente hablarnos a nosotros mismos, esta comunicación puede tener una función reguladora y a la vez adaptativa de nuestra propia conducta. Esta comunicación está influida por el volumen de

información que el individuo puede procesar por su sistema nervioso, y los factores relacionados van a influir en las habilidades y destrezas sociales, que pondrá al uso al comunicarse.

Un segundo nivel comunicativo es el interpersonal, donde se precisa como mínimo dos personas y donde se produce un intercambio verbal y no verbal de señales en un contexto determinado y por un canal establecido. Para que se produzca un entendimiento debe existir un código común de signos y símbolos.

Por último, el nivel sociocultural donde elementos como: el espacio geográfico y físico, la distancia personal, el tiempo, el lugar, el sistema de señales, códigos van a influir en este proceso mutuo, simbólico de intercambio.

Múltiples elementos pueden influir en este proceso de interacción social mutua. Desde el modelo del interaccionismo simbólico se atiende a: los factores personales y los factores ambientales, como elementos fundamentales que influirán en el proceso de interacción en la emisión o no de un comportamiento social o conducta socialmente adaptada y eficaz. La empatía es un fenómeno presente en la comunicación a la hora de cuidar, entendida como “comprensión sensible y precisa hacia el usuario y su situación, desde un marco de referencia el profesional de la salud posee y a la vez comunica de forma eficaz al usuario que le entiende y comprende”. La habilidad empática varía sustancialmente de unos individuos a otros. Considerándose una actitud y un proceso con una parte cognitiva y otra afectiva. Para que ésta sea efectiva, debe ser genuina y no fingida. Una empatía con cuidado, donde el profesional tampoco debe sufrir por su práctica.

Al hablar de comunicación es habitual hablar de dos grandes bloques: la comunicación verbal y no verbal. La comunicación no verbal es rica, innata y adquirida y puede resultar extraordinariamente importante en especial en situaciones de crisis, cuando las palabras fallan por completo. Los gestos comunican ciertos estados emocionales, así como la expresión facial, la mirada y postura que la persona adopta en este encuentro interpersonal y social. Por otro lado, la comunicación verbal cargada de simbolismos, palabras confusas, giros lingüísticos, cinismo, sarcasmos, y donde debemos leer entre líneas para poder captar realmente lo que nos quiere decir el interlocutor. Se

aconseja separar el mensaje en parte cognitiva (lo que nos dice el sujeto, la narración de un hecho o un acontecimiento) y la parte afectiva (las emociones se expresan a través de palabras, atendamos a estos vocablos, nombres y adjetivos que denotan el estado emocional).

Como canales comunicativos podríamos decir que contamos con: el visual-cenestésico, el audio-acústico, táctil, gustativo y olfatorio. Siendo estos dos últimos importantes para los pacientes y el profesional de la salud que les atienden. Los olores y sabores nos dan innumerables mensajes en términos de salud. Podemos decir que los aspectos que influyen en la comunicación humana son básicamente: El significado que el receptor atribuye a la comunicación, la relevancia para la persona que lo evalúa (receptor), y la validez que se le atribuye.

Quiero detenerme de manera especial en los factores distorsionantes del acto comunicativo, así y de manera general sin caer en el grado de importancia de unos sobre otros nos encontramos con: (a) ***Características físicas del entorno***: escasez de habitaciones individuales, ruido, luz inadecuada y temperaturas extremas, hacinamiento “*Cuando el paciente no puede en ocasiones, hablar en privado, aparecen múltiples elementos distorsionantes*” (b) ***Diferentes percepciones en cuanto al rol*** que cada uno de los participantes debe adoptar. Nos encontramos con dos personas o más (profesional, paciente y familia). Dependiendo de las *habilidades de rol* que tengamos, podemos contribuir a un proceso comunicativo simétrico y donde se produzca un clima cordial y de confianza. Esta habilidad de rol en cuanto a la posición del profesional (relacionada con la práctica clínica) vendrá influida por el modelo de comunicación clínica (paternalista, biopsicosocial o centrada en el paciente) (c) ***Falta de comunicación de calidad entre profesional y el usuario*** o entre los miembros del equipo. Puede ser debido a falta de tiempo, sobrecarga laboral, rol ambiguo, desencanto, estrés, burnout, despersonalización, insatisfacción o falta de habilidades sociales adecuadas para establecer un encuentro terapéutico eficaz. “La comunicación tendría que ser un elemento fundamental en la interacción a desarrollar y a valorar, podamos o no contabilizarlo numéricamente” (d) ***El lenguaje utilizado***. La riqueza del lenguaje tanto escrito como hablado es fundamental para generar confianza en el paciente y es determinante de la pericia profesional. De tal forma que debe atender a unas reglas gramáticas tanto en estructura como en significado. Se aconseja un lenguaje adaptado al usuario (al receptor), si se hace uso de términos técnicos valorando suavizar los mismos con palabras más

sencillas. Pero ello, no quiere decir que infantilicemos nuestro vocabulario, y que dejemos de comunicarnos con el paciente o familiar prejuzgando que no nos van a entender por motivos de edad, estatus o procedencia sociocultural.

Los prejuicios sociales del profesional pueden ser un obstáculo a la hora de comunicarse eficazmente. Así, si el profesional de enfermería tiende a ver al enfermo como “un vehículo de síntomas”, “un órgano dañado” su modo de hablar reflejará las respuestas a estos síntomas y/o enfermedades, pero no al individuo como una totalidad. Si valora al paciente y su familia como “demandante, poco colaborador o no participativo” interaccionará con ellos dándoles órdenes y dirigiendo la acción de manera poco empática. Y si, por el contrario, lo percibe como “una persona singular, que sufre, que tiene derechos y deberes, y como un ser biopsicosocial y espiritual, capaz de tomar decisiones y autónomo, le atenderá utilizando habilidades sociales, comunicativas y emocionales dirigidas a conocerle, entenderle y planificar su actuación de manera holística y desde una perspectiva humanística basada en el entendimiento, la empatía, el respeto, la aceptación incondicional y sinceridad” (e) ***El rol ambiguo y conflictivo*** del profesional de enfermería restando autonomía en sus acciones, puede verse reflejado en un deterioro en el acto relacional (f) ***Los problemas derivados en el receptor*** de los cuidados como alteraciones en las capacidades sensoriales, falta de entendimiento y de ejecución, alteraciones en el procesamiento de la información, expectativas negativas en relación al éxito del encuentro, déficit en competencia social (timidez o estilos agresivos), presencia de dolor, malestar, sufrimiento, alteraciones emocionales negativas, miedo, desamparo, indefensión serán obstáculos que precisarán reconocimiento, adaptabilidad por parte del profesional y esfuerzo para reconducir el encuentro comunicativo (g) ***Prejuicios o subestimar*** que los conocimientos de los pacientes son mínimos para captar la información, pueden hacer que el paciente se vea desprotegido y desprovisto de la información e instrucciones. Sufrir el “síndrome del experto” es lo peor que le puede pasar a un profesional de la salud “*Como no lo va a entender, no se lo explico*”. “*Para que me voy a esforzar, si no me va a hacer caso*” (h) ***La falta de tiempo*** es lo que en múltiples ocasiones se alude para no comunicarnos de manera eficaz con los pacientes y sus familiares. Además de escasez de personal, carencia de apoyos, poca motivación por parte del otro, ruido o ausencia de espacios confortables..., todo ello conlleva

insatisfacción bidireccional (profesional-paciente), sentimientos de incompetencia profesional y miedo a actuaciones equivocadas.

El éxito comunicativo dependerá del: marco de referencia de estos profesionales el modelo de comunicación clínica, el compromiso y responsabilidad traducido en profesionalismo (donde está implícito el proceso ético y deontológico en su actuación) y la aceptación, respeto y empatía. En el proceso comunicativo, la descodificación es fundamental donde se produce un proceso de atención a esos estímulos sociales (señales verbales y no verbales del interlocutor), traducción (interpretación del significado), toma de decisiones y codificación o ejecución (conducta verbal y no verbal). Cuanto más empeño pongamos en el acto comunicativo, para identificar las demandas comunicativas del otro, mejor formularemos los mensajes comunicativos significativos, codificaremos mejor y adecuadamente recibiendo un *feedback* eficaz y rico de nuestros pacientes como se merecen. Los usuarios de los servicios sanitarios esperan una comunicación útil, comprensible y eficaz por parte del profesional de la salud y para ello, debemos reflexionar todos docentes, gestores y profesionales asistenciales para conseguir entornos óptimos y facilitadores del acto comunicativo humano como un bien preciado y que no debemos perder. La comunicación para que sea efectiva debe incluir la certeza de que el receptor percibe el mensaje de forma precisa y lo entiende. Se requiere, la posibilidad de interrelación entre como mínimo dos personas y la influencia de una de ellas sobre la otra. Es decir, que el receptor sufra un cambio, debe modificar su conducta para que se adapte de una forma clara a las expectativas del comunicante. “*Comunicar significa producir un cambio en el otro*”. Pero dicho cambio debe ir siempre dirigido a adaptarse a las situaciones que la vida le depare, y potenciar sus capacidades, destrezas y habilidades con el fin último de la autonomía.

Espero haber contribuido a la reflexión y a identificar algunos de los elementos comunicativos que facilitarán nuestra comunicación humana.

## BIBLIOGRAFÍA

- Back, A. Arnold R, Tulsy J. (2012) *El arte de comunicación con pacientes muy graves. Entre la honestidad, la empatía y la esperanza*. Madrid: Alianza.
- Bernad Vallés, M., Maderuelo Fernández, J. Á. & Moreno González, P. (2016). Necesidades de información sobre salud y enfermedad de usuarios de servicios

- sanitarios de atención primaria de Salamanca. *Atención Primaria*, 48(1), 15–24. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.01.011>
- Borrell i Carrió F. (2004) *Entrevista clínica. Manual de estrategias básicas*. Barcelona: SemFyc.
  - Busch, A. K., Rockenbauch, K., Schmutzer, G. & Brähler, E. (2015). Do medical students like communication? Validation of the German csas (communication skills attitude scale). *GMS Zeitschrift Fur Medizinische Ausbildung*, 32(1), 1–21. <https://doi.org/10.3205/zma000953>
  - Cibanal L., Arce M.C., Carballal, M.C. (2020). *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud*. Barcelona: Elsevier.
  - Girbau Massana, M.D. (2014). *Psicología de la comunicación*. Barcelona: Ariel
  - Marin-Torres, V., Valverde, J., Sánchez, I., Isabel, M., Vicente, C., Polentinos-Castro, E. & Barral, G. (2013). Atención Primaria Internet como fuente de información sobre salud en pacientes de atención primaria y su influencia en la relación. *Atención Primaria*, 45(1), 46–53. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.09.004>
  - Miller W., & Rollnick, S. (2015) *La entrevista motivacional*. Madrid: Paidós
  - Molinuevo Alonso B. (2017). *La comunicación no verbal en la relación médico-paciente*. Barcelona: UOC.
  - Moore, P., Gómez, G. & Kurtz, S. (2012). Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferente. *Atención Primaria*, 44(6), 358–365. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.07.008>
  - Ruiz R. (2014). *Comunicación clínica. Principios y habilidades para la práctica*. Madrid: Panamericana.
  - 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](https://www.researchgate.net/publication/234045194_Historia_cultural_de_enfermeria_reflexionepistemologica_y_metodologica).



## FENOMENOLOGÍA

### ¿Necesitamos recetas para ser felices?

**Do we need recipes for happiness?**

**Precisamos de recetas para sermos felizes?**

**Eva Lourdes Díaz Hernández<sup>1</sup>; Pedro Ruymán Brito Brito<sup>2</sup>; Alfonso Miguel García Hernández<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Enfermera especialista de salud mental, Unidad de Salud Mental Comunitaria de San Cristóbal de la Laguna, Servicio Canario de Salud, San Cristóbal de La Laguna, España. Orcid:N.D. Correo electrónico: [eludias@gmail.com](mailto:eludias@gmail.com)

<sup>2</sup>Enfermero. 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: [pbrito@ull.edu.es](mailto:pbrito@ull.edu.es)

<sup>3</sup>Enfermero. 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](mailto:almigar@ull.edu.es)

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: Eva Lourdes Díaz Hernández [eludias@gmail.com](mailto:eludias@gmail.com)

Para citar este artículo: Díaz Hernández, E.L., Brito Brito, P.R., & García Hernández, A.M. (2021). ¿Necesitamos recetas para ser felices? *Cultura de los Cuidados*, 25(61). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.61.02>

Recibido:12/06/2021 Aceptado: 09/10/2021



### RESUMEN

**Objetivo:** Conocer las estrategias de las personas con trastorno mental grave (TMG) para ser felices. **Método:** Estudio cualitativo fenomenológico, con muestreo por conveniencia e intencional. Se elaboró una entrevista, de la cual 3 preguntas estaban relacionadas con las estrategias empleadas y deseadas para alcanzar la felicidad. Se realizó un grupo de focal constituido por 5 personas y 16 entrevistas individuales a personas con TMG. Las entrevistas se grabaron en audio, fueron transcritas verbatim, codificadas y analizadas con el apoyo del

programa N-vivo. *Resultados*: Todos los participantes identifican sus estrategias para ser felices. Al analizarlas encontramos que la aceptación, el optimismo, la espiritualidad, la recuperación, la normalidad, sentirse funcionales, el apoyo y las relaciones, la realización de actividades, tanto compartidas como individuales, tener las necesidades básicas cubiertas y algunas más, forman parte de las habilidades o tácticas que les permite alcanzar la felicidad. Si bien estas estrategias no parecen diferentes a las de cualquier persona, sí encontramos el deseo de la ausencia del estigma sobre la enfermedad mental y la protección contra el rechazo. *Conclusiones*: La felicidad se puede alcanzar de variadas y personales maneras, e independientemente de la enfermedad que te acompañe.

**Palabras clave:** Bienestar; felicidad; salud mental; trastorno mental

### ABSTRACT

*Aim*: To find out the strategies of people with severe mental disorders (SMD) to be happy. *Method*: Qualitative phenomenological study, with convenience and purposive sampling. An interview was developed, of which 3 questions were related to the strategies used and desired to achieve happiness. A focus group of 5 people and 16 individual interviews were conducted with people with TMG. The interviews were audio-recorded, transcribed verbatim, coded and analysed with the support of N-vivo software. *Results*: All participants identify their strategies for being happy. When analysed, we found that acceptance, optimism, spirituality, recovery, normality, feeling functional, support and relationships, doing activities, both shared and individual, having basic needs met and some more, are part of the skills or tactics that allow them to achieve happiness. While these strategies do not seem different from those of anyone else, we do find a desire for the absence of stigma about mental illness and protection from rejection. *Conclusions*: Happiness can be achieved in various and personal ways, and regardless of the disease that accompanies you.

**Keywords:** Well-being; happiness; mental health; mental disorder

### RESUMO

*Objetivo*: Conhecer as estratégias de pessoas com transtorno mental grave (TMG) para serem felizes. *Método*: Estudo fenomenológico qualitativo, com amostragem por conveniência e intencional. Foi elaborada uma entrevista, da qual 3 questões estavam relacionadas às estratégias utilizadas e desejadas para alcançar a felicidade. Foi realizado um focus group composto por 5 pessoas e 16 entrevistas individuais com pessoas com SMI. As entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas na íntegra, codificadas e analisadas com o apoio do programa N-vivo. *Resultados*: Todos os participantes identificam suas estratégias para ser feliz. Ao analisá-los, constatamos que aceitação, otimismo, espiritualidade, recuperação, normalidade, sentir-se funcional, apoio e relacionamento, realizar atividades, tanto compartilhadas como individuais, ter necessidades básicas atendidas e mais algumas, fazem parte das habilidades ou táticas que permitem eles para alcançar a felicidade. Embora essas estratégias não pareçam diferentes das de qualquer outra pessoa, encontramos o desejo de ausência de estigma sobre doença mental e proteção contra rejeição. *Conclusões*: A felicidade pode ser alcançada de várias formas e pessoais, e independentemente da doença que o acompanha.

**Palavras-chave:** Bem-estar; felicidade; saúde mental; transtorno mental

## INTRODUCCIÓN

Desde la antigüedad se han hecho propuestas diferentes para alcanzar la felicidad. Estas propuestas abarcan todo un abanico de posibilidades, llegando incluso a ser opuestas, dependiendo del momento histórico, socioeconómico, político... surgiendo así múltiples corrientes filosóficas y religiosas que establecían cómo se podía ser feliz. Entre ensayos y ensayos seguimos sin encontrar esa receta universal que nos lleve a ser felices, si bien se nos siguen proporcionando recetas o que intentamos en muchas ocasiones sin éxito.

Las últimas propuestas, con el aval de las investigaciones de Sonja Lyubomirsky o Tal Ben-Shahar, en el ámbito de la psicología positiva, concretan que para ser felices debemos hacer ejercicio media hora al menos tres veces a la semana, disfrutar con lo que haces, ser agradecidos y cultivar la gratitud, ser optimistas y ver el lado bueno de las cosas, cultivar y fortalecer las relaciones sociales y tener objetivos en la vida. Todos son consejos universales, aparentemente sencillos y fáciles de llevar a cabo, pero, ¿es tan fácil hacerlo como parece? Cuando les pregunté a personas con trastorno mental grave ¿qué haces para ser feliz? también me contaron que utilizan como estrategias cosas sencillas y fáciles de hacer. Se podría pensar que la enfermedad mental limita o dificulta el acceso a la felicidad, si me apuran, incluso aún más las consecuencias de la enfermedad, y no me refiero solo a los estragos que esta provoca, como la cronicidad, efectos secundarios de los medicamentos, estigma, discriminación y rechazo social, sino también por la escasez de recursos económicos, laborales y sociales, pero aun así, con todos estos hándicaps, proponen que sus estrategias para ser felices son sencillas: “tomarme un vasito de agua fresquita” (P1.13).

Dentro del paradigma de la psicología positiva, en el año 2002, Martín Seligman desarrolló la Teoría de la Auténtica Felicidad, proponiendo la felicidad como eje central de la psicología positiva, definida con la medida de la satisfacción con la vida, y establece tres tipos de vida felices: la primera, la vida agradable, placentera o emoción positiva, consiste en tener tantas emociones positivas como sea posible y en aprender las habilidades que las amplifican; la segunda, la vida de compromiso, hace referencia a las responsabilidades que nos surgen a lo largo de nuestra vida, el trabajo, las amistades, la pareja, los hijos y cuando estos compromisos no son una carga, sino una alegría, estamos desarrollando un tipo de vida feliz y estable que nos proyecta hacia un bienestar mayor;

y la tercera forma de felicidad, la vida significativa, en la que las personas de forma continua buscan el significado de valor, necesitando encontrar el sentido y un propósito en la vida, la vida significativa consiste en pertenecer y servir a algo que uno cree que es superior a su yo. Existe una inmensa variedad de cosas que son mayores que nosotros mismos a las que podemos pertenecer y de las que formar parte (política, religión, ecologismo, familia...) (Seligman, 2011).

Una década después, en el año 2011, Seligman propuso un cambio de paradigma, comenzó a trabajar en optimismo y desarrolló la Teoría del Bienestar, exponiendo que el tema de estudio de la psicología positiva es el bienestar, con cinco elementos: emoción positiva, de la cual la felicidad y la satisfacción con la vida forman parte; el compromiso; las relaciones; el sentido; y los logros. Afirmó que:

Ningún elemento define por sí solo el bienestar, pero cada uno de ellos contribuye a alcanzarla. El bienestar es una combinación de sentirse bien y de tener realmente sentido, buenas relaciones y logros. La forma de elegir el rumbo de nuestra vida es maximizar los cinco elementos en su totalidad. (Seligman, 2011, pp. 39-40)

Además, investigadores sociales, como Jordi Quoidbach (2021), con ayuda de las tecnologías digitales intentan demostrar que tener más tiempo para ti da más bienestar que tener más dinero. Ellos exponen que la gestión de nuestro tiempo y dinero es el factor más relevante en la medida del bienestar.

El ganador del premio Nobel de economía, Daniel Kahneman, desarrolló una línea de investigación al conectar los trabajos en economía con la psicología hedonista, centrada en analizar la situación de bienestar y las posibilidades de alcanzar un estado pleno de felicidad en base a la situación económica. Dicha línea conecta la psicología con la economía y la sociología, ya que investiga los efectos de las dinámicas económicas en la psicología individual y en las prácticas sociales. En el mismo sentido, el centro de esta teoría no es tanto la economía sino la investigación sobre la calidad de vida. Kahneman ha demostrado que, si bien la forma en que evaluamos nuestras vidas está influenciada en gran medida por los ingresos, nuestra salud y nuestro comportamiento de salud tienen una correlación más fuerte con las emociones positivas (Kahneman y Deaton, 2010).

Las autoridades de salud del Reino Unido, en el año 2011, lanzaron el proyecto «cinco maneras de ser felices», basado en estudios académicos sobre cómo las personas pueden aumentar su propio nivel de felicidad, encontrando como elementos para ser

felices: conectarse con las personas que lo rodean, ser físicamente activos, seguir aprendiendo, dar a otros y ser atentos (Ørstavik, 2017). Las investigaciones de Sonja Lyubomirsky proponen qué nos puede hacer más felices: las personas que ayudan a los demás son más felices, disfrutar de algo que te gusta, centrarse en las relaciones, hablar con la gente que aprecias, ser generoso, tener más interacciones sociales y fortalecer nuestras relaciones. Además, señala que las características propias de las personas más felices son: el optimismo, presentan mejores relaciones, tienden a hacer más ejercicio físico, son más agradecidas, espirituales y tienden a perseguir metas significativas (Aprendemos Juntos BBVA, 2020). En la búsqueda de evidencia científica sobre la felicidad, Lyubomirsky et al. (2005) sugirieron que las personas felices, es decir, aquellas que experimentan emociones positivas, tienden a tener éxito y logros en múltiples facetas de su vida. Ellos propusieron que el éxito no conduce a la felicidad, sino que el afecto positivo engendra el éxito. Las características relacionadas con el afecto positivo incluyen: confianza, optimismo y autoeficacia; simpatía e interpretación positiva de los demás; sociabilidad, actividad y energía; conducta prosocial; inmunidad y bienestar físico; afrontamiento eficaz de los desafíos y el estrés; originalidad y flexibilidad. Estos atributos fomentan la participación activa en la búsqueda de objetivos y con el medio ambiente (Lyubomirsky et al., 2005).

Asimismo, Fritz y Lyubomirsky (2017) expusieron en sus investigaciones un modelo sobre la eficacia de la práctica de las actividades positivas y su efecto sobre el incremento del bienestar/felicidad. Este modelo de actividades positivas, como la expresión de gratitud o la práctica de la amabilidad, ofrece predicciones sobre las condiciones en las que varias actividades positivas pueden ser más (o menos) efectivas para aumentar el bienestar.

En la revisión bibliográfica integradora de Seabra et al. (2018) no encontraron una definición única de felicidad de los participantes con enfermedad mental, coincidiendo también con la revisión sistemática de Ferraz et al. (2007) sobre felicidad y salud mental. Asimismo, concluyen que no se puede entender la felicidad separada de la experiencia social, el bienestar, la recuperación y los factores protectores internos de las personas, así, establecen que los factores que contribuyen al aumento de la percepción de felicidad se podrían englobar en dos dimensiones: la dimensión personal, más subjetiva, relacionada con el yo; y la dimensión interpersonal/relacional en múltiples contextos, familiar, apoyo social y afectivo.

Según Ferraz et al. (2007), en su revisión sistemática, concluyen que la felicidad es un fenómeno subjetivo, que depende más de aspectos de naturaleza psíquica (personalidad, optimismo, resiliencia, gratitud, presencia de altas puntuaciones de emociones positivas) y de la actitud ante la vida que de factores externos.

En relación a la investigación sobre felicidad en personas con TMG, los factores personales, familiares, de apoyo social y emocional, son los que contribuyen a alcanzar mejores niveles felicidad, siendo los factores que contribuyen a su disminución los siguientes: efectos secundarios de los tratamientos farmacológicos, la cronicidad del trastorno mental, la falta de apoyo social y la disfunción afectiva y emocional (Seabra et al., 2018).

Con respecto a las personas con esquizofrenia, para comprender su percepción de felicidad, se debe tener en cuenta que hay mayores dificultades para obtener niveles altos de felicidad en aquellas que presentan sintomatología negativa y con una disminución progresiva de las habilidades sociales (Agid et al., 2012). Las intervenciones fundamentales para la recuperación son las que promueven la rehabilitación, las relaciones sociales y el sentido de la vida, permitiendo una mayor percepción de felicidad (Seabra et al., 2018).

Según el estudio de Garay et al. (2014), en sus resultados sobre la investigación relacionada con el funcionamiento cognitivo, autoestigma y recuperación de las personas con enfermedad mental grave, destacan que el proceso de recuperación personal está negativamente afectado por las percepciones y atribuciones que realizan los pacientes sobre sus dificultades cognitivas, la presencia de síntomas positivos de la enfermedad y las dificultades relacionales.

Encuestas realizadas a los pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos indican que las tasas anuales de soledad son aproximadamente 2.3 veces más altas que las de la población general (Badcock, 2015; Stain et al., 2012). En el ámbito clínico, la soledad contribuye significativamente a una peor calidad de vida en la esquizofrenia (Roe et al., 2011; Weiner et al., 2010) y las personas con trastornos psicóticos resaltan que la soledad ha supuesto un gran cambio en sus vidas, solo superado por los problemas económicos (Eglit et al., 2018; Morgan et al., 2016).

Por otro lado, Greenberg et al. (2006) recogen que las personas con esquizofrenia informaban de una mayor satisfacción con la vida cuando existe un apoyo emocional y

una mayor interacción familiar, destacando los efectos beneficiosos de los procesos familiares prosociales y la calidad de vida.

Además, dentro de la heterogeneidad de los resultados de estos estudios, destacan que la felicidad está asociada con la calidad de vida relacionada con la salud mental y a su vez con factores como menor estrés percibido, una mayor capacidad de recuperación y optimismo y un mayor dominio personal (Edmonds et al., 2018; Palmer et al., 2014). Buckland et al. (2013) realizaron un estudio cualitativo de la felicidad entre 13 adultos jóvenes con esquizofrenia, exponiendo que las barreras que dificultan experimentar la felicidad son: el miedo, el aislamiento, los medicamentos, y el deseo de sentirse “normal”. Además, destacan que la medicación, aunque valorada positivamente, se asocia con dificultades para controlar el peso, mantenerse alerta, disminución de la libido... Las relaciones sociales son vistas como un antídoto contra el aislamiento. Por último, destacan el deseo de sentirse normal provocado por el estigma y autoestigma.

Desde una visión constructivista del lenguaje, la recuperación se centra en la salud, en el bienestar y en las fortalezas de las personas, además, de la autodeterminación y el autocontrol. La esperanza y el cambio de la identidad personal, separada de la enfermedad, son elementos importantes para la recuperación (Shepherd et al., 2008).

Según recoge el documento estratégico sobre la recuperación de Shepherd et al. (2008) los componentes del proceso de recuperación según Andresen et al. (2003) son: Encontrar esperanza y mantenerla, creer en uno mismo, tener un sentido de autocontrol, optimismo de cara al futuro; restablecimiento de una identidad positiva, que incorpore la enfermedad pero que mantenga un sentido positivo de uno mismo; construir una vida con sentido, entender la enfermedad, encontrar un sentido a la vida pese a la enfermedad; asumir responsabilidad y control, sentir que se controla la enfermedad y que se controla la vida (Andresen et al., 2003). (p. 2)

Por tanto, Shepherd et al. (2008) afirman que “una persona puede recuperar su vida sin necesariamente “recuperarse de” su enfermedad” (p. 3). La práctica de mindfulness implica, además, actitudes positivas de amabilidad, compasión, gratitud, autoconciencia y no juicio, siendo el mismo el objetivo de las intervenciones positivas. No debemos olvidar que el mindfulness tiene como objetivo la búsqueda de la felicidad y el alivio del sufrimiento, entendiendo que la felicidad se alcanza con la comprensión del sufrimiento y el bienestar entendido como un sentido profundo de serenidad y plenitud, lo cual

coincide con la búsqueda del bienestar eudaimónico (bienestar psicológico), objetivos de la psicología positiva (Cebolla et al., 2017).

Agid et al. (2012), en sus conclusiones, ponen en duda que se enfoquen adecuadamente las estrategias de rehabilitación, ya que asumen que el individuo mantiene las mismas motivaciones y objetivos previos a la aparición de la enfermedad y/o que no está satisfecho con su estado funcional actual, además, añaden que la falta de percepción de infelicidad provoca falta de motivación para buscar una mejora del estado funcional, y, por tanto, esto puede contribuir a la ineficacia de los programas de rehabilitación social y vocacional (Agid et al., 2012).

Por otro lado, la estigmatización, como señala Moloney (2018), “puede dar lugar a situaciones de abuso, rechazo, aislamiento y exclusión de las víctimas de la atención médica y del apoyo que pueda servirles de ayuda” (p. 77). Según su investigación Moloney (2018) señala que el proyecto *MENS Red Europea de Deporte y Salud Mental* destaca tres estrategias efectivas contra el estigma: educación, contacto y protesta.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Se realizó una investigación cualitativa, partiendo desde una perspectiva de análisis constructivista y fenomenológico interpretativo, a través de un muestreo intencional y por conveniencia en el que se seleccionaron los participantes del grupo focal y de las entrevistas individuales. Se elaboró una entrevista, de la cual 3 preguntas pretenden dar respuesta al objetivo de la investigación: conocer las estrategias de las personas con trastorno mental grave (TMG) para ser felices. Las preguntas seleccionadas fueron: *¿qué haces tú para ser feliz?; ¿cómo debería ser el mundo para que fueras feliz o más feliz?; ¿cómo deberías ser o cambiar tú para ser feliz o más feliz?*

Las entrevistas fueron realizadas a participantes mayores de 18 años, que se encontraban en seguimiento en las consultas de enfermería de la unidad de salud mental. Para su inclusión en el estudio se atendió a los siguientes criterios: tener diagnóstico TMG, no tener discapacidad intelectual, no presentar descompensación psicopatológica y no estar tutorizados. Se les invitaba a la participación, garantizando la confidencialidad de datos, el anonimato y solicitando previamente el permiso para la grabación de voz de la entrevista y la firma del consentimiento informado, en el que se les explicaba con



mayor detalle el estudio y se confirmaba su deseo de participar. Además, se tuvieron en cuenta criterios de edad, sexo y tipo de trastorno mental (véase tabla 1).

**TABLA 1. Perfil de los participantes**

<i>Identificación</i>	<i>Sexo</i>	<i>Edad</i>	<i>Trastorno Mental Grave</i>
P0.0	Hombre	47	Esquizofrenia
P0.1	Mujer	69	T. Depresivo
P0.2	Mujer	62	T. Ideas delirantes
P0.3	Mujer	35	T. Ideas delirantes
P0.4	Hombre	42	T. Inestabilidad de la personalidad
P0.5	Mujer	52	T. Inestabilidad de la personalidad
P1.1	Mujer	36	T. Inestabilidad de la personalidad
P1.2	Hombre	43	T. Bipolar
P1.3	Hombre	58	Esquizofrenia paranoide
P1.4	Mujer	40	T. Bipolar
P1.5	Hombre	20	Episodio psicótico
P1.6	Hombre	56	T. Bipolar
P1.7	Mujer	57	Esquizofrenia
P1.8	Hombre	56	Esquizofrenia paranoide
P1.9	Hombre	62	T. personalidad
P1.10	Hombre	44	Esquizofrenia
P1.11	Mujer	60	T. Ideas delirantes
P1.12	Mujer	37	Esquizofrenia
P1.13	Mujer	52	Esquizofrenia paranoide
P1.14	Mujer	26	Esquizofrenia
P1.15	Mujer	22	T. Inestabilidad de la personalidad

Fuente: Elaboración propia

## RESULTADOS

Es innegable que algunos pasan la vida buscando la felicidad recurriendo a las estrategias que otros usaron para encontrarla, aunque si consideramos que la felicidad es personal y particular ¿nos son útiles las recetas de los demás? o, por el contrario, ¿es necesario hacer nuestras propias recetas, teniendo en cuenta los ingredientes de los que disponemos (deseos, afectos, defectos, fortalezas, experiencias...)?

¿Cómo dicen los participantes que han alcanzado la felicidad? En algunas ocasiones siendo optimistas, en otras aceptando la vida tal cual es y en algunos momentos con la ayuda de Dios. Muchos solo quieren normalidad y cotidianidad, porque, cuando la vida aprieta, la búsqueda de la felicidad se centra en conseguir dinero, casa o comida, y cuando esto se ha conseguido buscan trabajo, formación y/o actividades compartidas. No obstante, no debemos olvidar que tener apoyo familiar, aficiones y objetivos vitales

ayudan en gran medida a alcanzar la felicidad. Cuando hablan de la felicidad afloran aspectos positivos, si bien no olvidan que la enfermedad no es invisible, el estigma y la propia enfermedad les acompañan y en algunas ocasiones eligen estar en compañía de la soledad (véase tabla 2).

**TABLA 2 Estrategias para alcanzar la felicidad: categorías y subcategorías**

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	
<b>ESTRATEGIAS PARA ALCANZAR LA FELICIDAD</b>	Actividades individuales Actividades compartidas Apoyo familiar Ausencia de estigma Felicidad material Funcionamiento social y ocupacional Necesidades básicas Normalidad Objetivos vitales Protección contra el rechazo Soledad	
	Personalidad	Aceptación Optimismo Espiritualidad-Religiosidad
	Salud	Tratamientos Estado funcional (Cognitivo y físico)

Fuente: Elaboración propia

**Normalidad:**

“Intento llevar una vida normal, levantarme, desayunar, asearme, trabajar, hacer las cosas de mi casa, caminar que me encanta... llevar una vida normal”. (P1.4).

**Objetivos vitales:**

“Intento hacer lo que me gusta y sin una visión de productividad, bailar, cantar es gimnasia rítmica mezclada con el ballet es lo que me sale”. (P1.15).

**Felicidad material:**

“¿Ahora? [...] el amor lo conozco, el dinero hace más la felicidad”. (P1.6).

**Necesidades básicas:**

“Tener una casa., y una piba, por pedir... [...] yo que sé... es comer bien, tomar un cortadito, tomarse las pastillas, venir a pincharse educadamente, estar limpio, no venir borracho, ni drogado a casa de nadie”. (P1.3).

**Funcionamiento social y ocupacional (capacidad óptima del desarrollo de actividades sociales y laborales):**

“Ser libre, alegría, ahora estoy estancada ahí, sin hacer cosas de la casa, mi marido me tiene que obligar”. (P0.1).

**Soledad (elegida por voluntad propia):**

“[...] Estoy sola y nadie me molesta y hago lo que me da la gana”. (P1.11).

**Protección contra el rechazo:**

“¿Qué hago? Recogerme, a veces es difícil porque creo que me están comiendo la cabeza”. (P1.8).

**Ausencia de estigma (eliminar el estigma de la sociedad):**

“¿Qué me haría feliz? Puff...pues la verdad ¿qué me haría feliz? que la gente no pusiera palabras en mi boca que no son, acciones en mí que no he hecho. El presuponer que soy, si no me conocen. Eso sería felicidad”. (P1.1).

**Apoyo familiar:**

“Compartir con la familia/amigos para tomar las decisiones”. (P1.12).

**Actividades individuales:**

“Comer chocolate jajaja”. (P1.5).

“Me doy ánimos a mí mismo, me sobrepongo a pesar de lo que pase, me leo un libro, veo una película, un programa de tele, hasta la política me hace feliz cuando trabajan bien, cuando trabajan mal, no”. (P1.6).

**Actividades compartidas:**

“Irme a tomar un café con una amiga, ir al cine, estar en pareja”. (P1.4).

**Personalidad (Aceptación, optimismo y espiritualidad-religiosidad):**

“Crear, la fe”. (P1.12).

“Yo creo que es eso, yo ya he esperado tanto de los demás, que ya no espero nada de nadie, y el no esperar nada de nadie me permite ser yo misma”. (P1.1).

**Salud (Estado funcional cognitivo y físico y tratamientos):**

“Yo sentirme bien, sentirme buena. Superar la enfermedad, sentirme bien a gusto, acompañada, relajada, en fin, ser yo misma”. (P0.2).

“Hombre, lo que estoy haciendo ahora, ir al psicólogo, seguir mis terapias del psiquiatra, yo soy muy cumplidora. Todo esto me ha dado estabilidad”. (P1.4).

Parece ser que las estrategias para alcanzar la felicidad están dentro de una dimensión personal y dependen de uno mismo, salvo el apoyo familiar, la realización de actividades compartidas con otros y el deseo de que acabe el estigma, y, cuando no es así, refieren estrategias utilizadas como la protección contra el rechazo, incluida dentro de una dimensión interpersonal-relacional. El resto de las estrategias están relacionadas con las fortalezas, los valores, los objetivos y la motivación, como el optimismo o la aceptación. Asimismo, en relación a su salud, esperan que el sufrimiento, provocado por la enfermedad, desaparezca si se curan, claramente entienden que la curación será el camino hacia la felicidad.

Además de las estrategias específicas individuales, se les preguntó por la influencia de los demás, de la sociedad o del mundo en su felicidad. Así, atendiendo a las respuestas del grupo focal, no es excepcional, teniendo en cuenta el sesgo de deseabilidad social, que deseen que se acabe en el mundo la pobreza, el hambre, la guerra, las muertes, las injusticias... pidiendo una mayor igualdad. Sin embargo, al realizar las entrevistas individuales las peticiones fueron diferentes, deseando algunos participantes cambios

relacionados con los valores sociales, tales como, honestidad, libertad, sinceridad, solidaridad, respeto, tolerancia, educación, compañerismo, empatía y menor materialismo e individualismo, las relaciones interpersonales y la ausencia de estigma (véase tabla 3).

**Tabla 3 Sociedad: categorías y subcategorías**

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
<b>SOCIEDAD</b>	Ausencia de estigma Valores sociales Responsabilidad personal Sin cambios

Fuente: Elaboración propia

**Ausencia de estigma (por los aspectos relacionados con el TMG):**

“Que entendieran mejor la enfermedad. No estigmatizarla tanto”. (P1.4).

**Valores sociales:**

“Lo primero que cambiaría es que no hubiera tanta pobreza, yo veo que el mundo está muy desequilibrado. [...] Que no hubiera esas diferencias tan enormes de pobreza, matar personas por probar armas... yo no puedo con todas esas injusticias”. (P0.5).

“Más tolerante con las edades nuestras, porque ya para mí no hay trabajo, lo he intentado en niveles altos, porque en los bajos no me lo dan. Noto egoísmo por parte de las otras personas. Yo intento dar mucho y lo que me dan es [...]”. (P1.9).

Si bien es destacable que hay participantes que opinan que poco influyen en su felicidad

los demás, otros inciden en la importancia de la responsabilidad personal.

**Responsabilidad personal:**

“Yo creo que el cambio está en mi al 90%, lo que pasa en el mundo el 10%. Es mi visión y actitud y es lo que hay que trabajar. Hay que creer en uno mismo”. (P1.12).

“No, depende de mí nada más”. (P1.7).

**Sin cambios:**

“La gente tiene que dejar de vivir en un mundo en el que cree que todo es idílico, que cree que todo lo puede conseguir. No todo se puede conseguir, aunque te esfuerces lo más grande”. (P1.1).

“Yo creo que el mundo debería ser tal cual es”. (P0.4).

Algunos, sin saberlo, utilizan estrategias y tienen valores estrechamente relacionados con la atención plena y la compasión. La atención plena “simplemente parar y estar presente, eso es todo” (Kabat-Zinn, 2005) puede entenderse como un estado o un rasgo que a veces desarrollamos. De igual manera, el deseo de que los demás se encuentren libres del sufrimiento (compasión) o la aceptación radical están presentes en algunas entrevistas y descubrimos cómo influyen en su felicidad.

**Responsabilidad personal:**

“Cuando tengo un objetivo y las cosas no me salen como yo quiero. Ahora he aprendido a aceptar más las cosas y esperar, todo tiene un porqué”. (P1.12).

**Valores sociales:**

“El intentar consolar y ayudar está cuando una persona es capaz de ver el sufrimiento del otro, no de entenderlo, de verlo”. (P1.1).

“Ver el sufrimiento que existe en el mundo, para darse cuenta de...”. (P1.1).

Se podría pensar que las demandas de cambio de los valores de la sociedad no difieren de los de una encuesta general realizada un día cualquiera, lo único que refleja que las personas entrevistadas pudieran tener una enfermedad, y, sobre todo una enfermedad mental, es la petición de la reducción del estigma que sufren muchos desde el momento del diagnóstico, con una petición clara: “que no hablen por nosotras, el paternalismo, como nos infantilizan, la condescendencia con la que se nos trata” (P1.15).

## **DISCUSIÓN**

Seabra et al. (2018), en su revisión sistemática, no encontraron una definición única de felicidad y concluyeron que no se puede entender la felicidad separada de la experiencia social, bienestar, la recuperación y los factores protectores internos de la persona. En los resultados de esta investigación se identifica claramente que la felicidad es subjetiva y personal, por la diversidad de sus respuestas, que incluyen categorías relacionadas con los objetivos vitales, la normalidad y la salud, coincidiendo con Ferraz et al. (2007), quienes concluyen que la felicidad depende más de aspectos de naturaleza psíquica y de actitud ante la vida que de factores externos. De igual modo, algunas de las codificaciones obtenidas en esta investigación coinciden con las de la investigación de Palmer et al. (2014), resaltando el optimismo, la recuperación y la independencia, además de la importancia del apoyo social y familiar descrito por Greenberg et al. (2006). Asimismo, en las investigaciones sobre la felicidad del siglo XXI, como las de Martín Seligman, se resalta la importancia de las emociones positivas, el compromiso, las relaciones, el sentido y los logros (Seligman, 2011).

En las entrevistas realizadas surgieron respuestas relacionadas con la necesidad de alcanzar un estado funcional óptimo, objetivos vitales y la normalidad. Estas categorías podrían sugerir la presencia de déficit en estos ámbitos de las personas entrevistadas, coincidiendo con los resultados de la investigación de Agid et al. (2012) que concluyen que entre las personas con un primer episodio de esquizofrenia y las personas sin patología mental no se encontraron niveles significativamente diferentes de felicidad, satisfacción o percepción de éxito, sin embargo, presentaron un deterioro significativo en el funcionamiento social y la independencia. Además, como confirma Garay et al. (2014)

destacan que el proceso de recuperación está negativamente afectado por las percepciones y atribuciones de los pacientes, sobre el funcionamiento cognitivo y el estigma.

Aunque Eglit et al. (2018) y Morgan et al. (2016) resaltan que la soledad es un factor que ha supuesto un gran cambio en las vidas de las personas con trastorno psicótico y solo superado por los problemas económicos, en nuestros resultados encontramos como estrategia para alcanzar la felicidad elegir la soledad. Salas y Garzón (2013) ya plantean que el medio para alcanzar la felicidad y la realización personal pasa por tener calidad de vida y las necesidades básicas cubiertas. En esta investigación son pocos los que refirieron presentar estas dificultades, si bien la presencia de las subcategorías: necesidades básicas y felicidad material, confirma los resultados de Salas y Garzón (2013), que, además, nos permite recordar la teoría de la motivación humana de Abraham Maslow (1981).

En los resultados obtenidos en esta investigación, en relación a las estrategias utilizadas o deseadas para alcanzar la felicidad, se encontraron subcategorías relacionadas con: la normalidad; la salud, los tratamientos; el apoyo familiar, las relaciones con los demás y las actividades compartidas; así como, la ausencia del estigma, la aceptación y el optimismo. Dentro de los factores que ayudan a alcanzar la felicidad está la recuperación de la enfermedad (Andresen et al., 2003). Buckland et al. (2013) en su estudio cualitativo con 13 jóvenes con esquizofrenia, concluyen que las barreras que dificultan experimentar la felicidad son: el miedo, el aislamiento, los medicamentos y el deseo de sentirse normal. Shepherd et al. (2008) plantean como necesaria la esperanza y un cambio de identidad personal separada de la enfermedad y afirmaron que “una persona puede recuperar su vida sin necesariamente recuperarse de su enfermedad” (p. 3). Todo esto coincide con los resultados de nuestra investigación en la que plantean que se puede ser feliz independientemente de la enfermedad que se tenga.

Sin embargo, cuando se les pregunta a los participantes qué cambios sociales afectarían a su felicidad demandan cambios en los valores sociales. Dichos cambios contribuirían a la existencia de una sociedad más tolerante, responsable, solidaria, honesta, libre, con una mayor educación, empatía, menos materialista, individualista y sin prejuicios. Los valores presentes en los discursos de algunos participantes están relacionados con los valores de la atención plena o mindfulness, la compasión y la psicología positiva, valores que a su vez están estrechamente relacionados con la felicidad (Cebolla et al., 2017; Lyubomirsky

et al., 2005). Además, los participantes reclaman la necesidad de que se actúe contra el estigma, esto se conseguiría con campañas antiestigma como propone Moloney (2018).

## CONCLUSIÓN

Las respuestas de los participantes de esta investigación evidencian que las estrategias para alcanzar la felicidad en las personas con TMG varía ampliamente, no pudiendo apreciar homogeneidad en sus respuestas, como se demuestra al alcanzar un número elevados de subcategorías en la codificación y solamente pudiendo establecer dos grandes categorías, estrategias que dependen de uno mismo y las estrategias que dependen de la interacción con los demás. Por lo tanto, las estrategias para alcanzar la felicidad están dentro de la dimensión personal y dependen de uno mismo, salvo el apoyo familiar, la realización de actividades compartidas con otros, la protección contra el rechazo y el deseo de que acabe el estigma, incluidas en la dimensión interpersonal-relacional. El resto de las estrategias están relacionadas con las características propias de la persona como las fortalezas, los valores, los objetivos personales y la motivación, así como el optimismo o la aceptación. Asimismo, en relación a su salud, esperan que el sufrimiento provocado por la enfermedad desaparezca, claramente entienden que la recuperación será el camino hacia la felicidad.

Las demandas de cambio de los valores de la sociedad no difieren de las de la población general, lo que refleja que las personas entrevistadas pudieran tener una enfermedad mental es la petición de la desaparición del estigma que sufren muchos desde el momento del diagnóstico que les provoca rechazo y discriminación. Se puede ser feliz independientemente de la enfermedad que se tenga.

## BIBLIOGRAFÍA

- Agid, O., McDonald, K., Siu, C., Tsoutsoulas, C., Wass, C., Zipursky, R., y Remington, G. (2012). Happiness in first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Research, 141*(1), 98- 103. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.07.012>
- Andresen, R., Oades, L., y Caputi (2003) The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 37*(5), 586–594. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x>
- Badcock, J., Shah, S., Mackinnon, A., Stain, H., Galletly, C., Jablensky, A., y Morgan, V. (2015). Loneliness in psychotic disorders and its association with

- cognitive function and symptom profile. *Schizophrenia Research*, 169(1-3), 268-273. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.10.027>
- Buckland, H., Schepp, K., y Crusoe, K. (2013). Defining happiness for young adults with schizophrenia: A building block for recovery. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(5), 235-240. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.07.002>
  - Cebolla, A., Enrique, A., Alvear, D., Soler, J., y García-Campayo, J. (2017). Psicología positiva contemplativa: Integrando mindfulness en la psicología positiva. *Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers*, 38(1), 12-18. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2816>
  - Edmonds, E. C., Sirkin, A., Palmer, B. W., Eyler, L. T., Rana, B. K., y Jeste, D. V. (2018). Positive mental health in schizophrenia and healthy comparison groups: relationships with overall health and biomarkers. *Aging and Mental Health*, 22(3), 354-362. <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2016.1251572>
  - Eglit, G., Palmer, B., Martin, A., Tu, X., y Jeste, D. (2018). Loneliness in schizophrenia: Construct clarification, measurement, and clinical relevance. *PLOS ONE*, 13(3), 1-20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194021>
  - Ferraz, R., Tavares, H., y Zilberman, M. (2007). Felicidade: Uma revisão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(5), 234-242. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000500005>
  - Fritz, M. M., y Lyubomirsky, S. (2017). Whither happiness? When, How, and Why Might Positive. En *The Social Psychology of Living Well Activities Undermine Well-Being*. (pp. 101-115). Routledge
  - Garay, M., Pousa, V., y Perez, L. (2014). La relación entre la percepción subjetiva del funcionamiento cognitivo y el autoestigma con la experiencia de recuperación de las personas con enfermedad mental grave. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(123), 459-475. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352014000300002>
  - Greenberg, J. S., Knudsen, K. J., y Aschbrenner, K. A. (2006). A memorial tribute: Prosocial family processes and the quality of life of persons with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 57(12), 1771-1777. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.12.1771>
  - Kahneman, D., y Deaton, A. (2010). High income improves evaluation of life but not emotional well-being. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 107(38), 16489-16493. <https://doi.org/10.1073/pnas.1011492107>
  - Lyubomirsky, S., King, L., y Diener, E. (2005). The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success?. *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803>
  - Maslow, A. H. (1991). *Motivación y personalidad*. Ediciones Díaz de Santos.
  - Moloney, P. (2018). La salud mental y el estigma en Europa. En *Mens Project Policy Papers*, 75-87.



- Morgan, V. A., Waterreus, A., Carr, V., Castle, D., Cohen, M., Harvey, C., Galletly, C., Mackinnon, A., McGorry, P., McGrath, J. J., Neil, A. L., Saw, S., Badcock, J. C., Foley, D. L., Waghorn, G., Coker, S., y Jablensky, A. (2016). Responding to challenges for people with psychotic illness: Updated evidence from the Survey of High Impact Psychosis. *Australian y New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(2), 124- 140. <https://doi.org/10.1177/0004867416679738>
- Ørstavik, R. (2017). Helse i hvert smil?. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 137(9), 591. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0376>
- Palmer, B. W., Martin, A. S., Depp, C. A., Glorioso, D. K., y Jeste, D. V. (2014). Wellness within illness: happiness in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 159(1), 151-156. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.07.027>
- Quoidbach, J. (14 de julio de 2021). Tener más tiempo para ti da más bienestar que tener más dinero. *La Vanguardia*. <https://www.lavanguardia.com/lacontra/20210714/7601608/mas-ti-da-mas-bienestar-mas-dinero.html>
- Roe, D., Mashiach-Eizenberg, M., y Lysaker, P. (2011). The relation between objective and subjective domains of recovery among persons with schizophrenia-related disorders. *Schizophrenia Research*, 131(1-3), 133-138. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.05.023>
- Salas, C., y Garzón, M. O. (2013). La noción de calidad de vida y su medición. *Revista CES Salud Pública*, 4(1), 36-46
- Seabra, P., Sarreira-Santos, A., Medeiros-Garcia, L., Costa, A., Cardoso, I., y Figueiredo, A. S. (2018). A felicidade em pessoas com doença mental: Uma revisão integrativa da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (19), 45-53. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0201>
- Seligman, M. (2011). *Florecer*. Océano exprés
- Shepherd, G., Boardman, J., y Slade, M. (2008). *Making recovery a reality*. Sainsbury Centre for Mental Health.
- Stain, H., Galletly, C. A., Clark, S., Wilson, J., Killen, E. A., Anthes, L., Campbell, L. E., Halon, M. C., y Harvey, C. (2012). Understanding the social costs of psychosis: The experience of adults affected by psychosis identified within the second Australian national survey of psychosis. *Australian y New Zealand Journal Of Psychiatry*, 46(9), 879-889. <https://doi.org/10.1177/0004867412449060>
- Weiner, A., Roe, D., Mashiach-Eizenberg, M., Baloush-Kleinman, V., Maoz, H., y Yanos, P. (2010). Housing Model for Persons with Serious Mental Illness Moderates the Relation Between Loneliness and Quality of Life. *Community Mental Health Journal*, 46(4), 389-397. <https://doi.org/10.1007/s10597-009-9279-3>

## El cuidado integral en tiempos de COVID-19: una reflexión

Comprehensive care in times of COVID-19: a reflection

O cuidado integral em tempos de COVID-19: uma reflexão

Ana Beatriz Duarte Vieira<sup>1</sup> & Alexandre Staerke Vieira de Rezende<sup>2</sup>

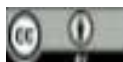
<sup>1</sup>Enfermeira. Doutora em Bioética. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília - Brasília, DF. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0147-5641>. Correo electrónico: [abd.vieira@gmail.com](mailto:abd.vieira@gmail.com)

<sup>2</sup>Psicólogo clínico. Gestor Público na Secretaria de Planejamento e Gestão do Distrito Federal. Mestrando em Psicologia Social no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, DF. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3483-2617>. Correo electrónico: [alexandre.staerke@gmail.com](mailto:alexandre.staerke@gmail.com)

Correspondencia: Ana Beatriz Duarte Vieira. SQN 214, Bloco J, apartamento 110. CEP: 70.873-100. Brasília- DF- Brasil.  
Correo electrónico de contacto: [abd.vieira@gmail.com](mailto:abd.vieira@gmail.com)

Para citar este artículo: Vieira, A.B.D., & Rezende, A.S.V.(2021). El cuidado integral en tiempos de COVID-19: una reflexión. *Cultura de los Cuidados*, 25(61). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.61.03>

Recibido:15/07/2021 Aceptado: 11/08/2021



### RESUMEN

La pandemia SARS-CoV-2/COVID-19 ha generado muchos cambios en el contexto público y privado, planteando problemas morales, legales, políticos y sociales para la vida diaria de la sociedad planetaria. Este artículo hace reflexiones sobre los temas de la ética y el cuidado con la vida, cuyos cambios bruscos se asociaron al desafío de la viabilidad de supervivencia y la importancia del cuidado relacional en el contexto de la pandemia. Ante el imperativo del aislamiento y el distanciamiento social, se buscaron estrategias de protección para un *continuum social*. En ese contexto, las dimensiones del cuidado se construyeron desde la noción de salutogénesis y autocultivo, que fundamenta un sistema de valores que incorpora saberes para la salud, la calidad de vida y el bienestar. Se infiere que en una mirada sistémica, por medio de políticas públicas y ayuda humanitaria, nuevos principios y valores orientarán la experiencia

futura enfocada en la preservación de la vida humana, el cuidado ético con la salud y el cultivo planetario para el buen vivir de la humanidad.

**Palabras clave:** Cuidado; ética; salud; COVID-19.

## ABSTRACT

The SARS-CoV-2/COVID-19 pandemic has caused various changes in the public and private context, raising moral, legal, political and social challenges for the daily life of the society around the world. This paper offers some reflections on the ethics and care for life, in a time when sudden changes were associated with the challenge of survival viability and the importance of relational care in the context of the pandemic. In view of the mandate for social isolation and distancing, protection strategies were sought for a social *continuum*. In this context, the care framework was built around the notion of salutogenesis and self-preservation, which underlies a value system incorporating knowledge related to health, quality of life and well-being. In a systemic view, through public policies and humanitarian aid, there is the assumption that new principles and values will guide the future experience focusing on the preservation of human life, ethical health care and planetary preservation for the good living of humanity.

**Keywords:** Care; ethics; health; COVID-19.

## RESUMO

A pandemia do SARS-CoV-2/COVID-19 gerou muitas mudanças no contexto público e privado, levantando questões morais, legais, políticas e sociais para o cotidiano da sociedade planetária. Esse artigo trata de reflexões acerca das temáticas da ética e do cuidado com a vida, as quais buscam mudanças associaram-se ao desafio da viabilidade de sobrevivência e importância do cuidado relacional no contexto da pandemia. Ao imperativo do isolamento e distanciamento social, buscaram-se estratégias de proteção para um *continuum* social. Nesse contexto, as dimensões do cuidado edificaram-se a partir da noção da salutogênese e auto cultivo, que fundamenta um sistema de valores incorporando saberes para a saúde, qualidade de vida e o bem-viver. Infere-se que numa visão sistêmica, por meio de políticas públicas e de ajuda humanitária, novos princípios e valores nortearão a vivência futura tendo como foco a preservação da vida humana, o cuidado ético com a saúde e o cultivo planetário para ao bem viver da humanidade.

**Palavras chave:** Cuidado; ética; saúde; COVID-19.

## INTRODUÇÃO

Constitui-se como um desafio humanitário mundial a realidade da pandemia SARS-CoV-2 que assolou o planeta no ano de 2020. Este vírus se alastrou pelo mundo gerando desafios sem precedentes como adoecimento sistêmico, possível colapso

econômico, desaquecimento comercial, aumento de desemprego, necessidade de isolamento social e perda de inúmeras vidas humanas. Torna-se mister reconhecer que a estrutura social pós-moderna transformou os espaços interativos e sociais que regulavam as possibilidades de atenção e cuidado pela própria comunidade. Assim, os avanços tecnológicos e a noção da experiência subjetiva do tempo têm mudado seu significado.

As informações transitam com rapidez e, também, a lógica cultural valoriza um conjunto de processos sociais descontinuados, individualizados, polarizados e massificados. O predomínio do instantâneo, da velocidade, da perda de fronteiras, dos padrões diferentes de complexidade, do consumismo rodeia o ser humano e povoam adoecimentos no corpo, na mente e nas emoções desse ser, assim como atingem a natureza e o planeta (Bauman, 2004). O caos proveniente da ordem-desordem, do prazer-dor, da vida-morte gera uma condição de fenômeno insólito que permeia o momento atual e fragiliza o amanhã (Morin, 2008). Dessa forma, a humanidade tem caminhado para os mais dramáticos e graves acontecimentos da vida de seus indivíduos e coletividades. Numa perspectiva psicológica e subjetiva há de se considerar a epigenética - a influência da constituição genética em interação do sujeito com o meio e a sua reconfiguração enquanto indivíduo - como um processo de equilíbrio e auto cultivo constante e regular para integração das diferentes dimensões que compõem a existência humana (Lipton, 2007). Esta relação entre a experiência pessoal e a realidade social pode facilitar a compreensão da magnitude de mudanças que o avanço tecnológico e a experimentação da dimensão espaço-tempo, vivida pelo sujeito, se alteraram, consideravelmente, por meio da transformação da experiência social local para a constituição de experiências virtuais que ampliaram as redes de influências e contatos facilitando trocas socioafetivas menos densas e mais líquidas (Bauman, 2004).

Faz-se mister lembrar que, o ser humano cria maneiras de se relacionar com o mundo, toda a história individual e coletiva dos homens está ligada ao seu convívio social e que, junto à subjetividade há um corpo humano com necessidades que se expressam por meio de simbolização das experiências sociais (Mítjans & Rey, 1989). É constituinte dos organismos vivos a troca com o meio, pois o equilíbrio se faz por meio de um ecossistema que se retroalimenta e que precisa do outro para existir numa perspectiva

macro. Assim, os contatos e trocas sociais implicam em possibilidades de empatia no encontro entre os sujeitos, sendo o toque físico um dos elementos essenciais para manutenção da saúde orgânica (Maturana & Varela, 1995; Montagu, 1988).

Traz-se como um dos desafios dessa pandemia a necessidade de isolamento que implica na redução de contatos físicos-sociais e da nutrição afetiva cotidiana. Haveria uma espécie de substituição dos encontros presenciais por virtuais e por pequenas e diversas experiências de troca afetiva reduzidas. O suprimento afetivo descorporificado, sem a dimensão dos sentidos na experiência vivida, pode sanar por algum tempo as necessidades humanas, mas pode se tornar fonte de sofrimento e adoecimento.

As mudanças da pós-modernidade, o desequilíbrio ecológico e a emergência da pandemia do SARS-CoV-2 desencadearam, também, mudanças nos espaços públicos e privados. Como consequência, para o cotidiano planetário, emergiram questões importantes nos âmbitos morais, legais, políticas e sociais. As discussões se sucederam emolduradas por temáticas desde a sacralidade da vida; da melhor escolha em razão de seu maior benefício; dos direitos da pessoa e sua liberdade; da justiça com relação a terceiros até a defesa vinculada a salvar a economia para salvaguardar a vida de todos (Goldim, 2006). A estes desafios, outros se interrelacionaram por meio de normas, decisões, informações, comportamentos, adaptações e transformações que influenciaram a novas rotinas de convívios sociais. Outrossim, a COVID-19 aponta para possíveis dispositivos necessários para superação da atual pandemia e para sua compreensão. Torna-se necessário discutir a questão da saúde a partir de um olhar ético para além dos dispositivos promotores de prevenção e redução de adoecimento. Por outro lado, tem-se, também, que a sobrevivência da espécie se manifesta pela colaboração, associação e competição – resumidas como processos interativos e sociais necessários à experiência vivencial.

Por ser um tema que abarca uma complexidade única, escolheu-se como cerne dessa reflexão os possíveis efeitos do isolamento social à nova realidade da vida para promoção de cuidado individual e coletivo, de primar pela saúde mental e compreender a dimensão de cultivar a saúde integral.

Nesse ensaio, os autores procuram referenciar o conceito de saúde na perspectiva sistêmica e complexa que representa um equilíbrio dinâmico entre aspectos físicos, mentais, emocionais, energéticos, espirituais e sociais; incluindo a indissociabilidade de

bem-estar e qualidade de vida (Madel & Barros, 2012). Este conceito aponta para a importância do processo de avaliação sobre os eixos do sofrimento, adoecimento, promoção da saúde e cuidado no contexto da ética em saúde, das políticas públicas e frente aos determinantes sociais de cada país (WHO, 2012; Scliar, 2007).

O Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), carrega em sua constituição o reconhecimento da potência da integralidade do cuidado. Cuidado este, que implica na inserção do atendimento às demandas e necessidades das pessoas como meio de viabilizar aspectos promotores de saúde, vistos como uma questão de cidadania. Isso significa compreender que a efetividade do cuidar perpassa pela subjetividade humana seja no campo das intervenções diretas em espaços relativos à saúde ou em espaços cotidianos do sujeito inseridos em sua comunidade (Brasil, 1990).

A ampliação do cuidado para a vivência de experiências saudáveis, para ser efetivo, precisa abranger uma regulação complexa entre as dimensões fisiológicas, emocionais, mentais, psicológicas, espirituais e sociais. Há uma integração entre as expressões comportamentais e interativas entre sujeitos e esta processualidade é complexa. A processualidade comportamental tende ser a última a se apresentar para o aumento da consciência coletiva e só se produz por interação entre as diferentes dimensões estabelecidas nas relações humanas.

Frente ao cenário da pandemia, a exigência da mudança do comportamento se fez imediata, e processual, posto que as pessoas precisaram aprender a gerir uma nova realidade que pouco se conhecia sobre o assunto. Junto ao imediatismo desse contexto, foi necessário reconhecer melhor a situação problema com intuito de gerar soluções viáveis e possíveis tanto nas dimensões sociopolíticas, como micro gestão do cotidiano. Como fazer isolamento com menos danos a economia? Como evitar o alastramento do vírus e gerir as relações sociais? Como sobreviver com saúde no isolamento quando se vive sozinho(a) ou quando se vive em família e se intensificam a convivência? O desafio estava na viabilidade de intensificar estas mudanças de forma orgânica e efetiva por meio do desenvolvimento de novas competências sociais numa realidade de isolamento, garantia do autossustento econômico e da capacidade emocional de suportar a redução de contato social e humano.

Junto a questão da brusca mudança e a viabilidade de sobrevivência, em 2020, tornou-se necessário a construção de apoio comunitário e solidário, pois estabeleceram-se possíveis redes de cuidado entre as pessoas e a comunidade. Parece que o isolamento trouxe o convite ao retorno às bases de socialização e trocas afetivas existentes desde o início da humanidade. O paradoxo estava dado: cuidar de mim é cuidar do outro e vice-versa. Amor efetivo seria amor à distância. Cuidar de si implicaria no desafio de olhar para si e de se surpreender com o reconhecimento de espaços subjetivos e afetivos antes não vistos. Reconhecer o processo inovador da vida, da necessidade de aprendizagem e de amadurecimento humano. Aprender a lidar consigo reconhecendo aspectos próprios que são expressão da existência humana (Neff, 2014; Zessin et al, 2015). Foi necessária uma ampliação do auto cultivo - entendido como aptidão para viver com qualidade, viver bem e coerente com valores subjetivos positivos - e autoconhecimento por meio da consciência e observação coletiva e comportamento individual. Há e haverá aspectos conscientes e aspectos autogeridos na experiência humana, e, é necessário se olhar e reconhecer os próprios desafios afetivos, que se expandem em aspectos diversos das interações sociais e dimensões humanas.

Portanto, o cuidado coletivo e individual, público e privado reconhece a ética das interações existentes na vida. Aquele que cuida recebe nesta interação algo que, simbolicamente, é vivenciado pelo outro como cuidado. Não basta querer cuidar é preciso reconhecer a subjetividade para efetivar aquilo que é cuidado, a partir da autonomia do outro. Sendo assim, um aspecto importante da promoção do cuidado e da saúde está no reconhecimento pelo ser humano do seu lugar existencial no mundo, pois parte da solução do problema está em reconhecer as suas próprias vicissitudes da vida e viabilizar dispositivos que facilitem os processos de encontro com as fissuras afetivas internas e suas dificuldades externas (Ayres, 2005; Carvalho, 2015).

Assim, tendo em vista a diversidade de prismas sobre o objeto de estudo humano, surge na história uma diversidade de epistemologias sobre o ser humano, seu funcionamento e, conseqüentemente, as possíveis terapêuticas de cuidado aplicáveis. Estes instrumentos potentes viabilizam ao sujeito o contato ético e estético consigo mesmo e com a natureza imanente *per si*, que se apresenta para além da cisão mental ou emocional, mas como aspectos vivos e próprios de um organismo vivo (Madel & Barros, 2012).

## DIMENSÕES DO SOFRIMENTO DURANTE A PANDEMIA

Observa-se que com o isolamento tornou-se evidente um largo espectro de formas de adoecer e de se vivenciar o sofrimento, pois houve uma diversidade de transtornos psicológicos, físicos e psicossomáticos associados, em especial, ao estresse, ansiedade e depressão.

As necessidades afetivas não sanadas maximizadoras de carências, angústias e dores trazem ao sujeito aspectos relacionados ao funcionamento do seu aparelho psíquico. Nesta perspectiva, Dejours & Gernet (2014), apresentam como espectro da experiência humana as dimensões do prazer e do sofrimento que se influenciam e são intercambiáveis numa espécie de *continuum*. Faz-se importante compreender, nesta visão, que há uma tendência natural à evitação do sofrimento e a busca de aumento do prazer, mesmo que para isso, sejam necessários o uso de artifícios mentais inconscientes que reduzam a percepção das experiências com o intuito de se evitar o contato com a dor. Em contrapartida, nem todo sofrimento se torna fonte de adoecimento. O sofrimento pode se transformar em um sofrimento criativo que é aquele que produz a capacidade de desenvolvimento e aprendizagem da pessoa e que viabiliza a construção de soluções. Num processo de desterritorialização em que o sujeito se redefine nos processos da experiência (Deleuze & Guatarri, 1995). Aqui se ativam possibilidades de produção de saúde ao invés de aspectos promotores de adoecimento.

Para se entender melhor os desafios da temática em discussão deve-se reconhecer que há uma miríade de situações críticas desencadeadoras de sofrimento neste período do isolamento social e de distanciamento entre as pessoas. Junto ao sofrimento tem-se que considerar aspectos relativos à cultura, aos significados sociais, a simbolização, ao sofrimento ético-político delineadores de espaços de ausência ou presença de voz e poder. A cidadania estaria relacionada a ocupação legítima do indivíduo quanto a gestão de sua vida e a sua participação comunitária e social. A saúde, nesta visão complexa e sistêmica, está associada ao cotidiano e a ocupação existencial no âmbito do micro espaço legítimo de poder e decisão de cada cidadão.



Numa sociedade que se estabelece valores éticos-morais, o processo de conscientização e comportamentos passam pela estruturação racional/cognitiva e afetiva/emocional. Para Sawaia apud Bertini (2014), o sofrimento ético-político tem interface com a subjetividade e sociedade e, portanto, determinam os comportamentos humanos, assim como, valores sociais referentes desde o biotipo corporal, a etnia, a cor, ao gênero, à capacidade financeira que impedem ou facilitam a circulação de informações a depender de quem, onde e quando se fala. Nesse espaço, surge a heteronomia, o medo, a passividade, a servidão, a miséria, a alienação e como consequências a exclusão e o sofrimento, muito observado frente às vulnerabilidades e desigualdades sociais que se constatou durante essa pandemia (Bertini, 2014).

Assim, a mudança social só se torna viável quando os sujeitos envolvidos são capazes de se ouvir, de ouvir aos outros e reconhecer o objetivo comum que todos têm para que se possa buscar possíveis estratégias de ação benéficas ao coletivo (Vasconcelos, 2013).

Reconhecer o que a comunidade precisa envolve capacidade de interação que implica em seu cerne a escuta e troca. Não há respostas pré-fabricadas e por isso mesmo a redução de espaços de discussão podem ser fatores impeditivos de promoção de respostas criativas e efetivas. As diferenças devem ser vistas e toleradas para construção de um produto comum em que todos se implicam e, portanto, se sentem agentes produtores e corresponsáveis para manutenção e conquista do objetivo pactuado. Uma sociedade só se torna uma comunidade, quando as pessoas se reconhecem todas com direitos e quando existe um elo afetivo que subjaz o respeito, a justiça, os direitos humanos, a liberdade, a participação, a responsabilidade, solidariedade crítica, a tolerância e que sustenta a saída do narcisismo para uma experiência de holos comunitário (Selli & Garrafa, 2006).

## **IMPERATIVO DO ISOLAMENTO E A DESIGUALDADE SOCIAL**

Antes da pandemia, o termo isolamento social era considerado o comportamento pelo qual uma pessoa ou grupo de pessoas, voluntária ou involuntariamente, se afastam de interações e atividades sociais.

Na pandemia, como um imperativo, tanto o isolamento foi definido como estratégia de restrição para redução do alastramento do vírus, quanto o distanciamento como uma das medidas mais importantes e eficazes para reduzir o avanço de sua

transmissão por meio da diminuição do contato entre as pessoas, a fim de assegurar-lhes a sua saúde e proteção. No entanto, o distanciamento social não significou distanciamento das pessoas, pois na era da tecnologia com uso das redes sociais inúmeros recursos foram utilizados entre grupos de amigos, famílias, trabalhos e escolas como estratégias de manutenção de *continuum* de interação social. Todavia, neste momento histórico, também emergiu a lacuna das desigualdades sociais vivenciadas por uma significativa parcela da população brasileira. Para muitos, não houve acesso as diversas tecnologias e o risco do contato físico pareceu ser menor do que aquele representado pela vulnerabilidade e violência a que estão submetidos, cotidianamente.

Outro aspecto a se considerar são as questões demográficas e disparidades de desenvolvimento e acesso a meios de cuidado num país de dimensões continentais com ações semelhantes em contextos diversos maximizando-se o adoecimento e o sofrimento sociopolítico-econômico-emocional para muitos brasileiros que vivem em condições de modos diferentes de vida. Houve a identificação coletiva advindos do processo de exclusão o que gerou sentimentos e fomentou atitudes de partilha, vínculo e solidariedade visando minimizar os danos das desigualdades persistentes.

Na perspectiva individual, desencadearam-se desequilíbrios de ordem psíquico-físico-afetivos expressos em crises interativas entre as pessoas e pela inabilidade de ação efetiva em pequenos aspectos de cuidado, que geraram desavenças no cotidiano e condutas de auto e hetero violência. O aumento de stress, de sintomas de ansiedade e depressão tornaram-se desafios a efetivação de políticas de proteção social na garantia da sustentabilidade das medidas de isolamento, distanciamento e quarentena (Aquino,2020). Para reparar tais questões, deve-se considerar o Estado com aspecto macro e o indivíduo como agente micro no espaço social. Nesse sentido, a ética, enquanto *ethos*, como bem viver em sociedade, remete a todos e a cada um a corresponsabilidade social que responde ao seu apelo por acolhimento e cuidado. Dessa forma, a ética do cuidado se estrutura na relação inter-humana, na qual a essência humana toma o seu sentido maior na relação para com o seu próximo (Pivatto, 2000).

Para tal, as práticas terapêuticas integrativas e complementares de cuidado em saúde, são tecnologias que incluem e viabilizam o cuidado complexo e sistêmico que reconhece a integralidade do sujeito e seu pertencimento social de tal forma que sua realização contribui para que as pessoas se sintam saudáveis e assegurem a continuidade da vida. Assim, na perspectiva do cuidado contribuem para a construção de melhores condições de vida saudável a todos (Madel & Barros, 2012). Desta forma, “o processo saúde-doença pode ser apreendido em sua complexidade, de modo que o sujeito não seja visto apenas como um corpo adoecido, mas compreendido em todos as suas dimensões biopsicossociais e como um sujeito inserido numa coletividade” (Silva, et al, 2017, p 405).

Nesse contexto, as dimensões do cuidado edificam algumas de suas *práxis* a partir da noção da salutogênese, que fundamenta um sistema de valores incorporando e incluindo saberes para a saúde, qualidade de vida e o bem-viver (Moraes, 2006).

### **AS DIMENSÕES DA TOTALIDADE DO SER E A SAÚDE INTEGRAL**

Para Moraes (2006), a “questão salutogenética extrapola a condição individual e busca alcançar os demais transformando-se, se possível, na salvação de muitos” (p. 197). Pode ser entendida como a busca pela capacidade de viver em grupo com qualidade, com coerência e com valores subjetivos positivos, ou seja, prima pela arte do bem viver. A expressão arte de viver, de etimologia grega, engloba na saúde o cuidado integral a partir das interações do indivíduo com o outro; com o meio ambiente físico, cultural e social; com o mundo que o cerca. Assim, torna-se cada vez mais necessário e evidente a compreensão de que as necessidades em saúde são indissociáveis das demais necessidades individuais e coletivas e, portanto, devem ser acolhidas em espaços inclusivos de cuidado integral.

Ainda que, num período de pandemia, os espaços segregadores de isolamento e distanciamento foram reforçados, por questões de proteção, todavia há de se rever que o indivíduo só realiza seu auto cultivo, autocuidado e proteção a partir de suas interações com as situações apreendidas e com os demais indivíduos ao longo da sua existência. Dessa maneira, a busca do aprendizado pelo imperativo gerado pela pandemia exercitou o princípio da empatia, do enxergar com os olhos do outro. Assim, o cuidado individual

passou a ter a compreensão coletiva do bem viver e foi partilhada no *modus operandi* do cuidado de si, do outro para a saúde de todos (Vieira, Alves & Kamada, 2014).

Algumas práticas para a saúde física, mental e emocional têm sido empregadas para minimizar os efeitos do sofrimento provocados pela COVID-19 como a solidão, o afastamento físico, o confinamento, as perdas e os lutos. Todas as manifestações artísticas, assim como as práticas integrativas e complementares, enquanto tecnologias de cuidado, puderam preencher esses espaços de sofrimento e, na maioria das vezes, aliviando a dor e promovendo à saúde em sua totalidade biopsicossocial. Muito embora, sendo um esforço coletivo hercúleo, as desigualdades de acesso e as oportunidades não oferecem as mesmas condições a todos.

O Estado brasileiro se furtou a compreender na linha da inclusão solidária a capacidade de manter unida uma coletividade composta por indivíduos isolados, desde o início da pandemia, que dependiam de estratégias governamentais de apoio sustentado. A capacidade de entender essa dimensão da totalidade do ser se refere à possibilidade de intervir na dimensão de políticas públicas para sanar as diferenças e oferecer cuidado e cidadania a todos, sem exceção.

Portanto, a humanidade defrontou-se com as diferenças e está exercitando o seu poder, sua ética e seu cuidado na tentativa de diminuir as desigualdades e iniquidades para o alcance da equidade e justiça social no mundo.

### **A ÉTICA DO CUIDADO, AUTO-CULTIVO E AUTOCOMPAIXÃO**

Nesta fase de reflexão ao se pensar sobre a salutogênese, o cuidado, a epigenética e a complexidade podem-se reconhecer que cada humano é resultado da interação de sua constituição genética potencial que se expressa a medida da interação com o meio e as experiências vivenciadas e subjetividades de cada sujeito. Se o sujeito se constitui por meio da linguagem, enquanto veículo que lhe permite o reconhecimento do eu e do outro tem-se que a autoimagem se constitui, também, por meio da existência deste outro. Ampliando a perspectiva e reconhecendo a dimensão autorreferente de cada ser humano quanto sua leitura, percepção e atuação na realidade pode-se reconhecer que toda expressão que se torna externa existe em contrapartida como experimentação interna.

Desta forma, o exercício do auto cultivo/auto compaixão enquanto habilidade que implica generosidade, solidariedade e apoio podem proporcionar uma relação mais amigável com a própria experiência humana reduzindo a autocobrança e auto crítica paralisante e adoecedora (Barnard & Curry, 2011).

Pode-se dizer que o cuidado com o outro é reflexo da habilidade de se desenvolver um autocuidado positivo consigo mesmo. Numa dimensão sistêmica e pandêmica pensar na necessidade de autopreservação como codependente da ação do outro e do próprio sujeito tem-se que o isolamento pode não ser, necessariamente, fonte de adoecimento e não deve implicar restrição afetiva ou de vínculos, mas uma redefinição de cuidado e contato que implica distância, mas manutenção dos laços. Na mesma linha, conforme descoberto pela neurociência, as células espelhos - neurônios que permitem que a aprendizagem possa se desenvolver por meio da observação - tem-se que o outro se torna parte do sujeito por meio da internalização deste outro, por meio da observação e avaliação subjetiva da experiência com o outro por cada sujeito (Bachrack, 2015). A empatia pode emergir enquanto suposta experiência de proximidade e reconhecimento do sofrimento do outro e que toca por ser similar a vivências do observador. Por isso, as grandes mudanças tendem a acontecer na dimensão do encontro pela via emocional e não pela via institucional (Rosenberg, 2012).

Numa perspectiva ética saber o que deve ser feito não garante a ação adequada; é necessária uma força volitiva que emerge junto a emoção e interfere no significado daquela ação para cada agente envolvido.

É importante reconhecer que as mutações emocionais e muitas vezes sem causa aparente produzem processos bio-químico-fisiológicos que são reconhecidos como agradáveis ou desagradáveis. Cabe ressaltar que na perspectiva do cérebro, as emoções expressam-se por meio de suas estruturas mais antigas, posto que tem a função de viabilizar o reconhecimento imediato do que acontece naquele contexto para que o organismo possa se proteger, auto preservar e se adaptar. O organismo vivo é um organismo adaptativo (Rosetti, 2018).

Nesta perspectiva o adoecimento pode ser visto como expressão de sintomas que devem ser eliminados conforme a etiologia e reconhecimento de terapêutica que interfere em sua expressão tal qual a medicina moderna se apropria. Aqui a intervenção reconhece

o funcionamento global do organismo como algo que subjaz o essencial que é a intervenção local. Desta feita advém a necessidade da formação de especialidades e reconhecimentos parciais da corporeidade e do funcionamento biofisiológico do corpo.

Por outro lado, Madel & Barros (2012), traz a questão da existência de outras racionalidades médicas, sistemas médicos complexos que possuem epistemologias próprias quanto a existência e funcionamento do corpo humano. Numa tentativa de engendrar proximidades entre outras formas de atuar tem-se as teorias vitalistas que reconhecem a vida como expressão da energia vital. Estas racionalidades médicas inovam quanto a lógica em que a medicina moderna compreende o fenômeno humano. Subjaz em comum o reconhecimento da integralidade em primeiro plano. A integralidade reconhece a existência de um sistema complexo que pode ser reconhecido em alguns aspectos, mas que tem formas próprias de gerar saúde e qualidade de vida. Implica numa mudança de paradigma reconhecer a saúde como atrelada a qualidade de vida e, portanto, autocuidado e bem-estar. Nesta linha de raciocínio a subjetividade se apresenta como uma expressão única de um sujeito que apresenta algumas características comuns à sua espécie ao mesmo tempo que possui a expressão do diverso, do idiossincrático, que equilibra o sistema por meio da variedade de componentes no ecossistema.

Mesmo na medicina moderna repleta de especialidades se reconhece que há níveis de conhecimento na perspectiva do funcionamento do organismo que subsidiam o diagnóstico, a intervenção e a terapêutica, mas que não podem prever as reais possibilidades de reação e recuperação daquele organismo tendo em vista suas peculiaridades que envolvem a capacidade de reação e adaptação. Em outras palavras, existe uma dimensão da vida que está no âmbito do mistério uma vez que ocupa o espaço do potencial e do possível que se expressa e se torna verificável apenas na situação *in concreto*. A adaptação é um processo no mínimo interativo, inovador, cuidador e criativo.

Neste diapasão, pode-se exemplificar a meditação como instrumento que acessa aspectos integrados do organismo potencializando sua capacidade de equilíbrio vivo e constante. Existem muitas variedades de meditação, contudo, todas envolvem o fenômeno simples da respiração consciente e profunda. Numa visão pragmática a

atividade em si é simples; numa perspectiva subjetiva é uma atividade laboriosa no que se remete ao desenvolvimento da capacidade de auto-observação que desencadeia maior consciência integrada e mudanças naturais e saudáveis. A presença tende a amplificar a capacidade adaptativa reduzindo naturalmente comportamentos que desencadeiam adoecimento e sofrimento. Em outros termos, o organismo trabalha com redução de danos e quando há consciência no presente, há uma tendência a interrupção da repetição para produção da inovação criativa. Vale lembrar, que junto a consciência emerge a capacidade intuitiva ampliada – percepção holística da experiência – viabilizando o desenvolvimento de capacidades integradas de se lidar com as emoções e pensamentos que emergem. Por meio destas técnicas ao se aprimorar as funções executivas do cérebro, a generosidade, a compaixão desencadeia-se maior presença e, portanto, reduz -se o estabelecimento ou a magnitude de adoecimentos emocionais tais como ansiedade e depressão (Vidal, 2019; Germer, Siegel & Fultion, 2016).

Ao se pensar os processos de saúde e o desafio integrado do sujeito a uma realidade social é importante reconhecer que uma das expressões evidentes da meditação está a autocompaixão. A autocompaixão torna-se uma forma regulada de autorreconhecimento e generosidade. O perfeccionismo, autocobrança e autocrítica em excesso são formas desreguladas e em algum grau destrutivas do organismo e imobilizadoras de seu processo criativo e adaptativo.

A autocompaixão resulta em aumento da sensação de bem-estar uma vez que o sujeito pode estar bem como ele é (Barnard & Curry, 2011). Outro aspecto reconhecido é sua capacidade de interferir no aumento da autoestima e autoeficácia o que se relaciona a capacidade de se respeitar e respeitar o meio (Souza & Hutz, 2016). A meditação, portanto, é um instrumento que viabiliza a reintegração do sujeito com sua natureza e com a natureza a seu redor. Somente se pode cuidar daquilo que se reconhece. Por isso, num momento em que a solidão emerge, e o sofrimento aumenta pelo isolamento para que ele seja viável e sustentável é primordial que as pessoas estejam reguladas emocionalmente e consciente de suas necessidades e limites.

Conclui-se com estudos que há redução do sofrimento e isolamento advindos da pandemia, relativa a COVID-19, por meio de estratégias como a meditação e o

desenvolvimento de autocompaixão com evidências positivas no que se refere ao autocuidado e promoção de saúde (Behan, 2020; Lau, Chan & Ng, 2020).

## **PERSPECTIVAS ÉTICAS PARA O CULTIVO DO CUIDADO NO PÓS PANDEMIA**

A crise planetária forçou os povos do mundo a parar, refletir e quem sabe redefinir os rumos que até agora se conduziam. Infere-se que, haverá uma nova ética da vida na pós pandemia que trará novos caminhos relacionados ao respeito pela subjetividade; a compreensão dos opostos complementares; a sustentabilidade para gerações atuais e futuras; o incentivo na promoção da saúde, bem estar e qualidade de vida; as práticas solidárias, voluntárias e organizadas; a tolerância frente às diferenças e o incremento das pluralidades. Nesse sentido, o adoecimento que assolou o mundo fez a humanidade repensar que somos sociedades complexas modernas, mas interdependentes. A compreensão desta complexidade refere-se à existência humana na totalidade, como uma combinação de fatores individuais e coletivos que constroem comportamentos diferenciados e, por isso, buscam estratégias que auxiliem a todos, em muitos lugares, ao longo do tempo a promoverem a qualidade pelo bem viver. Entretanto, há de se considerar que existem fatores peculiares às diferentes dimensões da totalidade de cada ser para manutenção da salutogênese, quer seja individual ou coletiva.

E este é o momento para escolhermos um novo modelo de vida na Terra para a era pós-Covid dando importância aos valores éticos-bioéticos e as soluções possíveis para o controle das variadas situações de conflito. Além de se obter uma visão sistêmica de bom relacionamento com a sociedade, por meio de políticas públicas e de ajuda humanitária que carreguem um foco explícito na preservação da vida humana - com perspectiva intergeracional - e com os princípios e valores que nortearão nossa vivência futura.

## **REFERÊNCIAS**

- Aquino, E. M. L., Silveira, I. H., Pescarini, J.M., Aquino, R., Souza-Filho, J. Almeida de, Rocha *et al* (2020). Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciência &*



- Saúde Coletiva*, 25(Supl. 1), 2423-2446. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>
- Ayres, J. R.C.M. (2005). Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 549-560. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300013>
  - Brasil. *Lei 8080 de 19 de setembro de 1990*, [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm), e o Decreto 7508/11, de 28 de junho de 2011 que dispõe sobre a organização do SUS. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm). Obtido em 01/12/2013
  - Bachrack, E. (2015). *En Cambio tu cérebro*. Buenos Aires: Sudamericana.
  - Bauman, Z. (2004). *Amor líquido*. Rio de Janeiro: Ed. Zahar.
  - Behan, C. (2020). The benefits of meditation and mindfulness practices during times of crisis such as COVID-19. *Irish journal of psychological medicine*, 37(4), 256–258. doi: <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.38>
  - Bernard, L.K., & Curry, J. F. (2011). Self-Compassion: Conceptualizations, Correlates & Interventions Review of General Psychology. *American Psychological Association*, 15 (4), 289–303.
  - Bertini, F. M.A. (2014). Sofrimento éticos-político: uma análise do estado da arte. *Psicologia & Sociedade*, 26(spe2), 60-69. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000600007>
  - Carvalho, L.B., Alves, A.M.F., Passos, C.A.L., Fernanda Gomes, H.R.B., & Moreira, V. (2015). A ética do cuidado e o encontro com o outro no contexto de uma clínica-escola em fortaleza. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 21(1), 01-12. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-68672015000100002&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672015000100002&lng=pt&tlng=pt).
  - Dejours, C., Gernet, I. (2014). *Psicopatologia del trabajo*. Madrid: Mino y Dávila.
  - Deleuze, G., & Guattari, F. (2011). *Mil Platôs*. São Paulo: editora 34 (1). Germer, K. C., Siegel, R. D, & Fulton, P. R. (2016). *Mindfulness e psicoterapia*. Porto Alegre: Artmed.
  - Goldim, J. R. (2006). Bioética: origens e complexidade. *Revista HCPA*, 26(2):86-92
  - Lau, B. H., Chan, C. L., & Ng, S. M. (2020). Self-Compassion Buffers the Adverse Mental Health Impacts of COVID-19-Related Threats: Results From a Cross-Sectional Survey at the First Peak of Hong Kong's Outbreak. *Frontiers in psychiatry*, 11, 585270. doi: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.585270>
  - Lipton, B.H. (2007). *A biologia da crença*. São Paulo: Butterfly.
  - Madel, T. L., & BARROS, N. F. (2012). *Racionalidades médicas e práticas interativas em saúde- estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: Cepesc/ ims/ UERJ/ Abrasco.
  - Martinez, M.A, & Rey, F. L.G. (1989) *La personalidad: su educación y desarrollo*. Cuba: Pueblo y Educación.

- Maturana, H., & Varela, F. (1995). *A árvore do conhecimento*. São Paulo: Editorial psy.
- Montagu, A. (1988). *Tocar - o significado humano da pele*. São Paulo: Summus editorial.
- Moraes, W.A. (2006). *Salutogênese e auto-cultivo: uma abordagem interdisciplinar: sanidade, educação e qualidade de vida*. Rio de Janeiro: Instituto Gaia.
- Morin, E. (2008). *Introdução ao pensamento complexo*. Lisboa :Instituto Piaget.
- Neff, K.D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2) 85–101. doi: <https://doi.org/10.1080/15298860309032>.
- Pivatto, S. (2000). Ética da alteridade. In: Oliveira, M. A. de. (Org.) *Correntes fundamentais da ética contemporânea*. Petrópolis: Vozes.
- Rodrigues, P.F., Alvaro, A. L. T., Rondina, R. (2016). Sofrimento no trabalho na visão de Dejours. *Revista científica eletrônica de psicologia IV* (7).
- Rosenberg, T. (2012). *Bem-vindo ao clube, como o poder dos grupos pode transformar o mundo*. Rio de Janeiro: Campus.
- Rosetti, D. L. (2018). *Emoción y sentimientos*. Buenos Aires: Planeta.
- Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 29-41. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>
- Selli, L., & Garrafa, V. (2006). Solidariedade crítica e voluntariado orgânico: outra possibilidade de intervenção societária. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 13(2), 239-251. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-5970200600020000>
- Silva, G., da, Iglesias, A.D.A.M., & Badaró-Moreira, M. I. (2017). Práticas de Cuidado Integral às Pessoas em Sofrimento Mental na Atenção Básica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(2), 404-417. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001452015>
- Souza, L.K. de, & Hutz, C.S. (2016). Self-Compassion in Relation to Self-Esteem, Self-Efficacy and Demographical Aspects. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 26(64), 181-188. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1982-43272664201604>
- Vasconcelos, E.M. (2013). Empoderamento de usuários e familiares em saúde mental e em pesquisa avaliativa/interventiva: uma breve comparação entre a tradição anglo-saxônica e a experiência brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2825-2835. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000007>
- Vidal, E.R.S. (2019). *Efeitos da meditação sobre a atenção, as funções executivas e o desempenho escolar de crianças*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Bahia.
- Vieira, A.B.D., Alves, E., & Kamada, I. (2014). *Cuidar, cuidando-se: mantendo acesa a chama em nós*. Brasília: Nesprom.

- World Health Organization. (2016). *Shangai declaration on promoting health in the 2030. Agenda for sustainable development*. 9th Global Conference on health promotion. WHO. doi:<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-PND-17.5>
- Zessin, U., Dickhauser, O., & Gardabe, S. (2015). The relation between self-compassion and well-being: a meta-analysis. *Applied psychology: health and well-being* 7(3), 340-364. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/aphw.12051>

## Y si no fuera por el hueso: escritura autoetnográfica de un hombre y enfermero

And if it wasn't for the bone: autoethnographic writing of a man and a nurse

E se não fosse pelo osso: escrita autoetnográfica de um homem e uma enfermeira

Luis Alexander Lovera Montilla<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Candidato a Doctor en Salud, Magister en Epidemiología, Enfermero Neonatal. Universidad del Valle, Cali-Colombia. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8557-4278>. Correo electrónico: [luis.alexander.lovera@correounivalle.edu.co](mailto:luis.alexander.lovera@correounivalle.edu.co)

Correspondencia: Escuela de Enfermería. Calle 4B # 36 - 00 Ed. 110. Universidad del Valle, Cali-Colombia

Para citar esta editorial: Lovera Montilla, L.A. (2021). Y si no fuera por el hueso: escritura autoetnográfica de un hombre y enfermero. *Cultura de los Cuidados*, 25(61). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.61.04>

Recibido:21/05/2021 Aceptado: 09/09/2021



### RESUMEN

Reflexionar desde la experiencia vivida, para construir conocimiento a través de ella misma, ha sido esencial para tejer este texto. El cual, es un pedazo de mi investigación doctoral. Objetivo: Describir y analizar simultáneamente aspectos familiares, profesionales como enfermero y personales, subsumidos en una estructura social. Método: A partir de la metodología autoetnográfica, pretendo acercarme a la investigación y a la escritura, buscando describir y analizar sistemáticamente una experiencia personal para entender la experiencia cultural. Utilizo la narración en capas con el propósito de mostrar una experiencia dialéctica, en donde, aparecen diferentes voces reflexivas que producen e interpretan el texto. Resultados: emergieron asuntos: la relación con mi padre, el machismo familiar y el contexto donde me moví, la pedagogía del dolor, la asimetría de poder, estas dos últimas que corresponden según lo narrado y atestiguado por mí, a una estructura de conocimiento encastrada en un sistema patriarcal, enraizada y perpetuada desde lo familiar hasta lo social, pasando por la institución de conocimiento, la universidad. Conclusión: La autoetnografía es una metodología de investigación que centra la atención a la propia experiencia. Que, para este caso, hace referencia a la construcción de conocimientos desde mi posición como enfermero y hombre.

**Palabras Clave:** Autoetnografía; enfermería; machismo; asimetría de poder

## ABSTRACT

Reflecting from lived experience, to build knowledge through it, has been essential to weave this text. Which is a piece of my doctoral research. Objective: To simultaneously describe and analyze family, professional, and personal aspects, subsumed in a social structure. Method: From autoethnographic methodology, I intend to approach research and writing, seeking to systematically describe and analyze a personal experience to understand the cultural experience. I use layered narration in order to show a dialectical experience, where different reflective voices appear that produce and interpret the text. Results: issues emerged: the relationship with my father, the family machismo and the context where I moved, the pedagogy of pain, the asymmetry of power, the latter two that correspond, according to what was narrated and witnessed by me, to an embedded knowledge structure in a patriarchal system, rooted and perpetuated from the family to the social, passing through the institution of knowledge, the university. Conclusion: Autoethnography is a research methodology that focuses attention on one's own experience. Which, for this case, refers to the construction of knowledge from my position as a nurse and a man.

**Keywords:** Autoethnography; Nursing; sexism; power asymmetry

## RESUMO

Refletir a partir da experiência vivida, por meio dela construir conhecimento, foi essencial para tecer este texto. Que é um pedaço da minha pesquisa de doutorado. Objetivo: Descrever e analisar simultaneamente os aspectos familiares, profissionais e pessoais, subsumidos em uma estrutura social. Método: A partir da metodologia autoetnográfica, pretendo abordar a pesquisa e a escrita, buscando descrever e analisar sistematicamente uma experiência pessoal para compreender a experiência cultural. Uso a narração em camadas para mostrar uma experiência dialética, onde aparecem diferentes vozes reflexivas que produzem e interpretam o texto. Resultados: emergiram questões: a relação com o meu pai, o machismo familiar e o contexto onde me mudei, a pedagogia da dor, a assimetria do poder, estas duas últimas que correspondem, segundo o que foi narrado e testemunhado por mim, a um encaixado estrutura do conhecimento em um sistema patriarcal, enraizado e perpetuado desde a família até o social, passando pela instituição do conhecimento, a universidade. Conclusão: a Autoetnografia é uma metodologia de pesquisa que focaliza a atenção na própria experiência. O que, neste caso, se refere à construção do conhecimento a partir da minha posição de enfermeira e de homem.

**Palavras-chave:** Autoetnografia; Enfermagem; sexismo; assimetria de poder

Los textos tienen sin duda aspectos estimulantes que perturban y con esto se causa esa nerviosidad que Susan Sontag quiere designar como el erotismo de las artes

**Wolfgang Iser**

He querido iniciar este texto con un epígrafe, el cual me sirve como preámbulo para hacer referencia a la relación dialógica, que espero, tenga este texto autoetnográfico evocativo, que hace parte de uno de los momentos dentro de mi tesis doctoral. Se han utilizado los asteriscos para indicar el cambio de posicionalidad temporal y espacial dentro del texto, de igual manera aparecen yuxtapuestas las capas evocativas y analíticas. No obstante, espero poder transmitir más que emotividad, abro el texto para que el lector asuma una postura y comprometerlo en el ejercicio de contraste y crítica.

A partir de la narración en capas que he llevado a cabo en este viaje de escritura, que inició, situándome en un evento, como lo fue la lesión de un hueso. Un hueso mío. Llegar a entender como la rotura del hueso, más que una descripción de una situación desagradable, me llevo a reflexionar, acerca de una serie de asuntos, como por ejemplo, la relación con mi padre, el machismo presente en mi familia y el contexto donde me moví, la pedagogía del dolor, la asimetría de poder, estas dos últimas que corresponden según lo narrado y atestiguado por mí, a una estructura de conocimiento encastrada en un sistema patriarcal, enraizada y perpetuada desde lo familiar hasta lo social, pasando por la institución de conocimiento como lo es la universidad. Han surgido una serie de preguntas, pero son tres las que guían el desarrollo de este texto: ¿qué hubiera pasado si no se da la discusión con papá?, ¿si no hubiera golpeado la pared? ¿Por qué tuve que esperar tanto tiempo para narrar lo escrito? Estos, y otros aspectos que menciono en el cuerpo del texto, son los que con el tiempo se han tensionado y, que constituyen la base de este documento, que han tenido algún efecto en mi corporeidad.

Finalmente, haberme situado en el campo social para interpretar este asunto mío, de la rotura de un *hueso*, y a la vez, el de *los otros*, con mi formación como clínico y docente, me ha resultado revelador, al reconocer que este ejercicio de escritura acerca de nuestras vidas, va más allá de contar una simple historia; es mostrarla. Acogiéndome a Ellis y Bochner, autores seminales de este estilo autoetnográfico quienes señalan que el mundo social es un mundo de conexiones, contacto y relaciones; además, donde las consecuencias, valores, políticas y dilemas morales están a la vuelta de la esquina, en donde teorizar se concibe como una actividad social y comunicativa (Bochner, 1997; Ellis, 2016). De igual forma, y en palabras de José Siles: “los trabajos que contribuyen a clarificar la evolución de lo que denominamos -colectivos esenciales-, aquellos que

están profundamente vinculados a estructuras básicas de la sociedad, son grupos que han formado parte de lo cotidiano, lo doméstico y cuyo proceso de profesionalización resulta imposible de entender sin el concurso de la historia y la antropología. Para colectivos como la enfermería, antropología e historia (Siles, 2000; Siles et al., 2005).

\*\*\*

Era el año 2000, comienzo de un nuevo siglo. Me encontraba en Bogotá visitando a mis padres, después de casi un año sin verlos. Normalmente, acostumbro a ir dos o tres veces al año. Las últimas veces viajaba en carro cerca de nueve horas. Sin embargo, esta vez lo hice por avión.

Por lo general, esas estadías en casa de papás eran de dos semanas. Sin embargo, en esta oportunidad, las cosas serían diferentes. Una de esas noches, tuve una discusión con mi padre. No recuerdo exactamente el motivo del disgusto. Mi papá y yo hemos tenido una relación tensa y no muy cordial, debido al comportamiento agresivo y machista de él. El cual, desafortunadamente para nosotros como familia fue alimentado por el consumo de alcohol y cigarrillo. Lo anterior lo experimenté los primeros 19 años de mi vida, tiempo en el que viví con mamá y papá.

\*\*\*

Algunas instituciones sociales como la familia, obedecen a necesidades psicológicas de los grupos, necesidades determinadas por las condiciones familiares. En donde, esa adulación a la masculinidad y a la supremacía de ésta, es avalada por el género contrario (Torres & Delgado, 2018; Urías, 2016). Para mi caso, mi madre, que siempre acepto sistemáticamente ese comportamiento, diciendo: *mijo, no le parara bolas a lo que su papá hace y dice; es decir, haciendo referencia a que no lo escuche, deje que lo grite, que lo agreda verbalmente, que eso no pasa nada, y verá que ya se le pasará, para pelear se necesitan dos*, eso siempre lo decía mamá. Así, ella me hacía recordar en mi infancia, como ella toleraba, que él la golpeará y yo allí observando.

\*\*\*

Nos encontrábamos los dos en el segundo piso de la casa. Él me habló casi gritándome, cosa que me ha incomodado toda la vida. Acostumbraba años atrás a hacerlo con frecuencia, como imponiendo su poderío de macho. Sin embargo, él en ese momento

se encontraba frente a un hombre y no frente al niño que lo había registrado y grabado por años.

\*\*\*

Lo que rememoro, después de más de dos décadas, es lo que sintió mi cuerpo, en especial una parte de él: mi mano derecha. Recuerdo que giré mi cuerpo bruscamente, producto de la rabia que experimenté en ese momento, y con ella, mis manos siguieron un movimiento brusco, como si la rabia las hubiera poseído. Lo que llevó a que mi mano derecha se estrellara contundentemente justo contra el filo del marco de la puerta. Ahí sentí un dolor tremendo, como si la mano se hubiera estallado. Esa fue la última noche, que pasé esa vez en Bogotá.

Mi reacción inmediata fue recoger mi mano, llevándola hacia el centro del cuerpo; como abrigándola, envolviéndola para cuidarla. En ese momento, fruto del calor y la exaltación por lo sucedido, tome la decisión de regresarme de nuevo a Cali, a mi casa, porque sabía que me había lastimado y lo más seguro es que, por la sintomatología, iba a terminar en urgencias.

Así las cosas, espere a que amaneciera para dirigirme al aeropuerto a comprar el pasaje. Me dolía mucho la mano, toda la noche tuve dolor, a pesar de que me auto mediqué fuertemente. Sentía dolor, no podía mover los dedos, dado que se encontraban muy inflamados. El viaje en el avión fue estresante. Dos o quizás tres personas me golpearon la mano sin intención, a pesar de que la noche anterior me había vendado y era visualmente reconocible el vendaje, no valió de nada haber refugiado mi mano en el centro de mi cuerpo con ese vendaje.

Apenas llegué a Cali, me dirigí de inmediato a la clínica, consulté por urgencias. Me vio el médico. Coincidentalmente ese día, el ortopedista estaba por ahí. Me tomaron rápidamente las imágenes diagnósticas. Efectivamente me había fracturado uno de los metacarpianos y dos falanges del quinto dedo, fue lo que apareció en las radiografías. Me dieron más analgesia, pues el ortopedista, en principio, me dijo que me tenía que alinear la mano. Sentí más dolor, parecía que la analgesia era solo un placebo, porque no tuvo ningún efecto sobre mí. El dolor aumentó cuando él jaló fuertemente mis dedos para



estirarlos, es decir, para reducir en términos clínicos la fractura con el propósito de organizar las estructuras óseas.

Después de eso, y de haberme enyesado la mano, me dijo que además de la fractura, había encontrado unas lesiones que le llamaban mucho la atención en varias partes de esta. Motivo por el cual, él me remitiría con las órdenes médicas y la historia clínica para que hiciera el trámite de autorizar estos documentos para conseguir cita con el subespecialista en oncología ortopédica.

Fueron pasando los días y era imposible conseguir la cita con el oncólogo ortopeda que me habían recomendado, una eminencia en su campo, en Latinoamérica -pues de esa manera me lo referenciaron- y que, para alegría mía, vivía en mi ciudad. La asignación de citas con él tenía lista de espera para 4 meses. Finalmente, algún conocido me ayudó y pude lograr una cita en su consultorio particular 15 días después, tiempo en el cual, pensé muchas cosas sobre esas famosas lesiones, preguntándome: ¿por qué me habían aparecido? y, del mismo modo, pensando que seguramente era un tumor. Como tenía que sustentar mi incapacidad laboral, se dieron cuenta del diagnóstico y de lo que se estaba investigando.

\*\*\*

No sé cómo se enteraron mis compañeros de trabajo. Tuve que volver al hospital a radicar nuevamente la incapacidad, dado que, en principio, la copia de la historia clínica había salido borrosa. Una compañera, al verme llegar con el yeso, se lanzó con cuidado hacia mí, me dio un fuerte abrazo y me dijo: *confía en Dios que todo saldrá bien*. Llegaron otras, he hicieron lo mismo, me abrazaron y se pusieron a llorar. Me expresaron que no me preocupara, que todo iba a salir bien. Otra me dio una imagen y una oración del divino niño. No entendía lo que sucedía, todo paso tan rápido y repentino. Pero no sé qué carajos les estaba pasando, ya me habían enterrado, según ellos estaba cursando con un cáncer y me estaban dando ánimos. ¡Pero cómo! Si ni siquiera me había visto el oncólogo, de dónde sacó esta gente esta locura. Si, cuando el ortopedista me remitió con el oncólogo, se me abrió, a mí como paciente, la posibilidad de una lesión tumoral, pues uno tiene un espectro de lesión benigna a maligna, pero esta gente ya me había crucificado con un cáncer. Sentí malgenio por sus pobres deseos de apoyo. Yo solamente fui a llevar una incapacidad, no ha recibir un sentido pésame.

Salí del hospital consternado entre la risa y la rabia por la incertidumbre que se me había creado. Ahora era mayor a la que ya tenía. Me preguntaba: ¿y qué tal que si de verdad tuviera cáncer?, ¿quién iba a cuidar a mi hija? Ese tipo de cosas me fui cuestionando camino a la salida del hospital y en todo el recorrido del taxi hasta la casa. Pasaron como diez días hasta que logré conocer al oncólogo ortopedista, un hombre blanco, pelo negro, ojos verdes y vos gruesa, me vio por primera vez. El día que fui a su consultorio me di cuenta que no era el único, pues la cita me la habían dado para las 2 pm y me atendió casi hasta las 4pm. No entendía qué pasaba, por qué tanta demora, si incluso había llegado una hora antes. Lo que sí había notado era que, cuando llegué, es que serían varias personas las que estábamos en espera. Me acerqué como dos veces a preguntarle a su secretaria qué era lo que sucedía, por qué no me atendían. Ella me dijo que estaba un poco atrasado y que ese día eran varios los pacientes programados, motivo por el cual era la demora en la atención.

Sin embargo, al entrar y conocer al famoso oncólogo ortopedista, pude darme cuenta que lo que me informó la secretaria era totalmente falso, pues este especialista era famoso y tanto sus citas del hospital público como de su clínica y consultorio privado eran apretadas. Por lo que su modus operandi, era tener tres consultorios programados en paralelo, es decir, que éramos tres pacientes de las 2 pm y que nos veía a los tres en consultorios diferentes al mismo tiempo, supuestamente.

\*\*\*

La verdad me incomodó aún más, cuando me di cuenta de todo esto, intenté decírselo, pero él, inició la anamnesis y la valoración física cálidamente de manera académica y me convenció de no hacerlo. En menos de veinte minutos, me había programado toda una batería de exámenes y en dos hojas de papel me había explicado y dibujado detalladamente, con lápices de colores, la lesión y el plan de manejo que proponía. Igualmente, dejó todo organizado para una posible cirugía, era como si hubiera predicho el diagnóstico final. Pues, me dijo: *yo creo que lo que tienes es una encondromatosis*. La encondromatosis es una lesión que se localiza en el hueso, principalmente en el cartílago, dichas lesiones son generalmente benignas, sin embargo, su principal complicación es la transformación a la malignidad denominada condrosarcomas. La cirugía que me había comentado el doctor, consistía en hacer la

resección ósea de las lesiones, en otras palabras, es quitar el tejido malo y con él, las lesiones, luego rellenar esos espacios con hueso de un difunto; es decir, me iba a colocar un injerto con hueso cadavérico. De tal manera, que tuve que comprar 3 gramos de hueso cadavérico, que en ese entonces me costó cerca de 2 millones de pesos colombianos en un banco de hueso. Entonces, no todo mi cuerpo es mío, hay parte de alguien dentro de él, de un ser desconocido que me acompaña.

\*\*\*

Ahora me pregunto ¿qué hubiera pasado si no se da la discusión con papá?, ¿si no hubiera golpeado la pared? ¿Si no me hubiera fracturado el hueso esa noche? Seguramente, en algún momento las lesiones se hubieran expresado, hubieran aparecido de la nada o siempre estarían enmascaradas. Lo que no estoy seguro, es si su benignidad hubiera cambiado o si el diagnóstico hubiera sido muy tarde, para hacer la prevención como la he venido realizando en los últimos veinte años. Ese evento, a través del trauma, condujo a un diagnóstico secundario, a un descubrimiento que no estaba dentro del estimado de una simple fractura. La fractura entonces, fue un medio para llegar al desenlace final del encondroma.

\*\*\*

Hoy me pregunto, y no porque inicialmente se me haya ocurrido a mí, sino por las conversaciones académicas que he venido sosteniendo con un maestro en letras que he conocido en las últimas semanas, quien me hizo ver el carácter simbólico del golpe como acción de desahogo, pero a la vez de demostración de energía, destello de fuerza y que, por lo general, está relacionado con el género masculino. Recapitulando acerca de esto, he visto muchas escenas provocadas en su mayoría por hombres, de facto, esa escena del golpe se la he visto a mi padre en otras ocasiones.

Pero solo hasta ahora que escribo este corto texto, tomo conciencia de las implicaciones del golpe, no solo como un acto de desahogo y de la expulsión de los demonios que llevaba dentro de mí, sino en la naturalización de este tipo de formas de expresión de machismo. Es más, en mi vida han sido poco los escritos, por decir dos o tres, en los que toco esta categoría de superioridad producto del género. Pero en los últimos tiempos, gracias a mis estudios de doctorado y a las posibilidades de leer y

untarme de otras disciplinas y otras miradas distintas a la mía y a mi formación que me permite confrontar algunos asuntos, como, por ejemplo, esto del golpe en una pared. Sin embargo, ahora me estoy inquietando por esta cuestión del machismo, muy marcado, tanto en mi familia paterna como materna y, cómo incorporé en mi maleta de viaje muchas actitudes, discursos y prácticas machistas. Pero hago un alto, y me confronto con mi formación disciplinar, en donde los hombres éramos menos del 8%. Experimenté varias escenas, no sé si llamarlas de machismo, pues eran mujeres –profesoras y compañeras en su mayoría- las que utilizaban su lenguaje descalificador y algunas actitudes hacia mí, y otros compañeros que nos estábamos formando como enfermeros.

\*\*\*

Me encontraba cursando séptimo semestre de enfermería, tenía una profesora que era un ejemplo de admiración para muchos, incluso para mí también, ella era o es enfermera, no sé si vive ahora, formada en estudios superiores en la Universidad de Austin, Texas. Especialista y con maestría en cuidado intensivo. Por alguna razón, que ella no supo, no pude asistir a un examen parcial de su asignatura, porque toda la situación se dio tan imprevisto, además en ese tiempo las comunicaciones eran limitadas. Finalmente, al no asistir a cumplir con mi deber, como estudiante de presentar el examen, la nota que me califico fue cero. Como la situación había sucedido un viernes, solo tuve opción de buscarla muy temprano en su oficina el día lunes. Me presente, no levanto la cara para saludar, ni mucho menos para ver quien la había saludado. Volví y me presenté, por supuesto, ella sabía quién era yo, ya que, llevaba cerca de tres meses tomando su asignatura y compartiendo la práctica clínica con ella. Le dije que no había podido estar en el examen, dado que mi abuela había fallecido producto de una infección que venía cursando, sumado a un infarto cardiaco. Motivo por el cual, me había quedado difícil asistir e informar. Me miro a los ojos y me dijo: *eso es mentira, todos sus compañeros hombres tienen siempre la excusa perfecta, por la nota no se preocupe pues, mire la cartelera, mire su código y nombre ahí está su cero*. Esas fueron sus palabras esa mañana.

Salí de esa oficina, con el rabo entre las patas, como un perro regañado. No module, ni fui capaz de refutar palabra alguna. Ella desde el primer día en que se presentó, nos sentenció a los pocos hombres que éramos en el semestre, diciendo algo como: *de ustedes enfermeros hombres esperare mucho y estaré observándolos detenidamente*. De

hecho, además de un profundo respeto que sentía por esa profesora de aspecto militar, de voz grave, de 1,75 metros de altura y con una contextura gruesa y facies fuertes, sentía siempre mucho temor, en clase preguntaba hasta el fondo, pero a nosotros los hombres nos preguntaba más, nunca estaba conforme con nuestras respuestas.

Me devolví para mi casa. Tome el transporte público, que, por lo general, se tomaba en tiempo cerca de dos horas entre la universidad y mi casa, un solo trayecto, es decir, serían diariamente cuatro horas, pero ese día iban a ser seis. Llegue a casa, no había nadie, mamá y papá estaban en sus trabajos. Así que tomé uno de esos papeles impresos en papel periódico con letra arábica de 1 metro por 1 metro que entregan las funerarias, para que la familia invitó a la comunidad al velorio y funeral cuando alguien muere. Me dirigí apresuradamente a donde una tía para que me permitiera sacarle una fotocopia al certificado de defunción de la abuela.

Así las cosas, de regreso otra vez a la universidad en horas de la tarde, me dirigí envalentonado y cargado emocionalmente, a buscar a esa profesora. Afortunadamente, la encontré en su oficina. Entre, no me anuncié con su secretaria como es de costumbre y norma, sino que me dirigí a su escritorio directamente. Estaba allí sentada revisando unos papeles, no recuerdo si estaba con alguien más en ese espacio, solo sé, que quería verla a los ojos y decirle, que yo no era un mentiroso, eso hice literalmente. La llamé por su nombre, le dije que necesitaba hablar con ella, me dijo que no teníamos nada de qué hablar. Acto seguido, le tire en su escritorio el certificado de defunción de la abuela, lo mismo el aviso de invitación al velorio y funeral. Yo esperaba una reacción inmediata de ésta profesora, solo me miro a los ojos y no dijo palabra alguna. Ni siquiera se detuvo a revisar lo que estaba en el escritorio. No me demoré más de 1 segundos y salí de allí. Dos días después, me había citado a su oficina para presentar el examen, ella no estuvo, fue su secretaria la que lo supervisó. Finalmente, pasé la prueba con un tres sobre cinco. Nunca más volví a cruzar palabra o mirada con esta profesora, ya no teníamos que volvernos a ver. La nota final de su práctica clínica y de teoría me había apenas alcanzado para pasar la asignatura, la cual, era requisito para poder graduarme en el siguiente semestre.

\*\*\*

Volviendo a mi cuerpo, hoy me miro mis manos, si bien la lesión fue en la derecha, necesito como buen clínico que soy, compararla con algo y la medida *gold estándar*, pues

era mi otra mano. Es como si durante estos años, haciendo una semejanza al control de crecimiento y desarrollo que se le lleva a un infante, para mirar si su peso y talla salen del estimado estadístico reflejado en una curva con percentiles de normalidad y anormalidad. En mi caso, por supuesto, no llevaba gráfica alguna, todo era comparación directa con mi estándar, la mano con mis huesos propios vs la mano compartida con otro u otra. Porque no sé de quién es el hueso y no me interesa saberlo. El punto es que, en estos procesos tumorales benignos, siempre hay un grado de incertidumbre en la aparición de cambios corporales, de laboratorios séricos e imágenes que puedan ser sugestivos de alguna diferencia. Motivo por el cual el paciente, en este caso yo, debe comprometerse con su autocuidado, asistencia a los controles y exámenes periódicos.

De esa manera fueron pasando los controles médicos con mi oncólogo, año tras año, cada semestre. Me reunía en su consultorio, siempre con las radiografías comparativas de ambas manos. Recuerdo que, en una ocasión, me solicitó una radiografía de humero derecho. Yo me la tomé y se la llevé para que la revisará. Era como si ése médico, además, de ser clínico fuera un brujo, pues su razón había tenido para enviármela. El resultado, era una lesión en humero parecida por imagenología a las anteriores lesiones en la mano. La situación a mí ya se me complicaba, dado que, mi trabajo venía en aumento, laboraba en tres hospitales, estábamos ahorrando para terminar de pagar la casa y un carro nuevo que habíamos sacado con un crédito. Además, del apoyo económico que les hacía cada mes a mis padres.

Mi oncólogo ortopedista me había dicho, llamándome por mi apellido: *tranquilo Lovera, no hay nada que preocuparse, eso no va a crecer ni le van a salir más, en otras partes*. Me lo dijo con un poder de convencimiento. Salí ese día del consultorio más convencido que nunca, de que todo iba por buen camino. Y la verdad, así fue. La recomendación era una sola: Nunca fallar en los controles médicos e imagenológicos, además de estar atento a observar cambios en la forma de mis manos o en cualquier cambio que viera en mi cuerpo.

Por otro lado, había algo que me llamó mucho la atención de mi oncólogo. Fue la relación tan estrecha que pude atestiguar con la mayoría de sus pacientes, incluyéndome a mí. Era una figura de un galeno diferente, serio, sincero y muy humano como lo había reconocido en párrafos anteriores. Esa relación tan estrecha y solida que veía, cada vez

que consultaba y conocía a la vez, las historias de otros pacientes, es lo que quiero relieves en ese médico. Era una entrega de su conocimiento, colocando todo su saber en función de la recuperación y rehabilitación de los que estábamos allí, pero a la vez brindando esperanza, dado que, incluso los casos más difíciles de sus colegas eran comentados, discutidos y a veces solucionados por él. En las consultas era común, escuchar vía telefónica solicitud de otros colegas, incluso, como yo soy del sector salud, había cierto grado de apertura y me comentaba sobre lo largas de sus jornadas en Colombia y en otros países, casos insólitos, etc. Actitud positiva y resolutiva, además de unos valores hacia sus pacientes, que, a la luz de hoy, son difíciles de encontrar en un profesional como lo era ese doctor.

Sin embargo, no todo era color de rosa. En contraste, a esa forma de llegar a sus pacientes y, de compenetración con su estado de salud, a la vez, con la historia de cada uno de ellos. Observaba un comportamiento que me incomodaba, es más, no lograba entender como adentro del consultorio su discurso y su corporalidad era diferente con uno, pero afuera de esas coordenadas, su comportamiento autoritario, rayaba con lo pedante y agresivo hacia sus subordinados, secretarias, personal administrativo, residentes y colegas. De hecho, cuando algún personal de salud que había tenido la oportunidad de interactuar con este doctor, hacían referencia exaltando primero su trabajo con lo académico y acto seguido la crítica fuerte a su manera de ser y comportarse en el terreno clínico y quirúrgico, en relación al trato y al lenguaje que utilizaba para comunicarse y tratar a los otros, colegas, enfermeras, circulantes, estudiantes y residentes. Tenía una pedagogía fuerte para transmitir y para corregir a otros, tuve esa oportunidad de ver esto en escenarios clínicos y académicos. Nunca comprendí esa dualidad como persona, si bien, yo en su momento era simplemente un paciente que necesitaba una resolución a un asunto de salud, también tenía puesta la camisa de un profesional de salud, que conocía las estructuras clínicas y biomédicas en las que nos movemos nosotros, pero me resistía a creer en la presencia de esas dos caras, en mi oncólogo ortopedista. Años después, cuando me convierto en profesor universitario y lo veía entendí, más nunca compartí su manera de enseñar y sobreponerse ante el otro, como si fuera necesario, enseñar con dolor.

\*\*\*

Deseo retomar la idea anterior, apelando al trabajo etnográfico de Roberto Castro (2014) en el que yo, pude ver, al leerlo. Cómo las dinámicas de los servicios de salud en los que me he venido movilizandoy a través de más de 26 años, en el ejercicio clínico-docente, no solo, en los que señala el autor; es decir, a los del área materno perinatal, sino que, además, se puede extrapolar a otras áreas. Por supuesto, conociendo también ese cordón umbilical comunicativo y asistencial que existe, entre las salas de parto/cesárea y las unidades de cuidados intensivos neonatales, en donde, las presencias de algunas conductas no solamente están arraigadas en los profesionales de medicina, sino en la enfermera-o y a otros profesionales que acompañan la asistencia en cualquier área clínico – quirúrgico – asistencial.

Para referirme a aquellas conductas pedagógicas en la enseñanza y aprendizaje en los escenarios clínicos. En donde, se lesiona, vulnera, intimida, ofende la dignidad humana del que aprende en su formación y, de paso, la del sujeto que recibe cuidado. Castro señala que, al rastrear, en el encuentro entre la estructura del campo médico y el habitus de los profesionales de la salud, se puede conocer el origen social del autoritarismo que lleva a los prestadores de los servicios de salud a violar ciertos derechos (Castro, 2014). Es a partir desde esos años, donde, uno empieza a formarse como enfermero-a, médico, fisioterapeuta, a la vez, se va constituyendo un habitus, tomando el concepto de Bourdieu (Bourdieu, 1993). Para el caso de la investigación de Castro, fue el habitus médico, sobre todo a partir del currículum oculto, habitus que tal como él lo señala, se convertirá posteriormente en un elemento sustancial para comprender acerca del autoritarismo al que esos profesionales normalizarán durante su práctica profesional y docente (Castro, 2014).

\*\*\*

Eso mismo que yo resaltaba en el comportamiento de ese doctor, me trajo recuerdos, cuando me forme en la Universidad. Mis docentes, no todas y algunas compañeras, pero más aún mis docentes, me enseñaron a través del dolor, de infligirme dolor, no un dolor físico, sino un dolor emocional, anímico, hasta intelectual, un dolor que se hace crónico y que mina en lo personal y trasciende a lo profesional. Sin embargo, ahora, reflexiono, que al ver vivido las dos situaciones, al haber tenido esas experiencias en mi rol actual, desde que me inicie en el camino de la docencia tenía claro que no quería



tener el espejo de algunas de ellas. No obstante, hoy mentiría si negará que alguna vez, también llegué a comportar con otros de manera irónica y utilizando el castigo, castigo no físico, como herramienta pedagógica; yo también lo ejecuté, con mis estudiantes de pregrado y posgrado y hoy, reconozco más que nunca, a través, de este texto, la reproducción que hice de esa práctica y comportamiento aprendido algún día y, nutrido incluso en el hospital universitario donde laboré muchos años.

\*\*\*

Tratando, de parafrasear un poco a Rita Segato, si el acto violento, que, para mi caso, es entendido desde lo pedagógico, en el lenguaje y las prácticas, entendido como un mensaje, y en las propias palabras de Segato: *cuando un sistema de comunicación con un alfabeto violento se instala, es muy difícil desinstalarlo. La violencia constituida y cristalizada en forma de sistema de comunicación se transforma en un lenguaje estable* (Segato, 2013). Si bien lo anterior, fue escrito para denunciar un contexto de violencia contra las mujeres, considero que, que para el asunto al que haga referencia como hombre, tiene cierto grado de aplicabilidad. Si bien, los escenarios y contextos son diferentes lo mismo que los géneros, el fenómeno social de la violencia es transversal. En este caso, la intimidación, amenaza verbal que tenía también, una traducción al lenguaje no verbal, fue perpetuado por el género femenino. Perpetuación que se hizo constante no solo en mí sino en otros hombres, en historias de otros estudiantes hombres que hablaban de ella como una inquisidora, como recordando la categoría analítica de Segato de pedagogías de la crueldad, para hacer referencia a los actos y prácticas que enseñan, habitúan y programan a los sujetos a transmutar lo vivo y su vitalidad en cosas (Segato, 2018).

Me pregunto hoy, ¿cuántas veces cosifiqué a una estudiante o a un estudiante? ¿Cuántas veces las y los trate como me trataron a mí? ¿Cuántas veces para mí simplemente fueron un apellido y un código?

\*\*\*

Ya en mi vida familiar y profesional, siempre los movimientos con mi mano derecha estaban controlados y regulados de manera sistemática e inconsciente, es decir, protegía constantemente la mano y si había que realizar alguna actividad que implicará al menos un movimiento brusco, mi instinto de protección actuaba inmediatamente. Fueron pasando los meses y años y todo fluía perfectamente, el injerto óseo se había consolidado.

Mi mano estaba funcional, lo único que no se podía cambiar era una ligera desviación, bueno no tan ligera, más bien acentuada desviación del cuarto y quinto dedo. Desviación que nunca tuvo una repercusión alguna.

En casa, cuando jugaba con mi hija, siempre me preguntaba: papá por qué te cuidas tanto la mano. Ella aprendió que era prohibido golpear a su padre en la mano, dado que ahí estaba una especie de cristal. La verdad es que incluso hoy, mi mano la veo como un cristal, como algo frágil, a pesar de que ella es muy funcional.

\*\*\*

En agosto del año 2016, me había enterado de una nefasta noticia, de la muerte de un hombre en las playas de Cartagena, en presencia de sus familiares. Pues esta persona era experta en esta práctica, la noticia circulo por todos los medios, en especial vía redes sociales. Se trataba, nada más ni nada menos, de mi oncólogo ortopedista, el médico con el que venía llevando una relación terapéutica de más de 16 años. Ese Buzo, y a la vez médico, me había detectado y tratado una lesión tumoral de manera efectiva. En la cual, yo y seguramente muchos pacientes en Colombia y por supuesto, en otras latitudes de Latinoamérica estarían sintiendo lo mismo que yo o al menos echándolo de menos. Esa seguridad que propiciaba este ser, en esa relación médico-paciente, una relación abierta y sincera, era la que me estaba doliendo. Pensé egoístamente y pensé solo en mí, es más, creo que no pensé en sus hijos y su familia, ¿sino que sería ahora de mí?

Deje de asistir a controles, no conocía a nadie más en esa área, no quería volver a un proceso nuevo y tener que volver a pasar por otros controles y conceptos. Es de esa manera, que pasaron cerca de cuatro años de resistencia mía y, por otro lado, de la excesiva presión de mi familia, que finalmente, hace un mes, es decir, en julio del 2021 accedí a volver hacer todo el proceso desde el médico general, medico ortopedista y finalmente el oncólogo, para que me volviera a revisar.

Nuevamente *mi hueso*, sería la historia de mis huesos, porque realmente eran dos de la mano, más la lesión del humero que apareció posteriormente. Estos huesos son los que de alguna forma permitieron tejer y entretejer un evento, que fue, la ruptura ósea, ocasionada a raíz de un acto de malestar e inconformidad crónica situada en un escenario familiar y personal. Es a partir de esta, en la cual, en el presente relato, fueron emergieron

varios asuntos. Asuntos que afloraron en la medida que mi escritura y mis recuerdos se iban encrucijando, pero también en la medida que empecé a tener consciencia de ellos, como, por ejemplo, la figura de mi padre, el machismo y la violencia presente en él en mis primeros años de vida, pero más aún la aceptación de mi madre a todo este asunto. Hoy en día, después de que llevan casi 50 años juntos, he vuelto a ver actitudes, discursos y prácticas en ambos, de dominación de mi padre y de humillación de mi madre, lo que me ha dolido más aún, dado que, este escrito solo tenía la intención de mostrar en palabras algo sobre mi cuerpo, pero esa parte de mi cuerpo termino a fin de cuentas vectorizando, a otros problemas que estaban ahí a la espera de ser soltados, como si estuvieran encadenados, esperando ser liberados.

Reconocer hoy, como este texto de manera medular, trata el machismo, el cual, atraviesa el presente relato, como si un puñal, atravesará un pedazo de carne y chocará contra el hueso. En toda esta narración, aparecen por ahora, cuatro niveles de machismo, que se alimentan uno de otro, en mi forma de ver: Por un lado, *el mío propio*, si bien no es explícito en el texto, a estado ahí presenté, sirviéndose de manera sutil, a través de estos años. Hoy, sin temor y sin sentir vergüenza alguna, reconozco públicamente que he sido machista, de hecho, aún me falta más por transformar para no causarle daño a nadie más. Otro, *es el familiar*, la figura paterna de mi padre y, lo que atestigüe en esos años de infancia y adolescencia, más que una prueba, fueron un recordatorio, como una especie de tatuaje, que se incrusto no solo en mi cuerpo, sino en mi mente, me alimento desafortunadamente, pero a la vez lo aborrecía, porque este tema le causo mucho dolor a mi madre. Esta dualidad, me acompaño por largo periodo. Haber reconocido que esto sucedía dentro de mi hogar fue una parte, lo más incómodo a la luz de hoy, es recordar que esto que sucedía con mamá y papá, lo vivíamos o mejor aún yo lo vi, en el resto de mi familia, tanto paterna como materna. Recordé también, la forma como mi abuelo trataba a mi papá, a las patadas con groserías. Es decir, todo esto estaba normalizado, continúa normalizado y aceptado.

El otro nivel de machismo que señalo *es el que es alimentado por la mujer*. Con esto hago referencia, a que algunas mujeres, desafortunadamente por la existencia de una sociedad patriarcal que se ha mantenido en el tiempo y arraigada en sociedades y familias actuales, como por ejemplo, la mía, siguen perpetuando, aceptando y normalizando discursos, prácticas, actitudes sexistas, llevadas por hombres hacia las mujeres con el propósito de someter o demostrar la existencia de una estructura y ordenamiento social,

esta forma de vehicular el machismo es al que hago referencia en este nivel. De hecho, en mi caso, mi madre, abuelas, tías, primas en esos tiempos e incluso aún ahora, aceptan, incluso ven como anormal, la no presencia del machismo. Todo esto me cuestiona y me incomoda. Ponerle asentó, a la otra figura de la mujer en el tema del machismo como una reguladora de él. Son ellas, desde el núcleo primario, el hogar, las que incentivan el machismo con su lenguaje: *mijo no lave la ropa, yo la lavo o su hermana; dejé los platos en la mesa, yo los recojo; los hombres no lloran, sea fuerte como su papá; los hombres no juegan con muñecas; el plato de comida más grande para su papá; no importa si no queda, yo miró que como; no, usted no plancha esa ropa para eso estamos las mujeres.* Cosas como esas y muchas más escuchaba a diario en casa. Entonces, si uno intentaba hacer una actividad en el hogar, que según ellas era solo de mujeres, de una vez se encargaban de corregirlo, diciendo esas no son cosas de hombres. Es como si algunas de ellas estuvieran encargadas de ajustar las desviaciones, eso, por un lado. Lo otro, era ese rol reforzador con su lenguaje y su actitud sumisa, si bien las mujeres de hoy en día han cambiado esta perversa forma de actuar, aún hay familias y mujeres que continúan con este tipo de prácticas, lo que hace que el hombre quede en una zona de confort. Aprendiendo, que esto, lo deben replicar posteriormente. Pues, todo se lo hacen y ellas están a su voluntad. Esta otra manera de machismo desde las mujeres legitima desde el propio género femenino este tipo de interacción social. A ver sido testigo de todo esto, me incomoda de manera visceral, saber que solo hasta ahora en estos tiempos, he podido comprender mejor este asunto. Me sorprende, hoy al verme en este escrito. Pues, darme cuenta del comportamiento silencioso y cómplice que lleve por varios años, me incomoda aún más. Me cuestiono, y siento un dolor profundo, al ver hoy a mi madre de 85 años, haciendo lo mismo que vi en ella, en la relación con mi padre y todos los hombres de la familia. ¿por qué no reconocí el machismo desde el colegio y la universidad? ¿Por qué si estudie una carrera de predominio femenino, no se nos inculco o enseñó teorías feministas? ¿Por qué no conocía del daño que ha hecho el patriarcado a la mujer, si ellas estuvieron tan cerca de mí?

\*\*\*

Recordé, Poulain de la Barre, citado por Simone De Beauvoir (2010), al mencionar que fue un hombre del siglo XVII que, con su activismo y denuncias, acerca

de las injusticias que se daban por la exclusión de las mujeres a la educación y otras actividades que ejercían los hombres (Beauvoir, 2010). Me llamó profundamente la atención este hecho histórico de más de 300 años, no solo porque haya sido un hombre el que lo protagonizó, sino por el contexto socio-cultural de la época en el que se desarrolló. Pero más aún, me contrastaba con Barre, llegando a sentir un desagrado conmigo mismo. Dado que, me parece un acto de gallardía y a la vez revolucionaria, la actitud de Barre; en contra posición a mi postura pasiva, que penosamente asumí, durante tantos años. Me sigo cuestionando ¿cómo fue posible que no reaccionaré con vehemencia y desacomodo, a tanta injusticia, en la piel de mi madre? Si yo fui testigo de varias Injusticias, provocadas por hombres, en especial mi padre. Si Barre, siendo adolescente, ya se planteaba y problematizaba este asunto de las brechas de género, ¿cómo fue posible que no me diera cuenta de esto? ¿Me dio miedo enfrentar a mi padre? En esta introspección que tengo, creo que mi actitud fue la más básica y simplista por llamarlo de algún modo, cómoda. Pues, lo que hice al terminar la universidad, fue alejarme de mis padres. Tenía mis motivos, sobre todo con él, pero al mismo tiempo, la había abandonado a ella para que siguiera subordinada a la estructura patriarcal de mi padre, eso me acompañó en mis pensamientos.

\*\*\*

Afincándome en la última forma de machismo a la que me referiré, la cual, está dada por *el machismo en mi área de praxis*. Con lo anterior, hago referencia a todas esas prácticas, discursos reproducidos y ejecutados por algunas de mis profesoras y de manera paralela, por algunas de mis compañeras hacia nosotros los hombres; en otras palabras, es aquel machismo, ejercido de la mujer al hombre y que, se veía expresado en su máxima plenitud en los actos de castigo, dolor y opresión que estaban a la vez subsumidos en los actos pedagógicos, actos que regularmente ejercían hacia algunos estudiantes hombres. En donde, yo estaba incluido ahí. Es decir, desde la pedagogía del castigo y el disciplinamiento de los cuerpos, tal como lo señala Segato y Foucault, (Foucault, 2008; Segato, 2018). De tal modo, esos cuerpos que eran disciplinados, dentro de un orden de discurso, no son, sino el resultado de las huellas de la tradición que promueve prácticas sociales. Prácticas que están en los tuétanos de la estructura patriarcal, lo cual, hace que en el patriarcado la diferencia sexual se presenté como razón suprema, base y fundamento de la discriminación que inspira su ideología (Beauvoir, 2010).

Ahora bien, estas prácticas sociales entorno a mi disciplina, la enfermería y que fueron llevadas a cabo por mis profesoras, me hicieron recordar aspectos del origen, de lo que se conoce como la enfermería moderna. Florencia Nightingale, instituyó una clara correspondencia entre la feminización de la práctica de la enfermería. Era un deber exclusivo de las mujeres, lo que llevó a que, en las instituciones epistémicas de formación en enfermería de esa época fueran únicamente admitidas mujeres para formarse como enfermeras (Ehrenreich & English, 1973). En palabras de Narváez et al. citando a Florence Nightingale (Narváez et al., 2010):

*Para ser una buena enfermera es necesario ser una buena mujer de lo contrario no se es otra cosa que una campanilla [...] Jamás he puesto en duda que el más grande de los deberes de una mujer consiste en prodigar sus cuidados a niños, ancianos, enfermos y pobres, además de tener siempre un carácter obediente hacia el médico.*

Prácticas estas que sin lugar a dudas están enraizadas desde sus orígenes dentro de un sistema patriarcal y que a la luz de hoy algunos las mitologizan y naturalizan, a pesar de las transformaciones disciplinares en los últimos sesenta años.

\*\*\*

Utilizando la metáfora de Winnie Tomm del yo permeable, en donde, la persona esta interconectada con los demás, sin experimentar la pérdida de uno mismo (Tomm, 1995). Igualmente, como señala Marilyn Metta, con la idea del cuerpo permeable. De manera que, el cuerpo permeable se convierte en un lugar de conexión, de diferencias entre el cuerpo de uno mismo y el cuerpo de los demás (Metta, 2013). En otras palabras, existe una movilidad constante entre cuerpos, y esta presencia se ve en el texto. Por eso, también podría decirse, que estos espacios en blanco o en vacío, que se crean en este tipo de narración en capas, como lo ha sido el presente escrito, deben ser llenados por el lector, con su imaginación, tal como lo señala Wolfgang Iser y citado por Tornero (Tornero, 2005). De igual forma, se comporta también como unas membranas permeables como señala Metta, en las que hay presencia de una intercambiabilidad y reciprocidad de un conocimiento que se encuentra encarnado y que se está narrando y, por otro lado, en el conocimiento del que lo lee y crítica el texto (Metta, 2013). En esta interacción dialógica las membranas indican un comportamiento vivo, activo, fluido, cambiante, propio de un cuerpo. Así, como los espacios en blanco crean esa posibilidad de interconectar con el

texto de manera sistemática y activa; la metáfora de las membranas permeables, le da sostén para mantener viva, la presencia de la historia narrada.

*Todo lo que ha sido escrito por los hombres sobre las mujeres es sospechoso,  
ya que ellos son a la vez juez y parte*  
**Poulain de la Barre**

## BIBLIOGRAFÍA

- Beauvoir, S. (2010). *The second sex*. Paris: Éditions Gallimard.
- Bochner, A. P. (1997). It's About Time: Narrative and the Divided Self. *Qualitative Inquiry*, 3(4), 418-438.  
<https://doi.org/10.1177/107780049700300404>
- Bourdieu, P. (1993). *Sociology in Question* (First English). SAGE Publications Ltd.
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2), 167-197.
- Ehrenreich, B., & English, D. (1973). *Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras*. The Feminist Press.
- Ellis, C. (2016). *Revision: Autoethnographic Reflections on Life and Work*. Routledge.
- Foucault, M. (2008). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Paidós.
- Metta, M. (2013). Putting the Body on the Line: Embodied Writing and Recovery through Domestic Violence. En *Handbook of Autoethnography* (pp. 486-509). Left Coast Press.
- Narvaéz, A., Martínez, J., & Pérez, B. (2010). Revisitando a Florence Nightingale desde una perspectiva de género. *Index Enferm*, 19(4).
- Segato, R. (2013). *La Escritura En El Cuerpo*. Tinta Limon.
- Segato, R. (2018). *Contra-pedagogías de la crueldad* (Primera). Prometeo Libros.
- Siles, J. (2000). *Antropología narrativa de los cuidados*. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, Alicante.
- Siles, J., Cibanal, J., Galao, R., Molero, D., Solano, C., Gallardo, Y., & García, E. (2005). Antropología narrativa y situaciones vida salud en la obra de Mario Benedetti y Octavio Paz. *Cultura de los Cuidados*, 9(17), 59-67.  
<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2005.17.10>
- Tomm, W. (1995). *Bodied Mindfulness: Women's Spirits, Bodies and Places* (First Edition). Wilfrid Laurier University Press.
- Tornero, A. (2005). *Indeterminaciones y espacios vacíos en Roman Ingarden y Wolfgang Iser*. Anuario de letras modernas.

- Torres, P., & Delgado, D. (2018). *La Naturalización del Machismo através de la Familia*. Universidad San Francisco de Quitó USFQ Colegio de Comunicación y artes contemporáneas.
- Urias, M. (2016). El machismo: ¿han cambiado las cosas? *Culture, Society and Praxis*, 9(2), 1-8.



## La vulnerabilidad social de las mujeres viviendo con VIH y el ejercicio de sus derechos humanos

The social vulnerability of women living with HIV and the exercise of their human rights

A vulnerabilidade social das mulheres vivendo com HIV e o exercício de seus direitos humanos

Dhayana Carolina Fernández Matos & Samuel José Vega Do Lugar

<sup>1</sup> Magistra en Ciencia Política y en Género, Identidad y Ciudadanía. Investigadora de la Universidad Simón Bolívar (Colombia) y docente de la Universidad Central de Venezuela (Venezuela). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1529-1264>. Correo electrónico: [dhayana.fernandez@unisimonbolivar.edu.co](mailto:dhayana.fernandez@unisimonbolivar.edu.co).

<sup>1</sup> Psicólogo. Semillero de Investigación de la Universidad Simón Bolívar (Colombia). Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7929-2576>. Correo electrónico: [svegadolugar@gmail.com](mailto:svegadolugar@gmail.com).

Correspondencia: Dhayana Carolina Fernández Matos. Carrera 50 #76-54, edificio Giulia 408, Barranquilla, Colombia. CP 080020. Correo electrónico de contacto: [dhayana.fernandez@unisimonbolivar.edu.co](mailto:dhayana.fernandez@unisimonbolivar.edu.co)

Para citar este artículo: Fernández-Matos, D.C., & Vega Do Lugar, S.J. (2021). La vulnerabilidad social de las mujeres viviendo con VIH y el ejercicio de sus derechos humanos. *Cultura de los Cuidados*, 25(61). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.61.05>

Recibido:03/07/2021 Aceptado: 10/10/2021



### RESUMEN

Se plantea como objetivo principal analizar la vulnerabilidad social de las mujeres venezolanas que viven con VIH (MVV) y su incidencia en el ejercicio de sus derechos humanos, principalmente el derecho a la salud. Para ello se planteó un estudio de carácter exploratorio, fenomenológico, descriptivo y analítico. Se partió de la triangulación metodológica que combinó un diseño de corte cuantitativo, que consistió en la aplicación de una encuesta a 225 MVV para realizar una caracterización social y un diseño de corte cualitativo que estuvo basado en entrevistas semiestructuradas realizadas a once MVV para conocer sus experiencias. Para el análisis se definieron tres categorías: condiciones socioeconómicas, dinámicas familiares y el acceso a la información. Como conclusión se obtuvo que el ejercicio del derecho a la salud de las MVV se ve afectado por la falta de condiciones materiales, ya que un porcentaje importante de ellas son pobres, por la falta de información para la prevención, atención y tratamiento, todo lo cual contribuye con su vulnerabilidad social. Se requiere un enfoque de cuidado centrado en las mujeres que reconozca las barreras estructurales que experimentan, entre las que destaca la pobreza.

**Palabras clave:** VIH; mujeres; derecho a la salud; pobreza; vulnerabilidad social.

## ABSTRACT

The main objective is to analyze the social vulnerability of Venezuelan women living with HIV (WLV) and its impact on the exercise of their human rights, mainly the right to health. For this, an exploratory, phenomenological, descriptive and analytical study was proposed. It started from the methodological triangulation that combined a quantitative cut design, which consisted in the application of a survey to 225 WLV to carry out a social characterization, and a qualitative cut design was also conducted, which was based on semi-structured interviews carried out with eleven WLV to learn about their experiences. For the analysis, three categories were defined: socioeconomic conditions, family dynamics and access to information. As a result, it was shown that the exercise of the right to health of the WLV is affected by the shortage of material conditions, since a significant percentage of women are poor due to the lack of information for prevention, care and treatment, all of which contribute to their social vulnerability. It is required a women-centered care approach which recognizes the structural barriers that women experience, in particular, the poverty.

**Keywords:** HIV; women; right to health; poverty; social vulnerability

## RESUMO

O objetivo principal é analisar a vulnerabilidade social das mulheres venezuelanas vivendo com HIV (MVH) e sua incidência no exercício de seus direitos humanos, principalmente o direito à saúde. Para isso, foi proposto um estudo exploratório, fenomenológico, descritivo e analítico. Partiu da triangulação metodológica que combinou um desenho de corte quantitativo, que consistiu na aplicação de um survey a 225 MVH para realizar uma caracterização social e um desenho de corte qualitativo que se baseou em entrevistas semiestruturadas realizadas com onze MVH para aprender sobre suas experiências. Para a análise, foram definidas três categorias: condições socioeconômicas, dinâmica familiar e acesso à informação. Como conclusão, obteve-se que o exercício do direito à saúde do MVH é afetado pela falta de condições materiais, visto que um percentual significativo deles são pobres, devido à falta de informações para prevenção, cuidados e tratamento, tudo o que contribui para a sua vulnerabilidade social. É necessária uma abordagem de atenção centrada na mulher que reconheça as barreiras estruturais que elas enfrentam, principalmente a pobreza.

**Palavras-chave:** HIV; mulheres; direito à saúde; pobreza vulnerabilidade social

## INTRODUCCIÓN

Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), a finales de 2018 un total de 37,9 millones de personas vivían con VIH en todo el mundo (ONUSIDA, 2019). Las mujeres constituyen el 52% por ciento del total a nivel mundial, mientras que en América Latina representan el 29% de las nuevas infecciones, cifra que se incrementa a 36% en las jóvenes entre 15 a 24 años (ONUMUJERES, 2018).

En Venezuela, entre 2011-2013, la estructura de morbilidad por sexo de casos VIH/sida era 77,73% hombres y 22,27% mujeres (Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2016). En el bienio 2014-2016, último periodo en el que se cuenta con cifras oficiales, los hombres representaron el 67,32% y las mujeres 32,68%, lo que muestra la progresiva feminización del virus (OMS/OPS, Ministerio del Poder Popular para la Salud & ONUSIDA, 2018). Esto demuestra la necesidad de visualizar las experiencias de las mujeres en el abordaje del VIH y el impacto desproporcionado que la epidemia tiene en sus vidas (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2001).

En varias investigaciones sobre mujeres que viven con VIH se han identificado factores biológicos, epidemiológicos y culturales que las hacen más vulnerables a contraer la infección (Herrera y Campero, 2002; Carvajal, 2013; García-Sánchez, 2004). En relación con los factores culturales, son importantes destacar las estructuras patriarcales en las que se asienta el sistema sexo-género, las relaciones jerárquicas de poder, la construcción social de las mujeres como pasivas y con falta autonomía para decidir sobre su sexualidad, todo lo cual profundiza los riesgos ante el VIH (Campero, Kendall y Herrera, 2015). También pueden influir el menor acceso que tienen a la educación en ciertos contextos, a la información y al trabajo remunerado, lo que las hace más dependientes, limita sus posibilidades de acceder a información y a los servicios de salud (Fernández-Matos, 2020). Si bien estos elementos afectan a todas, no lo hacen de igual forma, por lo que debe prestarse particular atención a aquellas pertenecientes a grupos en situación de desventaja, de manera que se garanticen sus derechos y se tenga en cuenta su vulnerabilidad.

En este trabajo la vulnerabilidad se vincula con los derechos humanos; se refiere a la falta de garantías para su ejercicio. En el caso de las personas que viven con VIH, condiciona el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud de acuerdo con lo establecido por la Observación General N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (2000). Además, el uso de este concepto permite una mejor comprensión de los determinantes individuales y contextuales presentes en el proceso salud-enfermedad, con lo que se “intenta superar la perspectiva biológica, reconociendo que, para entender el comportamiento de la epidemia de VIH, son fundamentales las condiciones sociales, políticas, económicas y culturales de las personas” (Berbesi & Segura, 2014, p. 964). En las mujeres, su vulnerabilidad frente al VIH puede ser definida como el conjunto de hechos “que ponen en riesgo la integridad

misma de las mujeres antes de la exposición al VIH o lo incrementen cuando estas han sido ya infectadas, partiendo del desequilibrio de algún aspecto biológico, psicológico, económico y social en la vida de la mujer” (Volkow, Balandrán y Rodríguez, 2012, p. 112). Desde esa perspectiva, se evalúan dos dimensiones, una individual y otra colectiva, que a su vez se divide en: 1) vulnerabilidad programática y, 2) vulnerabilidad social, que se refiere a las condiciones de mayor o menor protección de una sociedad hacia la epidemia. Se focaliza sobre lo económico, lo cultural, lo político, lo moral y los factores institucionales (Ayres et al., 2006; UNFPA y Ministerio de la Protección Social, 2008). Debido al carácter multidimensional de la vulnerabilidad social, se puede estudiar desde distintos ángulos. El objetivo de este trabajo es analizar la vulnerabilidad social de las mujeres venezolanas que viven con VIH y su incidencia en el ejercicio de los derechos humanos, principalmente el derecho a la salud.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Esta investigación fue de carácter exploratorio debido a que en Venezuela son escasas las investigaciones sobre VIH referidas específicamente a las mujeres (Carvajal, 2013; Kislinger, 2018). De naturaleza fenomenológica, ya que estuvo centrada en la manera como las mujeres comprenden las experiencias vividas (Fuster-Guillén, 2019), descriptiva y analítica. Se trata de un estudio que formó parte de una investigación más amplia, cuyo objetivo consistió en realizar una caracterización a nivel nacional –la primera de esa magnitud realizada en Venezuela– sobre los factores estructurales, sociales, económicos, la violencia basada en género, el acceso a los servicios de salud, TAR, entre otros, de las mujeres que viven con VIH.

Se partió de la triangulación metodológica y se combinaron estrategias de distintos tipos para abordar la problemática a estudiar. En ese sentido, se usó una metodología cuantitativa y una cualitativa con la finalidad de mostrar diferentes aspectos de la totalidad del fenómeno. Más allá de confirmar la información obtenida o la repetibilidad de los hallazgos, con la triangulación se buscó ampliar su comprensión (Okuda y Gómez-Restrepo, 2005), dándole voz a las mujeres para que contaran sus experiencias. En el desarrollo de la metodología cuantitativa es importante destacar la importancia que tuvieron las activistas y defensoras de derechos de las mujeres con VIH,

pertenecientes a organizaciones no gubernamentales (ONG) que formaban parte de la Mesa Técnica de Alto Nivel Mujer y VIH, quienes participaron activamente en la elaboración de las preguntas y en el diseño de la encuesta que se aplicó a nivel nacional. Además, después de recibir una inducción y con las orientaciones de los investigadores – quienes son los únicos responsables del trabajo que se presenta–, se encargaron de aplicarlas.

En la encuesta que se diseñó se definieron tres categorías vinculadas con el objetivo de este estudio: 1) Perfil socioeconómico: Información que permite saber las características socioeconómicas de las mujeres con VIH/sida. 2) Relaciones familiares. Vinculada con el estado civil, número de hijos e hijas, el apoyo familiar recibido al ser portadora de VIH y 3) Información que manejaban las encuestadas sobre el VIH antes y después del diagnóstico. El diseño fue de corte transversal, mediante un cuestionario de 46 ítems con respuestas cerradas y delimitadas.

La encuesta se aplicó como prueba piloto a 4 mujeres con VIH que compartían los criterios de inclusión de la población objeto de estudio (mujeres mayores de 14 años, con un diagnóstico de VIH positivo de 6 meses como mínimo, independientemente del estado civil y que acudieran a servicios públicos de salud), con la finalidad de validarla y corregirla. Se encuestaron un total de 225 mujeres con VIH en los estados Aragua, Lara, Zulia y el Área Metropolitana de Caracas, a partir de un criterio de conveniencia (Infante *et al.*, 2006). La selección de las entidades territoriales obedeció al hecho de que eran los lugares donde había activistas de ONG defensoras de mujeres con VIH que habían recibido la inducción y estaban dispuestas a aplicar los cuestionarios. Los datos se procesaron en el sistema SPSS versión 17.

El diseño cualitativo estuvo basado en entrevistas semiestructuradas con las cuales se buscaba conocer las experiencias de las mujeres en relación con: 1) Condiciones sociolaborales, sus posibilidades de insertarse en el mercado laboral con un diagnóstico de VIH y situación económica, 2) Dinámicas familiares, vinculadas con el significado que tuvo y ha tenido en las relaciones familiares el hecho de que ellas tengan VIH y, 3) Información, se buscaba que expusieran, con sus propias palabras, qué entendían por VIH y por sida antes del diagnóstico. Además, conocer si después de este habían recibido alguna información para ampliar sus conocimientos. Debido a las limitaciones de tiempo, de recursos disponibles y al hecho de que la parte cualitativa no estaba programada al

inicio de la investigación, se intentó que las preguntas de la entrevista fueran pocas y cubrieran de manera general las experiencias de las entrevistadas en los temas de interés para el estudio.

Para la elaboración del guion de la entrevista se contó con la asesoría y validación de las preguntas por parte de dos expertas entrevistadas: una médica con más de 14 años de experiencia en el área de servicios asociados al VIH/sida y una psicóloga, feminista, especialista en temas de salud sexual y reproductiva, con más de 10 años de experiencia en la atención de mujeres que viven con VIH y quien había realizado investigaciones sobre las necesidades de esta población.

Las preguntas y temas fueron aprobados por la Mesa Técnica de Alto Nivel Mujer y VIH que actuó como Comité de Ética. Los criterios para la selección de las entrevistadas fueron los siguientes: mujeres viviendo con VIH, en edades entre los 18 y 60 años, con más de tres meses de diagnosticada, independientemente de su estado civil y del hecho de tener o no hijos, que tuvieran contacto con las activistas de las ONG de mujeres con VIH. En total se entrevistaron 11 mujeres.

Las entrevistas fueron realizadas, o bien en la casa de alguna activista quien la prestó para garantizar la confidencialidad, o en la sede de alguna de las ONG defensoras de los derechos de las mujeres con VIH. Debido a la estigmatización que todavía cargan las mujeres con VIH y las dificultades que existen para poder entrevistarlas por el temor que tienen algunas de que su diagnóstico se haga público, se recurrió al método bola de nieve (Alloatti, 2014). Así las cosas, las primera entrevistadas fueron contactadas a través de las activistas y, a su vez, estas primeras recomendaron a otras mujeres. Debido a las limitaciones existentes, no se realizaron más entrevistas cuando se logró el criterio de saturación en los temas de mayor interés para el estudio (Campero, Kendall, Caballero, Mena y Herrera, 2010).

A las entrevistadas se les garantizó la confidencialidad y el anonimato. Se solicitó permiso para grabarlas, se diseñó un formato que garantizaba la confidencialidad y se les explicó la necesidad del consentimiento informado, el cual firmaron. Posteriormente, se transcribieron los audios textualmente y se hizo el análisis de contenido de las respuestas siguiendo los criterios de rigor científico: credibilidad, confirmabilidad, transferibilidad

(Castillo y Vásquez, 2003) y significado en contexto. Se clasificó la información de acuerdo con las categorías que se habían establecido y se extrajeron las frases más representativas de las experiencias de las mujeres.

*Limitaciones.* Los datos de esta investigación se recogieron entre el último semestre de 2013 y el primero de 2014, antes de que la crisis sociopolítica y económica de Venezuela se agravara y se declarara una emergencia humanitaria compleja (Kislinger, 2018). No obstante, este estudio es un antecedente a tener en cuenta para comprender la vulnerabilidad social de las mujeres frente al VIH en el país. Además, es importante tener presente que las encuestas se aplicaron en servicios de salud públicos, lo que implica que se desconoce la caracterización de las mujeres que viven con VIH que acuden a servicios de salud privados.

También es importante tener presente que la información suministrada por las mujeres entrevistadas tiene la limitación de que las que contestaron las preguntas son cercanas o forman parte de ONG de derechos de las mujeres con VIH, esto excluye a aquellas que no tienen ningún acercamiento con este tipo de asociaciones.

## RESULTADOS

Se establecieron tres categorías de análisis: condiciones socioeconómicas de las mujeres, dinámicas familiares que se desarrollan y el acceso a la información.

**1.- Condiciones socioeconómicas.** La mayoría encuestadas está en el rango de edad entre 18 años y 44 años, 7 de cada 10 no cuenta con estudios universitarios ni técnicos y 2 de cada 10 sólo ha alcanzado la primaria. Además, más de la mitad tiene ingresos mensuales iguales o inferiores a un salario mínimo, un porcentaje importante está compuesto por jefas de hogar y provienen de hogares en situación de pobreza. El 44,4% señaló que realizaba un trabajo fuera del hogar, concentrándose el mayor porcentaje de ellas en las ventas ambulantes y otras actividades en la economía informal. La mayoría tiene más de 5 años con el diagnóstico de VIH (tabla 1).

La forma en que las mujeres con VIH se insertan en el mercado laboral, en condiciones precarias y en trabajos informales, está marcada por la discriminación y estigma que existe sobre esta infección; por el miedo que ellas manifiestan para buscar trabajo porque perciben que serán rechazadas al momento que le hagan los exámenes de laboratorio ya que, si bien es cierto que existe una prohibición legal de realizar pruebas

para detectar el VIH sin consentimiento de la persona, muchas empresas violan las disposiciones legales.

*“Yo he querido trabajar en empresas y cosas así y cuando dicen tienes que hacerte unos exámenes, uno se cohibe porque lo van a detectar el VIH”. (Participante EG 33 años)*

*“Hay muchas empresas que sí incluyen el VIH, algo que no te consultan porque uno está en todo su derecho de decir que esa prueba es ilegal pero siempre las empresas las hacen”. (Participante EH 37 años).*

Otra de las dificultades está asociada a los cuidados de salud que requiere una mujer viviendo con VIH. Por un lado, está la necesidad que sienten de mantener en secreto su condición, principalmente por los estigmas existentes al respecto, y por el otro, preservar un empleo que influye en su salud.

*“Era horrible buscar un empleo donde no me hicieran la prueba, conseguía el empleo que no hicieran la prueba, pero me enfermaba”. (Participante EK 49 años)*

La falta de empleo, la ausencia de recursos económicos para los traslados o la alimentación limitan la obtención de información sobre el VIH, ya que les impide la asistencia a cursos y talleres que permitan mejorar su calidad de vida.

*“Hay otras usuarias que no tienen ninguna entrada de recursos, entonces nosotras las invitamos a participar en diferentes actividades como talleres, charlas y a veces no vienen porque no tienen como pagarse un transporte y nosotros ahora en los proyectos que estamos haciendo estamos previendo la movilización porque: ¿si no participan cómo obtienen la información?, ¿cómo se empoderan?”. (Participante EA 42 años).*

La falta de empleo, la ausencia de recursos económicos para los traslados o la alimentación limitan la obtención de información sobre el VIH, ya que les impide la asistencia a cursos y talleres que permitan mejorar su calidad de vida.



**Tabla 1. Datos sociodemográficos**

Variable	N	Porcentaje
<b>Edad</b>		
14 a 17 años	4	1,8
18 a 24 años	37	16,4
25 a 34 años	66	29,4
35 a 44 años	55	24,4
de 45 a 54 años	43	19,1
de 55 a 64 años	16	7,1
Más de 65 años	4	1,8
<b>Ocupación actual</b>		
Actividades del hogar	65	28,9
Estudiante	34	15,1
Jubilada	17	7,6
Trabajadora	100	44,4
Otros	9	4,0
<b>Ingresos mensuales (en bolívares)</b>		
Ninguno	63	28
Menos del salario mínimo	26	11,6
Salario mínimo (2.700,00)	35	15,6
Entre 2.701,00 y 5.000,00	59	26,2
Entre 5.001,00 y 7.300,00	36	16
Más de 7.300,00	6	2,6
<b>Grado de instrucción</b>		
Primaria	54	24,0
Bachillerato	103	45,8
Técnico Superior	33	14,7
Universitaria	32	14,2
NS/NC	3	1,3
<b>Tiempo transcurrido desde la notificación del diagnóstico</b>		
Menos de 1 año		18
De 1 a 4 años		72
De 5 a 9 años		82
De 10 a 14 años		39
Más de 15 años		14

Fuente: Elaboración propia

2.- *Dinámicas familiares.* Esta categoría se vincula con “la interacción que tiene la familia para relacionarse y cumplir con las funciones y roles que socialmente se le ha asignado” (Viveros, 2010, p. 396). En las narraciones este tema aparece de forma recurrente. De hecho, ante la pregunta relacionada con lo que sintieron al momento del diagnóstico, todas las entrevistadas con hijos/as, los/as señalaron como su principal preocupación y aquellas que tenían alguno/a con VIH describieron situaciones angustiantes.

En el caso de las mujeres que llenaron la encuesta, la mayoría manifestó tener una relación de pareja heterosexual estable (58,2%), las que tienen hijos/as representan el 77,3% y 2 de cada 10 tienen uno/a o más hijos/as diagnosticados/as con VIH y el 26,2% manifestó haber sido discriminada por su familia por su condición (tabla 2).

**Tabla 2. Dinámicas familiares**

Variable	N	Porcentaje
<b>Estado civil</b>		
Casada	83	36,9
Soltera	35	15,6
Unión de hecho / Concubina	48	21,3
Divorciada	16	7,1
Separada	18	8
Viuda	24	10,7
NS/NC	1	0,4
<b>¿Tiene hijos/hijas? *</b>		
Sí	174	77,3
No	50	22,2
NS/NC	1	0,4
<b>Hijos/hijas con VIH *</b>		
Ninguno	124	55,1
No tengo hijos	51	22,7
Uno	44	19,6
Dos	3	1,3
No sabe / No contesta	3	1,3
<b>¿Se ha sentido discriminada por su familia por ser mujer con VIH?</b>		
Sí	59	26,2
No	166	73,8

Fuente: \*Fernández-Matos, 2020 y elaboración propia

Contar con el apoyo de la familia y de la pareja, para aquellas que la tienen, es un aspecto positivo que las mujeres consideran fundamental para hacerle frente a su condición:

*“Mi esposo decía, 'no ella no se va a morir porque se va a tomar su tratamiento y vamos a salir para adelante', y toda mi familia me apoya, gracias a dios, y la familia de él también, no he sentido discriminación en la familia”.* (Participante EH 37 años)

En otros casos, el diagnóstico de VIH positivo genera reacciones adversas en la pareja cuando la mujer es diagnosticada y el hombre no lo es o no lo sabe, lo que ocasiona que se le juzgue, se le responsabilice y se le estigmatice:

*“Fueron momentos muy difíciles, de hecho, cuando salí de allí me fui llorando, llegué a mi casa y le dije a mi esposo y la respuesta fue horrible, ‘que seguro fue una inyección’ [tono sarcástico] y se fue y me dejó con una crisis”.* (Participante EC 48 años)

Ninguna de las mujeres entrevistadas manifestó ser rechazada por su entorno familiar, no obstante, contaron las historias de otras que sentían este rechazo.

*“Aquí hay mujeres donde sus familias las han discriminado, cuando yo estaba embarazada conocí aquí una chica que su familia la discriminó fuertemente, le decían verbalmente sidoso, cosas así como esas”.* (Participante EI 50 años citada por Fernández-Matos, 2016, p. 243)

Las reacciones de los/as hijos/as, el miedo a que puedan ser seropositivos/as, el rechazo, la vergüenza o la culpa, son sentimientos muy presentes en las mujeres, cada una desarrolla estrategias distintas para enfrentarse a esta problemática, que van desde las que piensan que sus hijos/as le dan la fuerza necesaria para seguir luchando, aquellas que no quieren que se enteren de su diagnóstico o, en el caso de no tener hijos/as, el miedo a quedar embarazadas por tener VIH.

*“Mi hijo lo sabe, yo pensaba ocultárselo porque me daba como pena, me sentía mal transmitirle esa información a mi hijo, yo sentía como vergüenza porque es algo tan impactante o que la sociedad discrimina a uno por presentar esta enfermedad, imagínese uno con los hijos que es lo máspreciado que tiene uno”.* (Participante EL 47 años)

**3.- Acceso a la información.** El acceso a la información es un elemento fundamental para el abordaje integral del VIH, se constituye en una estrategia de prevención y permite contar con herramientas para tener mejores condiciones de vida. Las mujeres antes del diagnóstico no tenían información sobre el VIH o era escasa, situación que se revirtió luego de este, pero aún la mitad de las encuestadas indicó que tenía escasa o mediana información (tabla 3).

Tabla 3. Información

Información sobre el VIH antes del diagnóstico		
Ninguna	105	46,7
Escasa	80	35,6
Mediana	31	13,7
Bastante	9	4,0
Información sobre el VIH después del diagnóstico		
Ninguna	1	,4
Escasa	36	16,0
Mediana	77	34,2
Bastante	111	49,3

Fuente: Elaboración propia

La falta de información sobre el VIH, sus medios de transmisión, la forma de abordarlo y en general, sobre los derechos sexuales y reproductivos antes del diagnóstico positivo, lleva a que las representaciones sociales de las mujeres sobre el tema estén influenciadas por los estigmas y estereotipos existentes:

*“No sabía qué era el VIH porque tenía entendido que era de homosexuales, mi palabra fue ¿qué VIH?, ¿qué es eso?, ¿SIDA?”.* (Participante EI 50 años)

*“¿No lo podía creer! Yo había escuchado que eso solo lo tenían los gays y las putas y yo no lo era”.* (Participante EJ 41 años)

Cabe destacar que la falta de información sobre el VIH fue señalada por mujeres que no habían terminado sus estudios de bachillerato, pero también por universitarias:

*“Yo tampoco estaba muy empapada del tema a pesar de ser una profesional”.*  
(Participante EA 42 años)

*“Claro que había escuchado del tema, pero no le había puesto atención, no me interesaba, nunca pensé que eso era conmigo, así que no tenía mucha información”.*  
(Participante ED 31 años)

Una de las mujeres entrevistadas manifestó que todo lo que había aprendido sobre el VIH se lo debía a charlas y talleres que había recibido en las organizaciones de la sociedad civil especializadas en el tema, pero que estos se habían reducido por la falta de recursos.

*“¿El gobierno? No, ¡qué va!, las únicas que se preocupan son las ONG, yo he recibido varias charlas, pero por ellas, pero ahora dan muchos menos porque no tienen proyectos y no tienen dinero para hacerlo”. (Participante EH 37 años)*

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.**

Como derecho humano, para que una persona logre el más alto nivel de disfrute de la salud, se requiere el ejercicio de otros derechos, que abarcan “los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano” (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, 2000, párr. 4). Su garantía no solo es fundamental en el desarrollo de los proyectos vitales, sino que reduce la vulnerabilidad social de las personas en general y de las mujeres con VIH en particular; tiene un impacto positivo en la reducción de la pobreza y permite a las personas una vida digna (Beca-Frei, 2018).

La relación entre VIH, mujeres y pobreza es compleja. En ese sentido, se puede señalar que esta última es un límite para el acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva, sobre medidas preventivas y sobre la manera correcta de tomar los medicamentos. Si bien esta afirmación es aplicable a hombres y mujeres, debe tenerse presente que las desigualdades de género moldean distintas experiencias y recorridos vitales e influyen en la capacidad que se tiene para salir de la pobreza (Tallis, 2010).

Es importante tener presente el párrafo anterior ya que en este estudio se observó que un segmento importante de las mujeres con VIH que participaron es pobre, no tiene empleo o trabaja en la economía informal, su educación es limitada y muchas son jefas de hogar con dos o más hijos/as. Estas condiciones se constituyen en un obstáculo para la obtención de las condiciones materiales que les permitan desarrollar su proyecto de vida, requisito indispensable para garantizar el respeto de su dignidad humana. Además, como lo señala la Asamblea General de las Naciones Unidas (2016), la pobreza se convierte en factor de riesgo para la progresión del VIH al sida y, por otra parte, es considerada una condición premórbida que se agrava con un diagnóstico de VIH (Pellowski, Kalichma, Matthews & Adler, 2013). Y, en ese sentido, se constituye en una de las dimensiones de la vulnerabilidad social ante el VIH.

Varios autores/as han señalado la importancia de tomar en cuenta la satisfacción de necesidades básicas (transporte, vivienda, alimentación, entre otras) en las investigaciones sobre las mujeres con VIH y la influencia que tiene la falta de acceso a estos recursos en distintas dimensiones de su vida, entre ellas, en la adherencia al TAR (Hoyos-Hernández, & Duarte-Alarcón, 2016; Cornelius, Jones, Merly, Welles, Kalichman, & Kalichman, 2017). También las mujeres con VIH han manifestado el impacto que tiene en sus vidas la falta de cobertura de las necesidades básicas para ellas y para sus hijos/as, han planteado la necesidad de un enfoque de cuidado centrado en las mujeres, que reconozca las barreras estructurales que limitan el acceso al cuidado, entre las que destacan la pobreza (O'Brien *et al.*, 2017).

La pobreza y vulnerabilidad social que esta genera, puede ser agravada ante un diagnóstico de VIH, debido a las dificultades que se les presentan a las mujeres seropositivas para obtener un empleo bien remunerado y que les permita cubrir las necesidades básicas, convirtiéndose en un círculo vicioso donde a más pobreza, menos posibilidades de cuidados ante el VIH, lo que a su vez profundiza la pobreza y la exclusión. Además de los bajos niveles de educación, las dificultades para el acceso a un empleo digno están vinculadas con los estigmas, los estereotipos y la discriminación imperante en la sociedad ante el VIH (Zafra-Tanaka, & Ticona-Chavez, 2016).

Las mujeres manifestaron que sus deseos y aspiraciones de conseguir un empleo remunerado se enfrentan con los prejuicios sociales, al rechazo por tener VIH, a la realización de pruebas diagnósticas sin su consentimiento y al temor de que su diagnóstico sea revelado, violándoles el derecho humano a la confidencialidad, que repercute en el respeto a su dignidad humana (Fernández-Matos, 2015). También se evidenció el estigma anticipado por parte de las entrevistadas, entendiendo por esto que las mujeres anticipadamente esperan ser rechazadas y discriminadas, lo que repercute a su vez en su salud mental, menor soporte social y mayor cantidad de síntomas ante el VIH (Zafra-Tanaka, & Ticona-Chavez, 2016).

Las relaciones familiares son muy importantes para las mujeres que viven con VIH quienes en no pocas ocasiones, privilegian el bienestar de sus hijos/as sobre el personal, evidenciándose una preocupación mayor cuando estos/as tienen el virus, lo que

además las hace sentir culpables y malas mujeres. Esto responde a la construcción de los roles de género que atribuye a las mujeres las labores de cuidado y de ser las principales responsables de la familia (UNFPA y Ministerio de la Protección Social, 2008; Tallis, 2010). En un estudio realizado en el sureste rural de los Estados Unidos con personas con VIH se determinó que el apoyo recibido por parte de la familia resulta muy importante para la estabilidad emocional en las etapas iniciales del diagnóstico, así como para hacerle frente al mismo y buscar la atención de salud requerida (Hill, Huff, & Chumbler, 2018). Además, contar con este soporte contribuye a encontrarle sentido a sus vidas ante los embates del VIH (Ciambrone, 2002). Estos resultados coinciden con los de esta investigación ya que las mujeres entrevistadas que contaron con el apoyo familiar sintieron el respaldo emocional necesario para enfrentarse al cambio en sus vidas una vez que fueron informadas sobre el diagnóstico.

En el desarrollo del proyecto vital y en el goce efectivo de los derechos humanos de las mujeres, la familia y su protección se convierten en una pieza clave para asegurar el derecho a la salud desde una perspectiva integral, así lo reconoció las Naciones Unidas (2011), al reafirmar el papel central que cumple esta en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de atención y prevención del VIH y el sida.

También desde una mirada integral al derecho humano a la salud, debe tenerse presente el acceso a la información y a la educación para garantizar la buena marcha de los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo a las personas con VIH, mejorar el auto cuidado, disminuir problemas de adherencia y de enfermedades oportunistas, todo lo cual reduce su vulnerabilidad (Naciones Unidas, 2011; Peñarrieta, Rivera, Piñones y Quintero, 2016)). De los resultados de este estudio, se pudo conocer que la gran mayoría de las mujeres no tiene conocimiento sobre el VIH antes de conocer su condición seropositiva, situación que mejora con el diagnóstico, pero aún hay un porcentaje alto que tiene poca o mediana información sobre el tema. Esto se constituye en un factor de riesgo que requiere de la actuación del Estado y el desarrollo de programas de prevención. En el caso de las diagnosticadas, la falta de información aumenta la vulnerabilidad social de distintas maneras, bien sea porque no se toman las medidas adecuadas para el cumplimiento del TAR, porque los comportamientos se orientan por los estigmas y estereotipos que aumentan los niveles de exclusión, entre otras circunstancias que afectan sus derechos.

En definitiva, se puede señalar que el ejercicio del derecho a la salud de las mujeres con VIH en Venezuela se ve afectado por la falta de condiciones materiales y por la falta de información para la prevención, atención y tratamiento, todo lo cual profundiza su vulnerabilidad social. Al tratarse de derechos humanos, se requiere que el Estado cumpla con sus obligaciones para asegurarle a estas mujeres una vida digna y el desarrollo de su proyecto vital.

### Agradecimientos

Se agradece a las asociaciones Mujeres en Positivo por Venezuela, Asociación Civil Mujeres Unidas por la Salud, AMAVIDA Zulia, Fundación Conciencia por la Vida y Asociación Civil Impulso Vital Aragua (Aciva), representantes de ICW Latina Capítulo Venezuela, de RVG+ Red Venezolana de Gente Positiva, Capítulo Mujer y de la Coalición de ONG en VIH, así como a la Mesa Técnica de Alto Nivel de Mujer y VIH y, por último, a ONUSIDA-Venezuela, entidad que financió una consultoría de la cual la parte cuantitativa de este estudio es producto, sin que haya conflictos de intereses para su publicación.

### BIBLIOGRAFÍA

- Alloatti, M. (2014). *Una discusión sobre la técnica de bola de nieve a partir de la experiencia de investigación en migraciones internacionales*. IV Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales, Costa Rica, 27 al 29 de agosto de 2014. [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.8286/ev.8286.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.8286/ev.8286.pdf)
- Ayres, J.R. *et al.* (2006). Multisectoral responses to HIV/AIDS. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. *American journal of public health*, 96(6): 1001–1006. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2004.060905>
- Beca-Frei, J. (2018). Pobreza: un problema de derechos humanos. ¿Qué hacer cuando la legislación profundiza la pobreza? *Dikaion Revista de Fundamentación Jurídica*, 27(1): 101-126. <http://dx.doi.org/10.5294/dika.2018.27.1.5>
- Berbesi, D., & Segura, Á. (2014). Vulnerabilidad al VIH: Revisión sistemática. *Investigaciones Andina*, 16(28), 964-977. <https://revia.areandina.edu.co/index.php/IA/article/view/75>
- Campero, L., & Herrera, C. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud Pública de México*, 44(6), 554-564. <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6425>
- Campero, L.; Kendall, T.; Caballero, M.; Mena, A. y Herrera, C. (2010). El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos: un estudio cualitativo de



- personas heterosexuales con VIH en México. *Salud Pública de México*, 52(1), 61-69. <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6951>
- Campero, L.; Kendall, T., & Herrera, C. (2015). El uso inconsistente del condón en mujeres mexicanas que viven con VIH: un reto para los servicios de salud. *Salud Pública de México*, 57, S183-S189. <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v57s2.7607>
  - Carvajal, A. (2013). Papel de la mujer en la lucha contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). *Academia Nacional de Medicina. Boletín ANM*, 5(50), Sección IV. <http://www.sidastudi.org/es/registro/ff8081813b4c32e8013c478bf6d101ae>
  - Castillo, E. y Vásquez, M. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*, 34(3), 164-167. <https://www.redalyc.org/pdf/283/28334309.pdf>
  - Ciambrone, D. (2002). Informal Networks among Women with HIV/AIDS: Present Support and Future Prospects. *Qualitative Health Research*, 12(7):876-896. <http://dx.doi.org/10.1177/104973202129120331>. Suscripción requerida.
  - Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (2000). *Observación General N° 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. Ginebra: Naciones Unidas.
  - Cornelius, T.; Jones, M.; Merly, C.; Welles, B.; Kalichman, M., & Kalichman, S. (2017). Impact of Food, Housing, and Transportation Insecurity on ART Adherence: A Hierarchical Resources Approach. *AIDS Care* 29(4): 449-457. <https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1258451>
  - Fernández-Matos, D. (2020). El derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres viviendo con VIH en Venezuela. Un estudio exploratorio. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, (18): 1-19. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.dssr>
  - Fernández-Matos, D. (2015). Doblemente discriminadas. Situación de las mujeres con VIH/Sida en Venezuela. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, (10), 225-248. <http://revpubli.unileon.es/ojs/index.php/cuestionesdegenero/article/view/1432/1390>
  - Fuster-Guillén, D. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*, 7(1): 201-229. <https://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>
  - García-Sánchez, I. (2004). Diferencias de género en el VIH/sida. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl. 2), 47-54. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000500007&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500007&lng=es&tlng=es)
  - Hill, M.; Huff, A., & Chumbler, N. (2018) Variation in Networks and Forms of Support for Care-Seeking Across the HIV Care Continuum in the Rural Southeastern United States. *The Journal of Rural Health*, 34(1):71-79. <https://doi.org/10.1111/jrh.12238>
  - Hoyos-Hernández, P., & Duarte-Alarcón, C. (2016). Roles y desafíos de mujeres jefas de hogar con VIH/Sida. *Revista de Salud Pública*, 18(4), 554-567. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=422/42247581005>

- Infante, C.; Zarco, A.; Cuadra, S.; Morrison, K.; Caballero, M.; Bronfman, M. y Magis, C. (2006). El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. *Salud Pública de México*, 48(2), 141-150. <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6680>
- Kislinger, L. (2018). *Derechos Humanos de las mujeres venezolanas con VIH/SIDA en el contexto de la crisis del sector salud*. <https://avesawordpress.wordpress.com/2019/04/15/derechos-humanos-de-las-mujeres-venezolanas-con-vih-sida-en-el-contexto-de-la-crisis-del-sector-salud/>
- Ministerio del Poder Popular para la Salud (2016). *Informe nacional de seguimiento de la Declaración política sobre VIH y el SIDA de 2011. Presentado por la República Bolivariana de Venezuela*. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud.
- Naciones Unidas (2016). *Declaración Política sobre el VIH y el SIDA: en la vía rápida para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la epidemia del SIDA para 2030*. Nueva York: Naciones Unidas. [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2016-political-declaration-HIV-AIDS\\_es.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-political-declaration-HIV-AIDS_es.pdf)
- Naciones Unidas (2011). *Declaración política sobre el VIH y el SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el SIDA*. Nueva York: Naciones Unidas.
- O'Brien, N. et al. (2017). Envisioning Women-Centered HIV Care: Perspectives from Women Living with HIV in Canada. *Women's Health Issues*, 27(6): 721-730. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2017.08.001>. Suscripción requerida
- Okuda, M. y Gómez-Restrepo, C. (2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 1(34): 118-124. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80628403009.pdf>
- ONUMUJERES (2018). *Hechos y cifras: el VIH y el SIDA*. <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/hiv-and-aids/facts-and-figures>
- ONUSIDA (2019). *Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida*. <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
- OMS/OPS, Ministerio del Poder Popular para la Salud & ONUSIDA (2018). *Plan Maestro para el fortalecimiento de la respuesta al VIH, la tuberculosis y la malaria en la República Bolivariana de Venezuela desde una perspectiva de salud pública*. <https://www.paho.org>
- Pellowski, J.; Kalichman, S.; Matthews K.A., & Adler N (2013). A pandemic of the poor: social disadvantage and the U.S. HIV epidemic. *American Psychological* 68(4):197-209. <http://dx.doi.org/10.1037/a0032694>
- Peñarrieta, M.; Rivera, A.; Piñones, S., & Quintero, L. (2006). Experiencia de vivir con el VIH / SIDA en un país latino: un análisis cualitativo. *Cultura de los cuidados*, (20), 69-75. <https://doi.org/10.14198/cuid.2006.20.09>
- UNFPA y Ministerio de la Protección Social (2008). *Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres*. <https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/VIHmujeresWeb.pdf>

- Viveros, E. (2010). Roles, patriarcado y dinámica interna familiar: reflexiones útiles para Latinoamérica. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (31), 388-406. <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/50>
- Volkow, P., Balandrán, D., & Rodríguez, A. E. (2012). La vulnerabilidad femenina frente al VIH en América Latina. *Actualizaciones en sida*, 20(78), 111-119. <https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2014/11/ASEI-78-111-119.pdf>
- Tallis, V. (2010). *Género y VIH/sida. Informe general*. UK: Bridge, Institute of Development Studies. <http://www.bridge.ids.ac.uk/sites/bridge.ids.ac.uk/files/reports/HIV-OR-Spanish.pdf>
- - Zafra-Tanaka, J., & Ticona-Chavez, E. (2016). Estigma relacionado a VIH/SIDA asociado con adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes de un hospital de Lima, Perú 2014. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(4), 625-632. <https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.334.2544>

## HISTORIA

### La enfermera de la policía militar del estado de Rio de Janeiro: lucha por el reconocimiento profesional

The nurse in the military police of the state of Rio de Janeiro: fight for professional recognition

O enfermeiro na polícia militar do estado do Rio de Janeiro: luta por reconhecimento profissional

Marcleyde Silva de Azevedo Abreu<sup>1</sup>; Antônio José de Almeida Filho<sup>2</sup>; Marianne Cardoso Batalha<sup>3</sup> & Tânia Cristina Franco Santos<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Oficial Enfermeira da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro. Doutoranda da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. Membro do Núcleo de Pesquisa em História da Enfermagem Brasileira (NUPHEBRAS). Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4267-0550>. Correo electrónico: [marcleydeazevedo@yahoo.com.br](mailto:marcleydeazevedo@yahoo.com.br)

<sup>2</sup>Professor Titular da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. Pós-doutor em enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnc). Membro do Núcleo de Pesquisa em História da Enfermagem Brasileira (NUPHEBRAS). Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2547-9906>. Correo electrónico: [ajafilhos@gmail.com](mailto:ajafilhos@gmail.com)

<sup>3</sup>Professora Substituta da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. Doutoranda da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. Membro do Núcleo de Pesquisa em História da Enfermagem Brasileira (NUPHEBRAS). Brasil. Orcid <https://orcid.org/0000-0002-7250-7244>. Correo electrónico: [nannebatalha@bol.com.br](mailto:nannebatalha@bol.com.br)

<sup>4</sup>Professora Titular da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. Pós-doutorado em enfermagem pela Universidade de Valladolid, Espanha. Bolsista de Produtividade do CNPq. Membro do Núcleo de Pesquisa em História da Enfermagem Brasileira (NUPHEBRAS). Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2325-4532>. Correo electrónico: [taniacristinafsc@gmail.com](mailto:taniacristinafsc@gmail.com)  
Correspondencia: Estrada do Pau Ferro, 990, bloco 9, casa 3, Freguesia – Jacarepaguá, Rio de Janeiro (RJ), CEP.: 22743-051. Correo electrónico de contacto: [nannebatalha@bol.com.br](mailto:nannebatalha@bol.com.br)

Para citar este artículo: Abreu, M.S.A., Almeida Filho, A.J., Batalha, M.C., & Santos, T.C.F. (2021). La enfermera de la policía militar del estado de Rio de Janeiro: lucha por el reconocimiento profesional.

*Cultura de los Cuidados*, 25(61). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.61.06>

Recibido:02/07/2021 Aceptado: 29/09/2021



## RESUMEN

**Objetivo:** analizar las estrategias de luchas simbólicas emprendidas por los enfermeros de la primera promoción de la Policía Militar del Estado de Río de Janeiro, adscritos al Hospital Central de la Policía Militar, para obtener el reconocimiento profesional. **Método:** Estudio histórico. Fuentes escritas y orales pertenecientes a la colección del hospital, producidas a través de 19 entrevistas. El análisis se fundamentó en los conceptos de Bourdieu de poder simbólico y capital. **Resultados:** los enfermeros adscritos al hospital referido iniciaron una labor de gestión sanitaria, que incluyó la planificación estratégica, la formación y la calificación del equipo. **Conclusión:** el ingreso de las enfermeras en la Policía Militar del Estado de Río de Janeiro, con mayoría de mujeres, representó la conquista de un importante espacio para la profesión. Las estrategias emprendidas fueron exitosas, ya que las enfermeras acumularon un capital simbólico en y a través del campo, inaudito para la profesión, en la Policía Militar del Estado de Río de Janeiro.

**Palabras-clave:** Enfermería; historia de la enfermería; enfermería militar; grupo de enfermería; hospital militar.

## ABSTRACT

**Objective:** to analyze the strategies of symbolic struggles undertaken by the nurse officers of the first class of the Military Police of the State of Rio de Janeiro, allocated in the Central Hospital of the Military Police, to obtain professional recognition. **Method:** Historical study. Written and oral sources belonging to the hospital's collection, produced through 19 interviews. The analysis was substantiated by Bourdieu's concepts of symbolic power and capital. **Results:** the nurse officers allocated in the referred hospital started a health management work, including strategic planning, training and qualification of the team. **Conclusion:** the entry of the nurse officers in the Military Police of the State of Rio de Janeiro, with the majority of women, represented the conquest of an important space for the profession. The strategies undertaken were successful, as nurses accumulated symbolic capital in and through the countryside, unheard of for the profession, at the Rio de Janeiro State Military Police.

**Keywords:** Nursing; nursing history; military nursing; nursing team; military hospital

## RESUMO

**Objetivo:** analisar as estratégias de lutas simbólicas empreendidas pelos oficiais enfermeiros da primeira turma da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro, alocados no Hospital Central da Polícia Militar, para obterem reconhecimento profissional. **Método:** Estudo histórico. Fontes escritas pertencentes ao acervo do hospital e orais, produzidas por meio de 19 entrevistas. A análise foi consubstanciada pelos conceitos de poder simbólico e capital de Bourdieu. **Resultados:** os oficiais enfermeiros alocados no referido hospital iniciaram um trabalho de gestão em saúde, incluindo planejamento estratégico, treinamento e capacitação da equipe. **Conclusão:** a entrada dos oficiais enfermeiros na Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro, com a maioria feminina, representou a conquista de um importante espaço para a profissão. As estratégias empreendidas foram exitosas, pois os enfermeiros acumularam capital simbólico no e pelo campo, inédito para a profissão, no oficialato da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro. **Palavras-chave:** Enfermagem; história da enfermagem; enfermagem militar; equipe de enfermagem; hospital militar

## INTRODUÇÃO

O Quadro de Oficiais Enfermeiros da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro (PMERJ) foi criado por meio da Lei Nº 2.206, de 27 de dezembro de 1993. Para a criação desse quadro, conforme consta na referida lei, foram convertidas 163 vagas de soldado em 57 de oficiais enfermeiros do Quadro de Oficiais de Saúde da Polícia Militar, de modo a não onerar financeiramente o Estado do Rio de Janeiro. Essas vagas foram distribuídas para as seguintes patentes: duas para major, dez para capitão, vinte para primeiro-tenente e vinte e cinco para segundo-tenente.

Os candidatos foram submetidos às provas eliminatórias e classificatórias, sendo convocados para as etapas de exame físico, médico, social e psicotécnico, os 100 primeiros classificados nas provas escritas e práticas. Ao final desses exames, os cinquenta e sete primeiros colocados, foram classificados para o Estágio Probatório de Adaptação de Oficiais, o qual ocorreu no período de novembro de 1994 a maio de 1995. Após o cumprimento desse estágio foram classificados cinquenta e seis estagiários, em face de uma desistência. Estes foram nomeados no Posto de 2º Tenente PM Enfermeiro e, incorporados ao quadro em 24 de maio de 1995. A sessão solene de formatura ocorreu em 26 de maio do corrente ano.

Dos 56 oficiais enfermeiros, 42 foram alocados no Hospital Central da Polícia Militar (HCPM) e 14 no Hospital da Polícia Militar de Niterói. Os 2º TEN PM Enfermeiros foram recebidos pela chefe de enfermagem (enfermeira civil) e pelo diretor do hospital (Coronel médico), no dia 29 de maio de 1995. Nesta data esteve ausente um oficial por ter sido vítima de um acidente (atropelamento) no dia da formatura.

Dos 41 presentes, foram distribuídos 40 oficiais enfermeiros nos setores do hospital ligados diretamente a assistência, pois, um deles, foi designado para o setor administrativo na Central de Material Médico-Hospitalar. A distribuição dos oficiais na chefia de setores do hospital foi a seguinte: dois oficiais enfermeiros na chefia e subchefia geral de enfermagem; um na chefia do Setor de Treinamento e Ensino; dois na Pediatria; seis, sendo um chefe e cinco plantonistas no Centro de Tratamento Intensivo; dois na Maternidade; três, sendo um deles na sala de operação da Ortopedia; um na Cardiologia; um na Buco Maxilo/Plástica; um na Urologia; quatro, sendo chefia, subchefia e dois plantonistas na Cirurgia Geral; dois no serviço de Pronto Atendimento; dois na Clínica Médica; dois no Berçário; dois na Unidade de Paciente Externo; dois na Pneumologia;

dois no Centro Cirúrgico; três na Anestesiologia; um na Central de Esterilização, um na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

Após a distribuição, os oficiais enfermeiros recém-chegados nos setores, se depararam com muitos desafios, especialmente para as mulheres, pois, o espaço militar tem predominância e tradição masculina. Ademais, a patente de segundo tenente os colocava em situação de desigualdade em relação até mesmo aos oficiais de outras categorias de profissionais de saúde, aprovados no mesmo concurso. Isso porque a patente de segundo tenente refere-se ao oficial subalterno. Essa posição hierárquica para além das situações de desigualdades no ingresso no oficialato, também operava como cercas para as conquistas posteriores, em relação as mudanças de patentes. Os oficiais enfermeiros só poderiam chegar ao posto de major, portanto, estavam excluídos permanentemente dos postos de comando na Polícia Militar (Abreu et al, 2015).

Ademais, por ocasião da chegada dos oficiais enfermeiros no Hospital Central da Polícia Militar, os diversos setores não contavam com chefia de enfermeiros, em face do diminuto número de enfermeiros civis, dificultando ainda mais o entendimento da importância da enfermagem pelos demais membros da equipe de saúde do hospital (Bittencourt et al, 2019).

Diante do exposto apresenta-se a seguinte questão norteadora: quais as estratégias empreendidas pelos oficiais enfermeiros da primeira turma da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro, alocados no Hospital Central da Polícia Militar, para obterem reconhecimento profissional?

Trazida a situação histórica, foi apresentado o seguinte objetivo: analisar as estratégias de lutas simbólicas empreendidas pelos oficiais enfermeiros da primeira turma da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro, alocados no Hospital Central da Polícia Militar, para obterem reconhecimento profissional.

## **MÉTODO**

Estudo histórico-sociológico, qualitativo, cujo recorte temporal abrange o período de 1995 a 1997. O marco inicial corresponde ao ano que os oficiais enfermeiros concluíram o Estágio Probatório de Adaptação de Oficiais e foram alocados no Hospital Central da Polícia Militar, com a patente 2º Tenente PM Enfermeiro. A delimitação final representa o ano em que ocorreu a promoção para a patente de 1º Tenente PM Enfermeiro da primeira turma de oficiais enfermeiros.

O cenário do estudo corresponde ao Hospital Central da Polícia Militar que, em 1995, tinha 53 anos de existência e contava com 220 leitos hospitalares. Era um hospital geral que se destacava na Cirurgia Geral e Ortopedia, em face da grande demanda de pacientes. Além disso, o hospital possuía clínicas especializadas para o atendimento a pacientes com doenças crônico-degenerativas e atendia diariamente policiais feridos por armas de fogo.

As fontes históricas diretas foram orais, produzidas por meio de entrevistas do tipo semiestruturadas, com 18 oficiais enfermeiros integrantes da primeira turma de Oficiais Enfermeiros do Quadro de Saúde da PMERJ. Também foi entrevistada uma enfermeira civil que desempenhava o cargo de chefe de enfermagem, por ocasião da chegada dos oficiais enfermeiros. As fontes indiretas, localizadas no acervo do HCPM, foram constituídas de boletins, livros de Ordens e Ocorrências do HCPM (1995) e da Supervisão de Enfermagem do HCPM (1994), e pela literatura sobre o tema. Cumpre esclarecer que, segundo Barros (2019) a classificação das fontes em direta e indireta é análoga à antiga proposição classificatória que se colocava nos termos entre uma dicotomia entre fonte primária e secundária.

Como critério de inclusão, no tocante aos oficiais enfermeiros, foram eleitos os alocados no HCPM que desempenharam funções de chefia de setores, no período estudado. Foram excluídos aqueles que não apresentavam condições físicas ou quaisquer outros impedimentos para concessão de entrevista, tais como moradia fora do Rio de Janeiro, licença ou férias. O critério de inclusão da enfermeira civil foi a sua permanência no hospital após a chegada dos oficiais enfermeiros e o fato de ter sido a enfermeira-chefe do hospital antes da chegada dos mesmos. A identificação dos entrevistados consistiu na sigla correspondente à profissão de Enfermeiro, seguida de um número sequencial. A produção dos dados se deu no período de maio de 2017 a dezembro de 2019.

As entrevistas, gravadas por meio digital, foram consentidas mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após todo o esclarecimento dos objetivos dessa pesquisa. Após a transcrição das gravações, os entrevistados realizaram a leitura com vistas a validação. Para compor o corpus documental, foram considerados os critérios de pertinência, suficiência, exaustividade, representatividade, homogeneidade e organização dos documentos (Barros, 2012).



A análise dos achados, de acordo com o método histórico e com ênfase em estudos sobre a história da enfermagem militar, levou em conta o conjunto documental e não os documentos isoladamente. Nessa análise, os conceitos de poder simbólico e capital do sociólogo francês Pierre Bourdieu, foram úteis ao entendimento das estratégias de lutas empreendidas pelos enfermeiros com patentes de oficiais em um espaço ocupado por profissionais com diferentes capitais, quais sejam, o capital militar, representado pelas patentes e graduações e, indiretamente, o capital econômico, representado pelos respectivos soldos; e o profissional, relacionado às profissões de saúde com suas graduações e patentes vinculadas.

O estudo derivado de projeto de tese de doutorado em desenvolvimento, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery e Hospital Escola São Francisco de Assis (Plataforma Brasil nº CAAE 67049517.0.0000.5238 em 12/04/2017), seguiu as diretrizes éticas em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

Após a distribuição, os oficiais enfermeiros, alocados no Hospital Central da Polícia Militar do Rio de Janeiro, enfrentaram muitos obstáculos, pois, eram percebidos como ameaça às reclassificações das posições de poder, por parte dos oficiais superiores. O relato de uma situação ocorrida no Centro Cirúrgico do hospital evidencia uma estratégia de contrapoder, com vistas a ratificar posições de poder já existentes nesse espaço, com base na patente e, certamente, também no fato de ser ele um médico e ela, enfermeira:

*Eu recordo de um oficial superior a mim... eu fui pedir que ele não sentasse no chão do Centro Cirúrgico, ainda lendo jornal. Eu falei assim: eu estou lhe pedindo com educação e lhe justificando. Aí ele se exaltou mais. Ele ficou dizendo que queria me participar, ou seja, fazer queixa escrita de um erro no meio militar. Eu falei: pois não, pode participar e, que ele como superior poderia todas as coisas. Superior Hierárquico! (Ent nº 18)*

Os desafios enfrentados pelos oficiais enfermeiros em seu cotidiano de trabalho eram ainda potencializados pelo fato de, por muitos anos, o hospital não contar com a atuação do enfermeiro na assistência direta aos pacientes, por insuficiência quantitativa. Tal fato concorreu para o desconhecimento da importância do enfermeiro na equipe de saúde, o qual foi agravada pela entrada desses profissionais na PMERJ, com patente de

oficial subalterno. O excerto de uma das entrevistas é cabal no sentido de evidenciar o desconhecimento sobre o papel do enfermeiro na equipe de saúde, bem como sua importância, além da reafirmação da menos valia da patente de 2º Tenente, em um grupo que a maioria era mulher, em um espaço misógino:

*...quando a gente entrou no hospital não tinha oficial enfermeiro, tudo ficava na mão dos secretários [administrativos]. Então a primeira visão deles era que nós enfermeiros éramos secretários. (Ent. nº 2)*

Apesar das resistências engendradas pelo grupo detentor do poder no HCPM, representados pelos oficiais superiores, mas também pelas praças, os oficiais enfermeiros empreenderam mudanças no cotidiano hospitalar, as quais visavam dar visibilidade aos seus capitais profissionais, de modo a angariar autoridade profissional nas questões relativas à assistência de enfermagem. Na percepção de um dos entrevistados que, antes da realização do concurso já atuava no hospital, na condição de praça, os oficiais enfermeiros empreenderam mudanças que impactaram sobremaneira na assistência prestada, principalmente no acompanhamento do trabalho desenvolvidos pelos técnicos de enfermagem com a graduação de praças:

*A mudança foi muito grande, muito grande. Porque a minha visão de cabo era a seguinte, a gente ficava muito sozinha nos setores, não tinha muito entendimento das coisas, tinha algumas colegas como eu que já eram enfermeira, mas não tínhamos muito apoio, não (Ent. nº 1).*

O entrevistado destaca ainda situações pontuais inerentes aos cuidados diretos aos pacientes com certa complexidade, ressaltando a importância da atuação dos oficiais enfermeiros no esclarecimento de dúvidas, bem como um melhor planejamento das atividades:

*Com a vinda dos oficiais enfermeiros a coisa foi tomando outro rumo, tudo diferente, passamos a ter mais orientação nos setores, os enfermeiros tiravam dúvidas, ensinavam, explicavam, o planejamento das ações, as diretrizes, tudo. Acho que foi como se o sol nascesse no HCPM. (Ent. nº 1)*

Ainda no que diz respeito ao Centro Cirúrgico, o excerto do relato abaixo mostra a falta de adequação às normas técnicas vigentes e às mudanças empreendidas pelos oficiais enfermeiros, inclusive, contribuindo para a redução da infecção hospitalar, no período:

*Fiz um pedido, para os chefes nessa época, a fim de estabelecer a prioridade ... fiz um levantamento de preço das bandejas fenestradas e campos cirúrgicos, ... o valor ficou bem elevado e não daria para comprar tudo no mês... eu consegui as bandejas fenestradas fracionando o pedido, mas o objetivo era trocar todas. ... Ele [nome] me ouvia.... O chefe cirúrgico e o chefe da anestesiologia [nomes]... eles me ouviam muito! (Ent nº 18)*

O enfermeiro oficial, alocado no Centro Cirúrgico do HCPM, tinha expertise profissional, proveniente de outras experiências anteriores fora do hospital, o que lhe possibilitou implantar mudanças. Dessa forma, o capital profissional incorporado pelos enfermeiros nas experiências anteriores em outras instituições foi útil ao enfrentamento dos desafios em uma instituição que desconhecia a natureza e importância do trabalho do enfermeiro.

Também a Central de esterilização a partir de 1995, sob a liderança do oficial enfermeiro, iniciou um processo de reorganização dos serviços e reforma estrutural do setor, buscando adequar o serviço às normas e aos dispositivos legais vigentes no período. Sendo assim, as mudanças no HCPM, a partir da inserção dos oficiais enfermeiros se estendeu a vários serviços. Contudo, tais mudanças ocorreram de maneira gradativa, pois a maioria dos serviços da unidade, necessitava de mudanças estruturais, materiais e técnicas. Alguns setores do HCPM, não estavam equipados e preparados para recebimento de pacientes graves porque não havia, por exemplo, estrutura para tratamento de pacientes queimados, não existia setor especializado para prestar esse tipo de assistência.

Não obstante, o relato detalhado por uma das entrevistadas é cabal no sentido de evidenciar o impacto da assistência de enfermagem prestada no Centro de Tratamento Intensivo, a partir da chegada dos oficiais enfermeiros:

*Na história ela jogou combustível no corpo, depois acendeu fogo e se arrependeu, quando foi apagar acabou se queimando. Foi 98% do corpo queimado. E aí para a gente era um desafio. Eu já tinha passado pelo Centro de Tratamento de Queimado do Hospital do Andaraí, mas lá tinha uma estrutura de queimado. O nosso Centro de Tratamento Intensivo não tinha. (Ent nº 14)*

O desafio de cuidar de uma paciente queimada e em estado grave, sem materiais e equipamentos próprios, constituiu um grande desafio para os enfermeiros alocados no CTI. Foi preciso criar estratégias específicas para empreender um cuidado humanizado e competente. Vale pontuar que o capital profissional incorporado por um dos oficiais, por

ocasião de sua atuação prévia no Centro de Tratamento de Queimados no Hospital do Andaraí (CTQ), foi decisivo para o cuidado adequado à paciente mencionada:

*Então a gente desenvolveu uma técnica, eu falei: tem que tirar todo esse tecido necrosado, mas não pode molhar a cama, então nesse leito tinha o aspirador, nós pegávamos o aspirador, colocávamos aquelas mangueiras de aspiração embaixo do leito...com três vias, tinha o aspirador por vácuo e por ar comprimido, com válvula conversora, colocávamos na cabeceira, no meio e nos pés da cama para sugar toda a água para poder dar o banho com a forma correta. (Ent n° 14)*

A assistência de enfermagem prestada ao paciente queimado fora de um Centro de Tratamento de Queimado, exige empenho e comprometimento de toda equipe de saúde. A falta de estrutura poderia ter comprometido o resultado do tratamento. Em um CTI Geral, na prestação de assistência a uma paciente com queimadura grave pode ocorrer situações inesperadas:

*A paciente estava gestante e teve um dia que ela abortou durante o banho. E, ninguém sabia que ela estava grávida. E depois ela melhorou. Ela melhorou bastante. Ela ficou estabilizada na parte hemodinâmica e respiratória. A paciente saiu perfeita, mas a enfermagem costuma não documentar. (Ent n° 14)*

A valorização do trabalho de enfermagem constitui um tema desafiador e ainda pouco explorado. Entretanto, a valorização profissional é essencial para que o profissional seja motivado e aumente sua produtividade. Em se tratando da associação da temática invisibilidade ao reconhecimento profissional, os estudos são limitados, restringindo-se ainda mais, se tratando da enfermagem militar. As experiências exitosas não divulgadas, além de não dar visibilidade a importância da enfermagem impactam diretamente na assistência, no sentido de aprimorá-la a partir dos resultados:

*A [nome da chefe de Enfermagem do CTI] depois disse: Meu Deus...E até os próprios médicos. Não fizeram nenhum tipo de trabalho, nenhum estudo! Ela ficou ótima! A chefia da cirurgia plástica rendeu homenagens para gente: Vocês estão de parabéns! (Ent n° 14).*

A assistência de enfermagem foi prestada no CTI de maneira adequada, a ponto de conseguir recuperar a saúde de uma paciente, com grandes queimaduras. Nessa assistência, nem mesmo o Processo de Enfermagem foi implementado. Vale pontuar que havia muita sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem, dificultando sobremaneira

a construção de elaboração de estudos. O número reduzido (1 oficial plantonista para 10 leitos) pode ter influenciado na ausência de registros adequados ou estudos de casos.

A compreensão da necessidade de capacitação profissional para atuar na Terapia Intensiva, em face da necessidade de cuidar de pacientes graves, tendo que lidar com equipamentos de ponta, demandou que os oficiais enfermeiros investissem na aquisição de capital científico e profissional, de modo a dar conta, com propriedade e segurança, da assistência direta aos pacientes. Havia também a compreensão de que esse capital poderia conferir o reconhecimento da competência do enfermeiro. O trecho abaixo mostra a compreensão da atualização do capital profissional como chancela para atuar no Centro de Tratamento Intensivo:

*Eu fiz a pós-graduação em Terapia Intensiva na UERJ. Eu sou uma pessoa que se cobra muito (Ent n° 14)*

O relato abaixo mostra o envolvimento do oficial enfermeiro com o trabalho na terapia intensiva, traduzido na dedicação e busca pelo acúmulo de capital profissional. Essa dedicação vai ao encontro do segundo eixo de verdade sobre o trabalho, onde a vivência subjetiva do trabalho, corresponde à experiência desejosa, na esfera identitária do trabalhador. O trecho abaixo evidencia essa identidade:

*É o que eu sempre falo também. Quando um paciente vai para o hospital, quando o familiar te entrega o paciente, ela está esperando de você alguma coisa, e você tem que dar essa resposta para ele, entendeu? Então fazer o possível é a sua função. Você tem que fazer mais do que o possível, e às vezes é uma coisinha pequenininha, não é a sua rotina, é aquela coisinha especial que você pode fazer. (Ent. n° 14)*

Outro aspecto destacado pelos oficiais enfermeiros entrevistados, foi a importante participação da enfermeira civil (Chefe de Enfermagem) e das enfermeiras oficiais que haviam sido civis no HCPM, uma vez que estas, por conhecerem a unidade e os profissionais, auxiliaram nas dificuldades, junto às equipes da unidade:

*Na verdade, elas eram a nossa referência, porque nós chegamos aqui sem conhecer nada. A [nomes da enfermeira civil e dos oficiais que foram civis] já eram daqui, já conheciam os funcionários e nos informava sobre o perfil de cada um. Então quando nós tínhamos alguma dificuldade, nós recorriamos a essas pessoas mais experientes para nos ajudar (Ent. n° 05).*

Vale ressaltar que, as alianças feitas entre os oficiais, a enfermeira civil e as enfermeiras militares que já haviam atuado como enfermeiras civis no hospital, em muito contribuíram para o bom desempenho dos oficiais enfermeiros.

Na medida que o oficial enfermeiro ia desenvolvendo suas atividades no HCPM, sua presença era percebida e nesse sentido, buscavam ao máximo utilizarem seu capital profissional como chancela para se fazerem reconhecer nesse espaço, tanto por seus pares como pelos oficiais superiores. A título de exemplificação, tem-se a realização de curativos cirúrgicos pelos oficiais enfermeiros com competência, a qual foi reconhecida pelos médicos, expressada pela concessão de realização do curativo.

Vale ressaltar que, a realização de curativo pelo enfermeiro, ao tempo que expressa o reconhecimento de sua competência, evidencia tratar-se de uma concessão de um profissional sobre o outro, ratificando o poder do oficial superior naquele espaço e o desconhecimento sobre a prerrogativa do enfermeiro de liderar sua equipe no que diz respeito à assistência de enfermagem.

Ao oficial enfermeiro também foi permitido participar do round do setor, às quartas-feiras. O excerto da fala de um dos entrevistados mostra sua satisfação em tal participação, o que ratifica o reconhecimento do poder do médico, hierarquicamente acima dos oficiais enfermeiros em termos de patente. Além disso, nesse round são feitas cobranças às enfermeiras, as quais não são percebidas como tal:

*Mas a gente fazia round de setor às quartas-feiras, ele gostava... ele chamava inclusive, me chamava, chamava a enfermeira, ele perguntava a respeito dos exames porque foi feito porque não foi feito, a prescrição...* (Ent n° 1)

Não obstante, ao tempo em que a equipe médica abriu espaço para a participação do enfermeiro nas visitas, ratificando e consagrando o seu poder, também permitiu ao enfermeiro, se fazer ver, se dar a conhecer e se fazer reconhecer, especialmente no tocante a sua *expertise* na assistência de enfermagem.

A estruturação do setor de Treinamento e Ensino (STE) constituiu um marco para a história do próprio grupo de oficiais enfermeiros. Tanto assim que a chefe teve seu nome gravado na placa de inauguração. Tal homenagem expressa o reconhecimento de seu trabalho, em um espaço militar, tradicionalmente masculino. A homenageada assim rememorou

*O reconhecimento de ter sido você a pioneira, então isso aí foi muito bom, eu acho que foi uma forma de reconhecimento assim, tem uma placa lá com meu nomezinho! É a plaquinha muito legal!* (Ent. n° 10)

A fotografia nº1 registra a placa de inauguração do Setor de Treinamento e Ensino do Hospital Central da Polícia Militar, em 14 de maio de 1997, onde consta a homenagem, com a citação do nome da oficial enfermeira Adila Cristina Ferreira Corrêa. Tal placa descerrada em um rito de inauguração conferiu visibilidade à enfermagem.

**Figura 1**



Fonte: Anexada na entrada do Setor de Treinamento e Ensino 9º andar do Hospital Central da Polícia Militar.

No ano de 1997, as equipes de enfermagem nos setores, sob a chefia dos oficiais enfermeiros já estavam organizadas. Contudo, em face das mudanças na estrutura hospitalar e o aumento crescente da clientela, a Secretaria de Estado de Segurança Pública deliberou por convocar os candidatos aprovados no concurso de 1994, em fila de espera, em ordem de classificação.

Nesse processo foram convocados 10 (dez) 1º TEN PM Farmacêutico; 14 (quatorze) 1º TEN PM Veterinário e 30 (trinta) 2º TEN PM Enfermeiro. É pertinente destacar que, mesmo decorridos dois anos de atuação dos oficiais enfermeiros na PMERJ, a nova convocação manteve, o que já se esperava, a patente de segundo tenente apenas para o enfermeiro.

Os convocados tiveram que realizar o Estágio Probatório de Adaptação de Oficiais (EPAO) na Escola de Formação de Oficiais (ESFO). Paralelamente, para os oficiais

enfermeiros, chegava o momento da almejada promoção na carreira militar. Assim, em 27 de abril de 1997, os vinte e nove oficiais enfermeiros que ingressaram no Quadro de Oficiais de Saúde (QOS), do Quadro I Permanente (Q-I), foram promovidos para a patente de 1º Tenente PM, em ordem de classificação no concurso, portanto, atendendo ao critério de antiguidade. E este critério constitui uma distinção social bastante eficaz, pois, parecem fundar-se em diferenças objetivas, e em se tratando de concursos, entre o primeiro e o último da lista dos classificados, existem diferenças que vão do tudo ao nada, para toda uma vida profissional.

## DISCUSSÃO

Inicialmente, para evidenciar as estratégias de lutas empreendidas pelos oficiais enfermeiros em um espaço militar, é pertinente evocar Florence Nightingale, rememorando sua participação voluntária na Guerra da Criméia, no período de 1854 a 1856. Sua aparição inédita e emblemática para o mundo, se deu em um cenário militar, na denominada era vitoriana. Nesse cenário de guerra, as mortes devido à infecção, diminuíram de 42 para 2,2 %, portanto, o trabalho da enfermagem ganhou visibilidade na figura de Florence Nightingale (Padilha, 2020).

Certamente as qualidades pessoais de Florence Nightingale, em muito favoreceu a ordem ao caos no tratamento dos feridos de guerra. Dotada de uma determinação inabalável e extremamente metódica, impôs uma rígida disciplina para si e para as enfermeiras sob seu comando. Além disso, a herança familiar de Florence constituída de relações sociais com pessoas ilustres da sociedade da época, permitiu que a mesma tivesse grande oportunidades de se fazer ver, se fazer crer e se fazer reconhecer. Portanto, um dos seus grandes feitos foi o de dar voz ao silêncio daqueles que prestavam cuidados de enfermagem, conferindo significado ao silêncio, que existia na prática de enfermagem desenvolvida em todo mundo (Costa et al, 2009).

Não obstante, no século XIX, as atividades tradicionalmente exercidas pelos enfermeiros no meio militar, correspondiam àquelas consideradas subalternas, sendo atribuído ao enfermeiro militar, a condição de Praça, ou seja, uma categoria inferior da hierarquia militar, sendo normalmente aí incluída as graduações de soldado e cabo. E, vale destacar que, certas atribuições a um determinado grupo, podem qualificá-lo ou desqualificá-lo nos meios sociais. Isso porque são criadas representações mentais sobre



as representações objetais, então representadas pelas denominações que refletem as posições subalternas no cenário militar. Tais representações são tão fortes que, mesmo tendo decorridos mais de cem anos, os oficiais enfermeiros ainda se depararam, na última década do século XX, com situações que os colocavam na subalternidade.

Sobre a presença e o aumento do quantitativo de oficiais enfermeiros nas Forças Armadas e Auxiliares, especialmente do sexo feminino, a década de 1990 é marcante. Cumpre pontuar que, no início da década anterior, a Marinha e a Aeronáutica selecionou mulheres enfermeiras, para o seu oficialato, também na qualidade de segundo-tenente. Não obstante, pode-se se dizer que a entrada de oficiais enfermeiros na PMERJ, com a maioria feminina, representou a conquista de um importante espaço para a profissão. As estratégias empreendidas foram exitosas, pois os enfermeiros acumularam capital simbólico no e pelo campo, inédito para a profissão no oficialato da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro.

No hospital, ocorreram muitos embates profissionais tanto com as equipes dos setores como entre os próprios oficiais enfermeiros. Vale pontuar que, apesar do espaço militar ser altamente hierarquizado, isso não impede que haja lutas simbólicas para conservação das posições de poder e prestígio nesse espaço. Isso porque o ambiente militar não é estático e, não obstante, as patentes, os profissionais podem conquistar espaços de poder, mediante o capital simbólico acumulado no campo em questão.

Os oficiais enfermeiros logo ao chegarem no HCPM identificaram a ausência de um regimento. Antes da elaboração e aprovação do regimento interno para a enfermagem, o que vigorava na unidade era o fato da chefia de enfermagem ser um subsetor, sem autonomia administrativa, precisando sempre se reportar à outra diretoria para dar encaminhamento às suas demandas internas. Essa situação emperrava o encaminhamento de documentos e celeridade das atividades da chefia de enfermagem.

Após a elaboração do referido regimento, o mesmo foi apenas publicado no Boletim Interno do HCPM, entretanto, a aplicação do regimento no cotidiano do trabalho concedeu mais autonomia para a enfermagem nas questões administrativas e assistenciais. Isso porque o domínio prático das regras e regularidades do funcionamento do campo, permitem ao detentor o capital específico como uma das armas para as lutas internas no campo de atuação (Bourdieu, 2004). Não obstante aos ganhos advindos da publicação do referido regimento em Boletim Interno do HCPM, sua não publicação no Boletim Ostensivo da Corporação representou uma espécie de cerca, pois, deixou na

invisibilidade a autoridade profissional e científica da enfermagem para comandar a assistência naquilo que é inerente à prática assistencial.

Os oficiais enfermeiros reconheceram a necessidade de institucionalizar o capital profissional, por meio de um curso de especialização em terapia intensiva. Tal curso representou uma importante estratégia para angariar autoridade e reconhecimento na assistência ao paciente grave no Centro de Tratamento Intensivo. Tal investimento na acumulação de capital profissional reflete também uma satisfação intrínseca ligado ao trabalho por meio do incremento no crescimento profissional. Isso porque com o interesse pelo trabalho “cresce o sentimento de plenitude ligado ao fato de realizar o trabalho, da mesma maneira que cresce o interesse às gratificações simbólicas ligadas à profissão, ao status da relação profissional e à qualidade das relações de trabalho, que costumam guardar relação estreita com o interesse intrínseco pelo trabalho” (Bourdieu, 2017, p.353).

Ademais, na luta simbólica, os agentes investem capital simbólico que adquiriram nas lutas anteriores e que pode ser juridicamente garantido. Assim, os títulos escolares, representam autênticos títulos de propriedade simbólica que dão direito às vantagens do reconhecimento (Bourdieu, 1990).

Sobre a inauguração do setor de Treinamento e Ensino, o nome de uma oficial enfermeira gravado em uma placa, ainda que, na última linha, constituiu um ganho simbólico para a enfermagem, na PMERJ, especialmente, no principal hospital, conferindo visibilidade e certo prestígio aos oficiais enfermeiros, ao criar, por meio da ritualística, em seus efeitos de institucionalização, representações mentais acerca de representações objetivas, aqui simbolizadas, pela placa. Isso porque um ritual válido é aquele que contempla destinatários válidos, ou seja, o descerramento da placa de inauguração na presença de autoridades militares, bem como dos oficiais e praças, integrantes da equipe de enfermagem.

Assim, o ritual de descerramento da placa com o nome da oficial enfermeira, teve o efeito simbólico de reconhecer a importância de seu trabalho, capitalizando distinção a ela própria e ao grupo de oficiais enfermeiros, uma vez que “a investidura exerce uma eficácia simbólica inteiramente real, pelo fato de transformar efetivamente a pessoa consagrada” (Bourdieu, 1999).

Os oficiais enfermeiros também produziram um Manual de Técnicas, composto de 54 procedimentos de enfermagem, os quais foram selecionados com base em sua

predominância na assistência prestada no hospital. Sua elaboração contou com a liderança da enfermeira-chefe e vinte e dois oficiais enfermeiros. A elaboração de um manual de técnicas constituiu um ganho para a enfermagem no HCPM, por meio da padronização dos procedimentos de enfermagem, os quais eram balizados pela fundamentação científica inerente à prestação da assistência com qualidade. Assim, o manual conferiu visibilidade à enfermagem no HCPM, ao tempo em que operou como uma espécie de chamamento à ordem, no sentido de padronizar os procedimentos de enfermagem, assegurando a presença do enfermeiro na gestão da assistência de enfermagem.

Os oficiais enfermeiros na chefia dos setores do HCPM, se envolveram em um campo de lutas, em busca de tomada de posições, e à medida que foram ocupando os espaços, que, até então, pertenciam as praças e aos médicos, conseguiram avançar com a implantação do trabalho de enfermagem. Assim, pode-se dizer que, a partir da entrada dos oficiais enfermeiros no HCPM, foi iniciado um trabalho de gestão em saúde, incluindo planejamento estratégico, treinamento e capacitação da equipe, dimensionamento da enfermagem, reuniões, workshop entre outras.

## CONCLUSÃO

Em termos gerais, os resultados da inserção dos oficiais enfermeiros da PMERJ, indicam que a inserção do grupo causou forte impacto no Hospital Central da Polícia Militar, o qual foi visível por meio das mudanças que representaram efetiva contribuição, de ordem prática e, também, para o conhecimento das possibilidades e limites da atuação da equipe, na reestruturação do serviço de enfermagem, como do hospital de modo global.

As mudanças no ambiente hospitalar foram percebidas, de maneira que as lideranças perceberam o trabalho do oficial enfermeiro na instituição e, também, a necessidade de ampliação do efetivo de saúde, para atender às demandas no atendimento ao policial militar e seus dependentes, assistidos nas unidades de saúde da corporação.

Não obstante, pode-se se dizer que a entrada de oficiais enfermeiros na PMERJ, com a maioria feminina, representou a conquista de um importante espaço para a profissão. As estratégias empreendidas foram exitosas, pois os enfermeiros acumularam capital simbólico no e pelo campo, inédito para a profissão no oficialato da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abreu, M.S.A., Haddad, VC,N., Costa, L.M.C., Teixeira, K.R.B., Peres, M.A.A., & Santos, T.C.F. (2015). First officer nurses of the Military Police of the State of Rio de Janeiro (1994-1995): incorporation of military habitus. *Esc Anna Nery*. 19(4):535-41. Recuperado de [http:// dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150071](http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150071)
- Barros, J.A. (2012). Fontes Históricas: revisitando alguns aspectos primordiais para a pesquisa histórica. *Mouseion*. N° 12 maio-agosto. 129 – 159. Obtido em <https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/Mouseion/article/view/332>  
doi: <http://dx.doi.org/10.18316/332>
- Barros, J.A. (2019). *Fontes Históricas: introdução aos seus usos historiográficos*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Bittencourt, R.C., Santos, T.C.F., Abreu, M.S.A.A., Almeida-Filho, A.J., Peres, M.A.A., Aperibense PGGG. (2019). Evolução histórica da configuração da equipe de enfermagem em um hospital militar. *Rev Rene*. 20:e41557. Obtido em: [http:// dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20192041557](http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20192041557)
- Bourdieu, P. (1990). *Coisas ditas*. São Paulo: Editora Brasiliense.
- Bourdieu, P. (1999). *A economia das trocas linguísticas: o que falar quer dizer*. São Paulo: EDUSP.
- Bourdieu, P. (2004). *Usos sociais da ciência: por uma sociologia crítica do campo científico*. São Paulo: UNESP.
- Bourdieu, P. (2017). *Vocabulário Bourdieu*. Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Costa, R., Padilha, M.I.C.S., Amante, L.N., Costa, E., Bock, & L.F. (2009). O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. *Texto contexto - enferm*. 18(4): 661-669. Obtido em <https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000400007>
- Padilha, M.I.C.S. (2020). De Florence Nightingale à pandemia COVID-19: o legado que queremos. *Texto contexto - enferm*. 29: e20200327. Obtido em <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0327>

## Biografía de Taka Oguisso: referencia brasileña y mundial en Ética, Legislación e Historia de la Enfermería

**Biography of Taka Oguisso: Brazilian and world reference in Ethics, Legislation and History of Nursing**

**Biografia de Taka Oguisso: referência brasileira e mundial em Ética, Legislação e História da Enfermagem**

**Gustavo Ramos Vicentini<sup>1</sup>; Anesilda Alves de Almeida Ribeiro<sup>2</sup>; Magali Hiromi Takashi<sup>3</sup> & Genival Fernandes de Freitas<sup>4</sup>**

1. Enfermeiro. Membro do Grupo de Pesquisa “História, Bioética e Legislação em Enfermagem”. Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4709-4203>. Correo electrónico: [gustavorv@usp.br](mailto:gustavorv@usp.br).

2. Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Estudante de Doutorado. Programa de Pós-graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3947-6001>. Correo electrónico: [anesilda.almeida@gmail.com](mailto:anesilda.almeida@gmail.com).

3. Enfermeira. Doutora em Ciências. Membro do Grupo de Pesquisa “História, Bioética e Legislação em Enfermagem”. Brasil. . Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7774-7178>. Correo electrónico: [magalitik@gmail.com](mailto:magalitik@gmail.com).

4. Enfermeiro. Doutor em Ciências. Professor Titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Departamento de Orientação Profissional. Brasil. Líder do Grupo de Pesquisa “História, Bioética e Legislação em Enfermagem”. Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-4922-7858>. Correo electrónico: [genivalf@usp.br](mailto:genivalf@usp.br).

Correspondencia: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419. Bairro Cerqueira César. Departamento de Orientação Profissional. São Paulo. CEP: 05403-000 – São Paulo/SP. Brasil. Correo de contacto: [anesilda.almeida@gmail.com](mailto:anesilda.almeida@gmail.com)

Para citar este artículo: Vicentini, G. R., Ribeiro, A. A. A., Takashi, M. H. & Freitas, G. F. (2021). Biografía de Taka Oguisso: referencia brasileña y mundial en Ética, Legislación e Historia de la Enfermería. *Cultura de los Cuidados*, 25(61). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.61.07>

Recibido:01/06/2021 Aceptado: 23/08/2021



## RESUMEN

**Introducción:** Se trata de la biografía de una enfermera, abogada y sanitarista brasileña, con relevancia nacional e internacional. **Objetivo:** describir la trayectoria profesional de la Dra. Taka Oguisso, a partir de su iconografía fotográfica. **Método:** Investigación con enfoque cualitativo, histórico y biográfico. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética. Los datos se obtuvieron de entrevistas con la Dra. Taka Oguisso y fotografías de su colección personal. La metodología de Boris Kossoy para el análisis e interpretación de fuentes fotográficas guio el estudio. **Resultados:** la carrera profesional de Taka está marcada por el trabajo como enfermera asistencial y jefe del servicio de enfermería en un hospital público; profesor de bachillerato y universidad; director de la escuela privada de enfermería; asesor de la autarquía federal; investigador y escritor científico; miembro de la junta directiva de la clase de enfermería brasileña; consultor, subdirector ejecutivo y representante de una agencia internacional de enfermería. **Conclusiones:** Taka ha construido una brillante carrera en enfermería, respaldada por las virtudes heredadas de los ancestros japoneses, las habilidades lingüísticas, los conocimientos técnicos y científicos y la educación continua. Su papel en la Asociación Brasileña de Enfermería y el Consejo Internacional de Enfermeras es notorio. La historia de su vida es inspiradora. Su legado profesional se materializa en las numerosas publicaciones sobre ética, legislación e historia de la enfermería.

**Palabras clave:** Enfermería; historia de la enfermería; biografía; sociedades de enfermería; artículo histórico.

## ABSTRACT

**Introduction:** It is the biography of a Brazilian nurse, lawyer and sanitarian, with national and international prominence. **Objective:** to describe the professional trajectory of Dr. Taka Oguisso, based on her photographic iconography. **Method:** Research with a qualitative, historical and biographical approach. The project was approved by the Ethics Committee. The data were collected with interviews with the person biographed (Dra. Taka Oguisso), also using photographs belonging to her personal collection as sources. The analysis and interpretation methodology of photographic sources, by Boris Kossoy, guided the study. **Results:** Taka's professional career is marked by work as a nurse and head of the nursing service in a government hospital; high school and university teacher; director of private nursing school; advisor to federal autarchy; researcher and scientific writer; member of the board of directors of Brazilian nursing class; consultant, deputy executive director and representative of an international nursing agency. **Conclusions:** Taka has built a brilliant career in nursing, supported by virtues inherited from Japanese ancestors, language skills, technical and scientific knowledge and continuing education. Her role is notorious in the Brazilian Nursing Association and in the International Council of Nurses. Her life story is inspiring. Her professional legacy is materialized in the numerous publications on ethics, legislation and history of nursing.

**Keywords:** Nursing; nursing history; biography; nursing societies; historical article.

## RESUMO

**Introdução:** Trata-se da biografia de uma enfermeira, advogada e sanitarista brasileira, com destaque nacional e internacional. **Objetivo:** descrever a trajetória profissional da Dra. Taka Oguisso, a partir de sua iconografia fotográfica. **Método:** Pesquisa de abordagem qualitativa, histórica e biográfica. O projeto foi aprovado por Comitê de Ética. Os dados foram coletados de entrevistas com a biografada e de fotografias do seu acervo. A metodologia de análise e interpretação das fontes fotográficas, de Boris Kossoy, guiou o estudo. **Resultados:** A trajetória profissional de Taka é marcada pelo trabalho como enfermeira assistencial e chefe do serviço de enfermagem em hospital governamental; professora de nível médio e superior; diretora de escola de enfermagem privada; assessora de autarquia federal; pesquisadora e escritora científica; membro da diretoria de entidade de classe da enfermagem brasileira; consultora, diretora executiva adjunta e representante de órgão internacional da enfermagem. **Conclusões:** Taka construiu uma carreira brilhante na enfermagem, sustentada pelas virtudes herdadas dos ancestrais japoneses, habilidades linguísticas, conhecimento técnico e científico e educação continuada. É notório seu protagonismo na Associação Brasileira de Enfermagem e no Conselho Internacional de Enfermeiras. Sua história de vida é inspiradora. Seu legado profissional está materializado nas inúmeras publicações sobre ética, legislação e história da enfermagem.

**Palavras-chave:** Enfermagem; história da enfermagem; biografia; sociedades de enfermagem; artigo histórico.

## INTRODUÇÃO

A biografia, enquanto narrativa que conta a história de vida de alguém, é um gênero textual muito difundido. Dados sobre a trajetória e realizações profissionais de enfermeiros líderes têm alimento à pesquisa em história da enfermagem, especificamente, as de abordagem biográfica. A publicidade da biografia científica contribui para a criação e valorização da identidade profissional (Padilha, Nelson, Borenstein, 2011) e possibilita olhar sobre o passado e perceber que os caminhos trilhados pelos antecessores foram essenciais no desenvolvimento da profissão (Pereira, Dantas, Oliveira, Padilha, Teodósio, 2019).

A compreensão da importância da biografia na enfermagem tem despertado o interesse de pesquisadores internacionais. A literatura da enfermagem contempla a biografia de figuras notáveis, cuja publicação pode ser individual ou coletiva. São exemplos de biografias coletivas as obras *Oxford Dictionary of National Biography*, *American National Biography*, *Dictionary of Canadian Biography* e *Diccionario Biográfico Español*. Os referidos léxicos trazem biografias diversificadas, inclusive de profissionais de enfermagem do período pré-profissional e profissional.

O gênero biográfico foi assimilado no Brasil por pesquisadores da história da enfermagem. Dentre as enfermeiras biografadas estão Rachel Haddock Lobo (Almeida, Freitas, Oguisso, 2020), Edith de Magalhães Fraenkel (Mancia, Padilha, 2006), Maria Rosa Sousa Pinheiro (Oguisso, 2003), Anayde Corrêa de Carvalho (Oguisso, Campos, Santiago, Luchesi,

2013), Irmã Maria Tereza Notarnicola (Takashi, Freitas, Oguisso, 2020) e Glete de Alcântara (Luchesi, Santiago, Oguisso, 2019).

Nessa direção, emerge a proposta da presente pesquisa que se propõe a estudar a biografia da doutora Taka Oguisso, enfermeira, advogada e sanitária brasileira. É notável seu protagonismo na Enfermagem brasileira e mundial. Sua atuação engloba a assistência hospitalar, área técnica na enfermagem, administração e gerenciamento, educação e pesquisa, liderança de entidade de classe da enfermagem brasileira e mundial, produção de conhecimento sobre a ciência da enfermagem e o exercício profissional. A trajetória de vida profissional de Taka Oguisso é composta por fatos de valor elevado para a História da Enfermagem. Por isso, sua biografia merece ser registrada e divulgada.

Objetivo: narrar a trajetória profissional da Dra. Taka Oguisso, a partir de sua iconografia fotográfica.

## **MÉTODO**

Pesquisa de abordagem qualitativa, histórica e biográfica. Os dados foram coletados, em 2020, por meio de entrevistas com a Dra. Taka Oguisso (Oguisso, 2020) e fotografias do seu acervo pessoal. Foram realizadas várias entrevistas. A primeira entrevista ocorreu de forma presencial. Neste contato houve a seleção das fotografias e tomada de conhecimento dos fatos relevantes da linha do tempo da participante, desde o nascimento até a atualidade.

As demais entrevistas ocorreram via remota, devido a pandemia de COVID-19, por mensagem de texto e ligação celular, nas quais foram coletados os dados sobre o conteúdo das fotografias. Serviram de guia as seguintes perguntas norteadoras: Quem são as personagens retratadas? Quais são suas histórias pessoais? Quais as relações estabelecidas entre elas? Que tipo de evento foi registrado? Quando e onde foi tirada a fotografia? O motivo do registro fotográfico? Qual o contexto histórico no entorno da cena no momento da captura da imagem?

Os dados foram registrados em bloco de notas, digitados e salvos em arquivo de texto. Posteriormente, foram tratados pela metodologia de análise e interpretação das fontes fotográficas, proposta pelo teórico e historiador de fotografia Boris Kossoy (Kossoy, 2004).

A metodologia é composta por duas fases. A primeira, denominada análise iconográfica, situa no nível da imagem. Ela contempla a descrição detalhada e a análise dos dados concretos relacionados ao documento analisado. A segunda fase, denominada interpretação iconológica, se desenvolve no âmbito das ideias, das mentalidades. O pesquisador precisa assimilar o conhecimento sobre o contexto histórico retratado para refletir, a partir da fotografia, indo além do documento visível, ou seja, da evidência documental. Ao final da investigação, chega-se a apreensão das informações contidas na fotografia. A materialização da análise dá origem a uma



narrativa histórica sobre o tema e o contexto no momento congelado no plano da fotografia estudada (Kossoy, 2004).

As fotografias, por serem originais, atribuíram veracidade ao estudo. A entrevista, por se tratar de fonte primária de dados, conferiu validade e autenticidade ao estudo. A pesquisa seguiu os princípios éticos da Resolução nº 466/2012, do Ministério da Saúde. O projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. A participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Cessão de Direitos de Uso das Imagens.

## RESULTADOS

Taka é filha dos imigrantes japoneses Yoshio e Guim Oguisso. O pai era médico diplomado no Japão, com especialização em odontologia. O casal veio para o Brasil em 1933, junto com o filho Sadao e a filha Keiko. No país eles tiveram mais duas meninas. Taka nasceu no dia 25 de setembro de 1938, em Londrina, estado do Paraná, na região sul do país. Ela iniciou os estudos no Grupo Escolar Hugo Simas e frequentou uma escola dominical com conteúdo em japonês, para o aprendizado da cultura e das tradições japonesas. Em 1950, a família mudou para São Paulo. Taka fez o curso ginásial, no Instituto de Educação Caetano de Campos, na Praça da República (Oguisso, 2020).

Em 1955, Taka ingressou na Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha Brasileira, filial do Estado de São Paulo (CVB-FESP), sem ter realizado o ensino médio, pois a legislação da época permitia. A escolha profissional surgiu das histórias contadas pela irmã Keiko. Taka se destacou nos estudos e ao final do primeiro ano foi indicada pela direção da Escola para receber a Lâmpada da Enfermagem na solenidade de Colação de Grau dos formandos da turma de 1955, da qual a irmã fazia parte. Após três anos de curso, na própria formatura, Taka entregou a Lâmpada da Enfermagem para uma caloura (Oguisso, 2018).

A primeira fotografia (Figura 1) evidencia o encontro de um grupo de alunas e professoras da CVB-FESP com o Governador do Estado de São Paulo, Jânio da Silva Quadros. A fotografia foi tirada em 1956, no gabinete do governador. Na imagem, da esquerda para direita estão as seguintes personagens femininas Vera Ligia de Castilho, Taka Oguisso, Elfriede Mess, Jandira Ohara, Sadako Isiama e Marília Largura (Oguisso, 2018).

**FIGURA 1. Taka Oguisso com o governador Jânio Quadros. São Paulo, 1956**



Fonte: Acervo pessoal de Taka Oguisso

O encontro foi motivado pela entrega de um ofício, redigido por Taka Oguisso, secretária do Centro Acadêmico, com as reivindicações das alunas de adequação no vestiário do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP). O governador acolheu o ofício e o encaminhou ao hospital para as devidas providências. O pedido foi atendido, mas rendeu uma advertência verbal dada pelo então superintendente Dr. Enéas de Carvalho Aguiar (Oguisso, 2020).

A imagem mostra o detalhe do uniforme das alunas. Em tom escuro e semelhante à vestimenta militar, a vestimenta é composta por quepe, camisa branca, gravata, luva branca, bolsa, faixa transversal e cinto de couro. O brasão da Cruz Vermelha, na cor branca e em formato arredondado, sobre o qual se encontra uma cruz vermelha bordada ao centro, está visível na manga esquerda do casaco. Este símbolo é característico da identidade desta instituição humanitária, de âmbito mundial, cuja missão é minimizar o sofrimento humano (Mott, Tsunehiro, 2002).

A segunda fotografia (Figura 2) foi tirada, em dezembro de 1958, na cerimônia de formatura, no ato da Colação de Grau. O evento tem sua importância revelada pela presença de grande público e de fotógrafos profissionais. Em destaque está a formanda Taka Oguisso recebendo o diploma de enfermeira das mãos de Isabel Withers Gomm, então diretora da Cruz Vermelha e esposa do cônsul inglês no Brasil senhor Henry Gomm (Oguisso, 2020).

**FIGURA 2. Taka Oguisso e Isabel Withers Gomm. São Paulo, 1958**



Fonte: Acervo pessoal de Taka Oguisso

Taka, na época com vinte anos, está usando traje cerimonial, composto de vestido branco de manga longa e capa azul marinho. A capa era elemento de distinção das enfermeiras diplomadas e simbolizava a capacidade plena da enfermeira de servir à humanidade. Como acessório de cabeça ela usa véu de seda azul marinho, com uma faixa de linho branco com a cruz vermelha bordada ao centro. O véu utilizado pelas enfermeiras da CV dava visibilidade ao símbolo da instituição (Mott, Tsunehiro, 2002).

Taka não se casou nem teve filhos. Sua vida é inteiramente dedicada à Enfermagem. A carreira profissional, como enfermeira assistencial, começou em janeiro de 1959, no HCFMUSP, mesma instituição onde ela fez estágio e a irmã trabalhava como enfermeira chefe do Pronto Socorro. Ela trabalhou em quase todas as unidades do hospital, cobrindo a escala de férias e folgas das enfermeiras, obtendo conhecimento de toda a dinâmica da instituição. Paralelamente, ela fez o ensino médio para preencher a lacuna nos estudos. Dois anos e meio depois, Taka pediu exoneração do cargo no hospital para perseguir um sonho alimentado desde a infância - ser professora. Entre 1961 e 1963, ela trabalhou na Escola de Enfermagem Job Lane (EEJL), do Hospital Samaritano (HS), como professora e supervisora de estágios, nos cursos de auxiliar e de graduação em enfermagem (Oguisso, 2020).

A fotografia (Figura 3) mostra Taka durante a cerimônia de formatura do Curso de Auxiliar de Enfermagem, na EEJL, recebendo um ramalhete de flores de uma das formandas.

**FIGURA 3. Taka Oguisso e uma auxiliar de enfermagem. São Paulo, 1961**



Fonte: Acervo pessoal de Taka Oguisso

O destaque da imagem é a vestimenta das personagens. Taka está elegantemente vestida num traje social especial. A formanda usa vestido com gola, manga curta, fechado na frente com botões e a touca como acessório de cabeça. Trata-se de um modelo usado pelos profissionais de enfermagem de nível médio. Embora fosse branco, este traje cerimonial difere do usado pelas enfermeiras, que era composto também pela capa e o broche da escola (Oguisso, 2020).

A quarta fotografia (Figura 4) retrata a cerimônia de formatura do curso de graduação em enfermagem da EEJL. Taka está em pé, vestindo traje social, lendo o discurso de paraninfa para a turma de formandos.

**FIGURA 4. Taka Oguisso e diretores da EEJL e HS. São Paulo, 1962**



Fonte: Acervo pessoal de Taka Oguisso

Compõem a imagem, médicos do corpo clínico e da diretoria do Hospital Samaritano, dentre os quais se destacam a presença de duas enfermeiras ligadas a EEJL e à EEUSP. À esquerda vê-se a professora Moema Guedes Barbato. Ao centro, a diretora Zaira Bittencourt, egressa da primeira turma e membro do grupo de professoras pioneiras da EEUSP.

Em 1963, Taka pediu demissão da Escola Job Lane e voltou a trabalhar como enfermeira assistencial, só que em outro hospital - o Hospital Brigadeiro. A admissão se deu por meio de concurso público federal. O referido hospital era governamental e pertencia ao Instituto de Aposentadoria e Previdenciário dos Comerciantes (IAPC). Em 1964, ela passou para o serviço noturno, pois havia ingressado no curso de pós-graduação da EEUSP (Oguisso, 2018).

Em 1965, concomitante ao serviço público, Taka retornou para a EEJL, atuando como professora e depois como diretora. Em 1968, ela pediu demissão e se desligou, definitivamente, da escola e do Hospital Samaritano (Oguisso, 2018).

Em 1966, Taka foi transferida para a administração do IAPC. No final de 1967, ela foi nomeada Assessora de Enfermagem, em nível federal, para atuar na unificação dos serviços de enfermagem dos sete institutos de aposentadorias do governo brasileiro, devido à fusão e criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Diante da dificuldade em compreender a terminologia jurídica dos processos administrativos, ela voltou a estudar (Oguisso, 2018).

Em 1968, Taka ingressou no curso de Direito, na Faculdade de Direito das Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU). Em 1972, recebeu o diploma de advogada. No ano seguinte, fez o curso de especialização em Direito do Trabalho. Enquanto advogada, registrada na Ordem dos Advogados do Brasil, ela atua na área desde a diplomação (Oguisso, 2018).

Como enfermeira do corpo técnico federal e advogada, Taka desenvolveu atividades importantes no INPS. Em 1975, ela trabalhou para o Ministério do Trabalho e Previdência Social, na descrição das atribuições do pessoal do setor de saúde, para a Classificação Brasileira Uniforme de Ocupações, em razão do acordo firmado entre a Organização Internacional do Trabalho e o governo brasileiro. Ela ajudou a elaborar a descrição de atribuições das profissões e especialidades da enfermagem e da medicina. Em 1980, ela voltou a atuar no Hospital Brigadeiro como Diretora do Departamento de Enfermagem. No final de 1989, ela se aposentou do serviço público federal (Oguisso, 2018).

Em 1973, Taka ingressou na EEUSP como professora-assistente, em regime de tempo parcial de doze horas semanais, sendo a responsável pela disciplina de História da Enfermagem. Sua efetivação, como servidora pública estadual, ocorreu em 1976, após aprovação em concurso público. Em 1977, a pedido da direção geral do INPS do Rio de Janeiro, a EEUSP concedeu afastamento para Taka se dedicar à implantação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (Oguisso, 2018).

No início da década de 1970, a USP começou a exigir a titulação para os professores universitários. O título de doutor era condição de permanência no quadro de docentes. Como na USP não havia o curso de doutorado em enfermagem, Taka foi para o Rio de Janeiro para obter a qualificação exigida. Ela desejava ascender na carreira acadêmica (Oguisso, 2018).

A sexta fotografia (Figura 6) mostra Taka Oguisso na Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), no dia em que ela defendeu a tese “Aspectos legais da anotação de enfermagem no prontuário do paciente” e obteve os títulos de Doutor e de Professora Livre-docente de Enfermagem da EEAN.

**FIGURA 6. Taka Oguisso na Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, 1975**



Fonte: Acervo pessoal de Taka Oguisso

Apesar do título de doutor, emitido pela EEAN, ser autêntico e legítimo, a USP não o reconheceu, mediante argumento baseado na autonomia universitária. Diante do fato, Taka fez o curso integral e o doutorado em Saúde Pública, na USP. Em 1984, Taka Oguisso recebeu o título Doutor em Saúde Pública, pela Faculdade de Saúde Pública da USP. O título lhe deu oportunidade de trabalhar também como professora na Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro, na disciplina: Organização da Assistência Médica (Oguisso, 2018).

Entre 1985 e 1986, Taka fez pós-doutorado nos Estados Unidos, no *Teachers College, na Universidade de Columbia*, em Nova York, como bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e da Fundação Fulbright. Em 1987, ela prestou concurso e obteve o título de Professora Livre-docente de Enfermagem da EEUSP, defendendo a tese “Perfil do enfermeiro de unidades ambulatoriais do INAMPS no Brasil”. Na construção de sua tese, Taka se valeu do conhecimento de Direito, do saber técnico-científico de enfermagem e da experiência no exercício do cargo junto ao serviço público federal (Oguisso, 2018).

A sétima fotografia (Figura 7) mostra Taka no ambiente físico da EEUSP. A fotografia foi tirada pouco tempo antes do isolamento social imposto pela pandemia de COVID-19. Ao lado de Taka está um dos integrantes do Grupo de Pesquisa “História, Bioética e Legislação da Enfermagem”, da EEUSP. O grupo foi criado por Taka Oguisso em 1997 e congrega alunos de graduação e pós-graduação e pesquisadores interessados em aprofundar a análise de questões bioética, legal e histórica do exercício da enfermagem. Os membros do referido grupo desenvolvem projetos de pesquisa individual e coletiva, participam de eventos e publicam artigos científicos e capítulos de livro, para compartilhar o conhecimento produzido e contribuir para a divulgação do grupo e da EEUSP (Oguisso, 2020).

**Figura 7 – Taka Oguisso e Gustavo Ramos Vicentini. São Paulo, 2020**



Fonte: Arquivo pessoal de Gustavo Ramos Vicentini.

A imagem retrata o cenário universitário que fez parte da carreira acadêmica de Taka entre 1973 e 2008. Ela trabalhou no Departamento de Orientação Profissional (ENO) e atuou no Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem (PPGEN). Desse período, ela guarda boas lembranças dos alunos, das oportunidades que teve, da vivência de experiências que lhe deu muito orgulho e que contribuíram para seu progresso profissional. A EEUSP foi para Taka Oguisso um palco onde ocorreram inúmeras produções científicas, discussões calorosas, violências simbólicas, aprendizados e ensinamentos compartilhados (Oguisso, 2020).

Em julho de 1987, Taka solicitou licença prêmio no serviço público federal, no INPS, e afastamento sem vencimentos do serviço público estadual, na EEUSP, mediante aprovação da direção da escola e do reitor da USP. O motivo do afastamento foi o aceite do convite para atuar em carreira internacional, junto ao Conselho Internacional de Enfermeiras (*International Council of Nurses - ICN*), em Genebra, Suíça. O ICN é o órgão de representação da Enfermagem mundial, do qual fazem parte associações nacionais de mais de 130 países. O conselho trabalha em parceria com a *United Nations* e a *World Health Organization (WHO)*. Taka trabalhou lá por mais de dez anos (Oguisso, 2018).

Taka foi indicada para trabalhar no ICN, por Nelly Garzón Alarcón, representante do ICN. Durante visita oficial ao Brasil, a convite da presidente da Associação Brasileira de Enfermagem/ABEn-Nacional, Nelly mencionou que procurava uma enfermeira da América Latina para trabalhar como enfermeira consultora, em substituição à chilena Doris Krebs, que havia se aposentado. Nelly Garzón foi informada dos trabalhos desenvolvidos por Taka, suas habilidades e qualificações, e julgou serem suficientes. A entrevista, com o convite formal de trabalho, ocorreu de forma presencial, no dia 6 de dezembro de 1986, na sede do ICN, e foi conduzida por Constance Holleran, então diretora executiva do órgão (Oguisso, 2020).

Para a ABEn-Nacional e a EEUSP foi uma grande honra ter uma enfermeira brasileira trabalhando no histórico, importante e maior órgão de representação da enfermagem. O trabalho de Taka no ICN deu visibilidade e projeção internacional à enfermagem brasileira. Até o momento, Taka Oguisso é única enfermeira brasileira a ocupar um cargo efetivo no referido órgão (Oguisso, 2018).

No ICN, Taka ficou responsável pela pauta da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e representação oficial da Divisão de Saúde Mental da WHO. Ela ficou responsável pelas organizações de Enfermagem de todos os países da América Latina, dos Países Bálticos, Japão e os cinco países africanos de língua portuguesa (Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe). Ela realizou seminários internacionais sobre regulamentação profissional e outros temas da Enfermagem (Oguisso, 2020).



Durante os anos de 1987 e 1997, mesmo trabalhando no ICN, Taka manteve as atividades na pós-graduação da EEUSP, realizadas bienalmente, de forma presencial, durante as férias e com despesas pagas com recurso pessoal. Em 1991, quando estava em trabalho no Brasil, ela prestou concurso público e obteve o título de Professora Titular da EEUSP (Oguisso, 2018).

A oitava fotografia analisada (Figura 8) foi tirada em 1996, durante reunião formal de trabalho de Taka Oguisso - diretora executiva adjunta do ICN - e o Dr. Adib Jatene - Ministro da Saúde do Brasil. Na reunião eles discutiram as propostas do governo brasileiro em relação aos níveis de Saúde Pública e os planos de melhoramento. Taka e Adib Jatene já se conheciam, pois haviam trabalhado juntos no HCFMUSP (Oguisso, 2020).

O encontro de Taka e Jatene ocorreu em Brasília, na sede da ABEn-Nacional e com a presença da presidente da entidade Maria Goretti David Lopes. A relação de Taka com a ABEn é longa. Ela é abenista desde o período de graduação. Entre 1980 e 1984, ela foi presidente da ABEn-São Paulo, período em que realizou o 35º CBEn, com o tema “O que a enfermagem pode fazer por você e pelo Brasil” e a presença de quatro mil participantes (Oguisso, 2020).

FIGURA 8. Taka Oguisso e Adib Jatene. Brasília, 1996



Fonte: Acervo pessoal de Taka Oguisso

Na ABEn-Nacional, Taka foi Primeira Tesoureira (1972-1980), tendo participado da revisão do Código de Ética da ABEn e acompanhado a posse dos membros da primeira diretoria do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Neste período, ela conheceu as principais lideranças da enfermagem brasileira. Em 1977, ela representou a ABEn-Nacional no Congresso Quadrienal de Enfermagem, promovido pelo ICN, em Tóquio, Japão. A experiência adquirida na ABEn-São Paulo e ABEn-Nacional ajudou Taka a entender os meandros de uma organização associativa e foi essencial no trabalho no ICN (Oguisso, 2020).

Taka Oguisso representou o ICN em visita como consultora de enfermagem em países da Oceania, África, Ásia, Europa, América do Norte e América Latina. Antes das viagens, ela se informava sobre o sistema político, econômico, de saúde pública e a situação da enfermagem, pois fazia parte da missão se comunicar com as autoridades locais. Durante as visitas, ela se reunia com o ministro da saúde, lideranças da enfermagem, professores, alunos e enfermeiros assistenciais. Nos diversos contextos visitados, ela viu condições piores às da enfermagem brasileira, mas, também enfermagem em grande progresso. O que mais chamou sua atenção foi a grande liderança dos enfermeiros de Angola (Oguisso, 2020).

Taka Oguisso é fluente em cinco idiomas: inglês, francês, espanhol, português e japonês. Os membros da Associação Japonesa de Enfermagem e dos países africanos de língua portuguesa manifestavam muita satisfação por se comunicar com o ICN em seus próprios idiomas. Para o ICN também foi muito importante ter uma enfermeira consultora poliglota. Da carreira internacional, Taka guarda boas recordações e sólidas amizades com colegas de trabalho no ICN, líderes mundiais da enfermagem e enfermeiros de associações e colegiados de vários países (Oguisso, 2018).

A fotografia (Figura 9) traz a evidência da relação de uma amizade emergida da carreira internacional de Taka. O contexto da imagem é a visita de cortesia da diretora executiva do ICN, Constance Holleran, à amiga brasileira (Oguisso, 2020).

A fotografia foi tirada em Foz do Iguaçu, cidade do Paraná, estado onde Taka Oguisso nasceu. O cenário é um famoso centro turístico brasileiro, as Cataratas do Iguaçu, uma das sete maravilhas do mundo moderno e local muito apreciado por visitantes estrangeiros. Ao fundo vemos parte das inúmeras quedas naturais que fascinam os turistas pelo grande volume de água que corre pela geografia acidentada, ladeadas pelo verde da Mata Atlântica.

**FIGURA 9. Taka Oguisso e Constance Holleran. Paraná, Brasil**



Fonte: Acervo pessoal de Taka Oguisso

Em janeiro de 1998, após encerrar a carreira internacional, Taka Oguisso regressou ao Brasil e reassumiu o cargo na EEUSP. Em setembro de 2008, ela se aposentou, mas continuou participando, como voluntária, na formação de novos pesquisadores. Ela, também, ajudou na criação da Federação Ibero-Americana de História da Enfermagem e da Academia Brasileira de História da Enfermagem, entidades de fortalecimento da especialidade de História da Enfermagem e da Identidade Profissional de Enfermagem (Oguisso, 2020).

Taka Oguisso encerrou as atividades que desenvolvia na EEUSP, definitivamente, em 2013. Desde 2017, ela colabora com uma colega alemã – Christine Auer – na escrita da biografia de enfermeiras brasileiras, para publicação no *Biographische Lexikon zur Pflegeschichte* – um dicionário biográfico alemão sobre enfermeiros de todo o mundo que se destacam na profissão. Com esse trabalho, Taka contribui para divulgar a história de vida de enfermeiras brasileiras. Taka ainda integra o conselho consultivo internacional do *Japan Journal of Nursing Science* (D’Antonio, 2009, Oguisso, 2020).

## CONCLUSÃO

A trajetória profissional da Dra. Taka Oguisso é intensa e diversificada. Ela se destacou em várias dimensões do papel profissional, na liderança da enfermagem brasileira e mundial, na pesquisa e produção de conhecimento científico. Taka participou de inúmeros eventos no Brasil e exterior, e publicou centenas de artigos de revistas e dezenas de livros e capítulos de livros, sobre ética, legislação e história da enfermagem.

A Dra. Taka Oguisso foi indicada, por mérito, para trabalhar no ICN devido ao vasto conhecimento técnico, científico e ético, experiência na gestão de entidades de classe da enfermagem e habilidades linguísticas. A atuação como enfermeira consultora, representante e diretora executiva adjunta do ICN, de 1987 a 1997, possibilitou a ela entrar em contato com a liderança da Enfermagem em dezenas de países.

Como docente do ensino superior, Taka compartilhou com seus alunos experiências profissionais vividas nas diversas funções que desempenhou no setor público federal e estadual, no ambiente público e privado de ensino e assistência. Ela galgou todos os degraus da carreira acadêmica universitária até chegar ao topo, como Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Mesmo aposentada, Taka continua trabalhando para e pela enfermagem, participando de entrevistas, Lives, eventos e encontro científicos.

A Dra. Taka Oguisso estudou muito e trabalhou muito para chegar aonde chegou. Ela soube trilhar o bom caminho da enfermagem e construiu uma carreira brilhante. São muitas as contribuições deixadas para o desenvolvimento e consolidação da profissão de enfermagem, no Brasil e no mundo. Sua trajetória é extremamente relevante, embora pouco conhecida. Ela tem uma participação importante na construção da história recente da enfermagem brasileira. Ela é a enfermeira brasileira com maior projeção internacional.

Entrevistar a Dra. Taka Oguisso foi um prazer e um privilégio. Ela é culta, inteligente, simpática e acessível. Sua trajetória de vida deixa claro que o exercício profissional de enfermagem não tem barreiras geográficas, sendo possível aos enfermeiros ultrapassar os limites da terra natal para exercer essa nobilíssima carreira, dentro da Enfermagem. Para tanto, é necessário amor pela profissão, domínio de idiomas internacionais, responsabilidade, comprometimento, dedicação e aperfeiçoamento profissional contínuo.

A biografia da Dra. Taka Oguisso revela a personalidade desta enfermeira singular que herdou dos pais as virtudes da sabedoria, disciplina, coragem e honestidade. Dentre as qualidades pessoais se destacam a valorização da educação, espírito de liderança, liberdade para viver os ideais e zelo em fazer o melhor possível em cada situação da vida. Sua trajetória serve de inspiração e de modelo de vida profissional para as novas gerações de enfermeiros, brasileiros e estrangeiros que almejam ascender na carreira profissional.

## BIBLIOGRAFÍA

- Almeida, A. A., Freitas, G. F., & Oguisso, T. Rachel Haddock Lobo - 1891-1933 (2020). En Hubert Kolling (Hrsg.), *Biographische Lexikon zur Pflegeschichte* “who was who in Nursing history” Band 9 (pp. 59-62). Hugen, Seiten, broschiert Alemanha: Verlag hpsmedia.

- D’Antonio, P. (2009). Thinking about place: researching and reading the global history of nursing. *Texto Contexto Enferm.* 18(4),766-772. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000400019>
- Kossoy, B. (2004). Construção e desmontagem da informação fotográfica: teoria e história. *Rev USP.* (62),224-232. Recuperado de <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/13356/15174>
- Luchesi, L.B., Santiago, E.S., y Oguisso, T. (2019). Glete de Alcântara: legado centenario de la enfermería brasileña. *Cultura de los cuidados* (Edición digital). 23(53),97-108. Recuperado de [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/91756/1/CultCuid\\_53-97-108.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/91756/1/CultCuid_53-97-108.pdf)
- Mancia, J. R., & Padilha, M. I. C. S. (2006). Trajetória de Edith Magalhães Fraenkel. *Rev Bras Enferm.* 59(esp),432-437. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000700009>
- Mott, M. L., & Tsunechiro, M. A. (2002). Os cursos de enfermagem da cruz vermelha brasileira e o início da enfermagem profissional no Brasil. *Rev Bras Enferm.* 55(5),592-599. <https://www.scielo.br/pdf/reben/v55n5/v55n5a18.pdf>
- Oguisso, T. (2018). *A saga de um patriarca guerreiro: excerto da história da imigração japonesa no Brasil.* São Paulo: Manole.
- Oguisso, T. (2020). *História de vida de Taka Oguisso.* Entrevista concedida a Gustavo Ramos Vicentini. São Paulo, SP, Brasil.
- Oguisso, T., Campos, P.F.S., Santiago, E.S., & Luchesi, L.B. (2013). Anayde Corrêa de Carvalho: legado histórico para a enfermagem brasileira. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital). 17(37),30-41. <http://www.index-f.com/cultura/37pdf/37-030.pdf>
- Oguisso, T. (2003). Maria Rosa Sousa Pinheiro: a grande líder da enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 56(1),76-78. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000100016>
- Pereira, F. D. O. Dantas, R. B., Oliveira, D. R. C. , Padilha, M. I., & Teodósio, S., S., S. (2019). Biografias de enfermeiras brasileiras: constructos da identidade da profissão. *Hist enferm Rev eletronica.* 10(2),23-34. Recuperado de <http://here.abennacional.org.br/here/v10/n2/a2.pdf>
- Takashi, M. H., Freitas, G. G., & Oguisso, T. Maria Teresa Notarnicola. (2020). En Hubert Kolling (Hrsg.), *Biographische Lexikon zur Pflegeschichte “who was who in Nursing history “ Band 9* (pp. 139-41). Hugen, Seiten, broschiert Alemanha: Verlag hpsmedia.

## El enfermo mental en el Hospital de Nuestra Señora de Gracia en el siglo XV

The mentally ill in the Hospital de Nuestra Señora de Gracia in the fifteenth century

Os doentes mentais no Hospital de Nuestra Señora de Gracia no século XV

Alfonso Fernández Vázquez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Graduado en Enfermería por la Universidad de Salamanca. Lugar de trabajo:

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Orcid:

<https://orcid.org/0000-0002-5479-6433>. Correo electrónico:

[alfonso.fernandez.vazquez.afv@gmail.com](mailto:alfonso.fernandez.vazquez.afv@gmail.com)

Correspondencia: Rúa da Fieira Nº1 4ºD - Bertamiráns (A Coruña) CP: 15220.

Para citar este artículo: Fernández Vázquez, A. (2021). El enfermo mental en el Hospital de Nuestra Señora de Gracia en el siglo XV. *Cultura de los Cuidados*, 25(61).

Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.61.08>

Recibido:03/06/2021 Aceptado: 21/08/2021



### RESUMEN

Objetivos: describir la fundación, organización y funcionamiento del Hospital de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza en el siglo XV, y su relevancia histórica en la atención del enfermo mental desde un planteamiento interdisciplinar. Método: se buscaron artículos científicos y otros documentos en varias bases de datos. Tras el análisis y filtrado de los resultados, se consultaron las referencias bibliográficas de los documentos seleccionados. Resultados: el hospital se fundó en 1425 y la atención sanitaria era universal. Era asimétrico e irregular, debido a la adaptación de los edificios ya existentes, con numerosas estancias. Las Ordenaciones de 1496 describen el rol del “enfermero mayor” y la “mujer enfermera”. No hay registro de que se realizase terapia ocupacional en el siglo XV en la institución. Conclusiones: el edificio no sigue el diseño arquitectónico predominante de aquella época, ni segrega al demente del resto de pacientes. Se consideraba fundamental la atención alimentaria e higiene de todos los pacientes para su recuperación. A pesar de no haber registro de cuidados psiquiátricos específicos, es razonable

pensar que los dementes realizaran labores de mantenimiento y agricultura en el hospital durante el siglo XV, aunque con fines productivos más que terapéuticos.

**Palabras clave:** Historia de la enfermería; Hospital de Nuestra Señora de Gracia, siglo XV, enfermo mental, terapia ocupacional, enfermería.

## ABSTRACT

**Objectives:** to describe the foundation, organization and operation of the Hospital de Nuestra Señora de Gracia in Zaragoza in the 15th century and its historical relevance in the care of the mentally ill from an interdisciplinary approach. **Method:** scientific articles and other documents were searched in various databases. After analyzing and filtering the results, the bibliographic references of the selected documents were consulted. **Results:** the hospital it was founded in 1425 and all were treated healthily. It was asymmetrical and irregular, due to the adaptation of the existing buildings, with numerous rooms. The Ordinations of 1496 describe the role of the “enfermero mayor” and the “mujer enfermera”. There is no record of occupational therapy being performed in the 15th century at the institution. **Conclusions:** the building does not follow the predominant architectural design of that time, nor does it segregate the mental patients from the rest of the people. Feeding and hygiene care was considered essential for the recovery of all patients. Despite the absence of a record of specific psychiatric care, it is reasonable to think that the insane made different tasks in the hospital during the 15th century, although for productive rather than therapeutic purposes.

**Keywords:** Nursing history; Hospital de Nuestra Señora de Gracia, 15th century, mentally ill, occupational therapy.

## RESUMO

**Objetivos:** descrever a fundação, organização e funcionamento do Hospital de Nuestra Señora de Gracia em Saragoça no século XV e a sua relevância histórica no cuidado dos doentes mentais a partir de uma abordagem interdisciplinar. **Método:** artigos e outros documentos relacionados foram pesquisados em várias bases de dados. Após análise e filtragem, foram consultadas as referências bibliográficas dos documentos selecionados. **Resultados:** o hospital foi fundado em 1425 e os cuidados de saúde eram universais. Era assimétrico e irregular, devido à adaptação dos edifícios existentes, com inúmeras divisões. As Ordenações de 1496 descrevem o papel do “enfermero mayor” e da “mujer enfermera”. Não há registro de terapia ocupacional realizada no século 15 na instituição. **Conclusões:** o edifício não segue o projeto arquitetônico predominante da época, nem separa os loucos do resto dos pacientes. Os cuidados alimentares e de higiene de todos os pacientes foram considerados essenciais para a sua recuperação. Apesar da ausência de registro de atendimento psiquiátrico específico, é razoável pensar que os loucos realizavam manutenção e agricultura no hospital durante o século XV, embora com fins produtivos e não terapêuticos.

**Palavras chave:** História de la enfermería; Hospital de Nuestra Señora de Gracia; século XV; doente mental; terapia ocupacional; Pinel.

## INTRODUCCIÓN

Desde la perspectiva del paradigma teológico en salud mental, la locura se presenta bajo una concepción mágica, asociada a posesiones demoníacas, hechicería, y lo sobrenatural, patrón dominante durante el Medievo (Siles, 2016). Sin embargo, autores como González Duro (1994) afirman que la existencia de casas de locos u hospitales generales con departamentos específicos para dementes durante la Edad Media en la Península Ibérica, muestra que la locura se concebía como un padecimiento susceptible de recibir tratamiento médico para ser curado.

La concepción de la locura en la corona aragonesa de la Baja Edad Media no puede ser abordada exclusivamente desde un único vértice – como la visión espiritual cristiana –, pues omitir los factores políticos y sociales, el pensamiento científico existente, o la influencia islámica sería cometer un craso error. Por ejemplo, a pesar de la conquista de Zaragoza en 1118, el control de la región durante cuatro siglos por los musulmanes dejó una profunda huella en la población aragonesa cristiana, además de que ambas civilizaciones continuaron conviviendo durante todo el Medievo<sup>1</sup> (Viguera, 1995; Corral, 1998). El análisis de esta temática deber realizarse de forma exhaustiva, sin prescindir de los múltiples factores que confeccionaban el complejo tejido existente en el territorio peninsular. Estos factores enriquecieron la perspectiva del loco, diferenciándola de otros países vecinos, y que a continuación se exponen brevemente.

Desde el prisma religioso, la sociedad islámica concebía la locura como la posesión por espíritus o criaturas mágicas, como genios (*djinn* o *jinn*) que dominan los actos de aquellos inocentes a los que poseían (Rodríguez, 2002; Fernández-Vázquez y Mañá, 2016). Los enfermos mentales siempre fueron respetados y admirados en el mundo musulmán. En el cristianismo occidental, la locura también estaba adherida a lo espiritual, siendo los locos seres escogidos por Dios, libres de apetencias carnales y alejados de la tentación a pecar (Fernández-Vázquez, 2015). Según Santo Tomás, los santos eran los

<sup>1</sup> La toma de Zaragoza por los musulmanes, liderados por Táriq ibn Ziyad y Musa ibn Nusair, se produjo en el año 714. Saraqusta, como así se llamó, se anexionó al territorio de al-Ándalus, y constituyó un puesto avanzado en la lucha y defensa contra los ataques cristianos, denominado como Marca Superior. Durante el siglo XI se constituyó como un reino independiente, la Taifa de Zaragoza, para caer de nuevo en manos cristianas en el año 1118 por Alfonso I el Batallador. Tras la conquista se produjo un descenso demográfico en la ciudad, debido a la guerra y a la emigración de una parte de sus habitantes a Valencia, o a los arrabales de la ciudad, siendo Zaragoza repoblada mayoritariamente por navarros y occitanos. No obstante, el contacto continuo de ambas culturas siguió estando presente.



más locos para el juicio humano, porque despreciaban los bienes que buscaban la sabiduría de los hombres, y su conocimiento era por inspiración divina (González Duro, 1994).

La proliferación de las epidemias y el hambre favoreció que el loco pasara desapercibido junto con el pobre, pues ambos caían en la mendicidad y recurrían a harapos como indumentaria. La caridad cristiana fue un valor practicado por los ricos, bien a través de limosnas o crear monasterios y pequeños hospitales, acciones que favorecieron, indirectamente, al enfermo mental. En el mundo islámico no existía el principio explícito de caridad, pero el principio musulmán de la *Ihsan* promovía la bondad hacia los demás a través de hacer el bien con el bien (Pileño, Morillo, Salvadores y Nogales, 2003).

Durante el siglo XIV, el incremento de la pobreza y mortalidad en los reinos cristianos a causa de la peste aumentó la necesidad de auxilio, y muchos individuos cayeron en la mendicidad. Por contra, la compasión y caridad se tornaron en desconfianza y sospecha, pues dio comienzo una carrera por indagar si era cierta la declaración de pobreza que afirmaban estos individuos. Existía la creencia popular de que entre los pobres se hallaban holgazanes que preferían beneficiarse de las limosnas en lugar de ganarse el sustento con el trabajo (González Duro, 1994). Este odio contribuyó a la repulsión y el rechazo hacia los enfermos mentales, que se volvieron objeto de mofa y de agresiones, y fueron acusados de delitos por alteración del orden público. El pánico, lo grotesco y la inseguridad se asociaron a la locura, y se promulgaron medidas para la mejora del control social, como la exclusión social a través del exilio o el internamiento del orate.

La tradición islámica reconoce la necesidad de atención institucional del demente, por lo que se produjo la expansión de instituciones sanitarias llamadas maristanes, introducidas en el territorio peninsular con mayor posteridad. El trato recibido por los enfermos en ellos pudo haber sido el modelo asistencial de referencia para los cristianos peninsulares, pues la convivencia con el Islam permitió avances en la medicina – lo que incluye los cuidados psiquiátricos – que no disfrutaron las restantes naciones europeas (Porter, 2002). Algunos cristianos suspiraron por condiciones similares, como Gilabert Jofré, figura del siglo XV y célebre por su petición de una institución específica para los dementes en la ciudad de Valencia en 1409. Sin embargo, en muchos casos el motivo principal de la creación de departamentos específicos para los dementes no fue el interés por la atención médica a este colectivo, sino la preservación del orden social, y el

confinamiento y la ocultación del enfermo por parte de las autoridades, por lo que los términos cárcel y hospital, y enfermo o delincuente no mostraban grandes diferencias (Foucault, 1979; 2000).

Dejando al margen la concepción social y profundizando en el pensamiento científico de las ciencias de la salud, la noción de la locura en el mundo islámico estuvo marcada por las teorías hipocráticas y galénicas (Pérez, Baldessarini, Undurraga y Sánchez-Moreno, 2012). Avicena describió determinados trastornos neuropsiquiátricos y la creencia de que éstos podían beneficiarse de un tratamiento (Carnevali y Masillo, 2007), por lo que se concebía la locura como una enfermedad transitoria, lo que permitió su abordaje terapéutico. En el mundo cristiano, las aportaciones a la medicina procedentes del mundo grecorromano también influyeron en el pensamiento de varios estudiosos. En el Libro IV de sus Etimologías, San Isidoro de Sevilla incluye el frenesí y el letargo dentro de las patologías agudas, asociando locura y enfermedad (Arrizabalaga, 1993). También es importante destacar las teorías localizacionistas de Santo Tomás sobre el origen de dichas patologías (Echavarría, 2009)<sup>2</sup>.

Bajo este conglomerado de circunstancias, a lo largo del siglo XV tuvo lugar la eclosión de los grandes hospitales en la Corona de Aragón, lo que supuso un movimiento de avance y contribución a la atención del paciente psiquiátrico. En 1401 comienza la fusión de los pequeños centros hospitalarios dispersos en la ciudad de Barcelona que culminaron en la fundación del Hospital General de la Santa Creu. En 1410, se inaugura el primer hospital psiquiátrico del mundo, el Hospital d’Innocentes, Folcs i Orats en Valencia. Y finalmente, en 1425 se funda en Zaragoza una tercera institución, el Hospital General de Nuestra Señora de Gracia (Fernández Doctor y Martínez Vidal, 1985-1986). Este último fue uno de los sanatorios más destacados del territorio español durante siglos, siendo referencia y modelo para otros centros cristianos de toda Europa. De hecho, el Hospital de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza tomó el liderazgo en la atención psiquiátrica en España tras el incendio del Hospital de los Inocentes de Valencia en 1545

---

<sup>2</sup> Santo Tomás de Aquino atribuye dichas patologías a lesiones orgánicas cerebrales causadas por un absceso o tumor en una determinada región, continuando con la teoría humoral de Hipócrates. Este tumor sería un acúmulo de humor sanguíneo en el caso del frenesí, y de humor colérico en la letargia.

(López-Ibor, 2008). Tal fue su repercusión, que fue escogido por autores célebres de la literatura castellana como escenario para sus obras<sup>3</sup>.

El objetivo principal de este artículo es describir la fundación, organización y funcionamiento del Hospital General de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza durante el siglo XV, así como su relevancia histórica en la atención al enfermo mental. En especial, se pretende dar una visión detallada del conjunto de cuidados de enfermería dispensados en el centro.

## MÉTODO

Se ha seguido el método historiográfico, realizando la búsqueda documental en las bases de datos *Dialnet*, *Medline* y *Google Scholar*. Se emplearon los términos “Hospital Nuestra Señora de Gracia”, “Zaragoza” e “Historia”. Se analizó y filtró el contenido de los documentos publicados, excluyendo aquellos que no incluyesen datos objetivos relacionados con el objeto de estudio. Tras la obtención de los resultados, se realizó una segunda pesquisa de las diferentes referencias bibliográficas incluidas en los artículos científicos seleccionados<sup>4</sup>. Se ha estudiado e incluido los principales cambios históricos, sociales y políticos, las órdenes reales, y los aspectos arquitectónicos presentes en Europa en aquella época, para enriquecer el análisis.

## DESARROLLO DEL TEMA

### Fundación del Hospital de Nuestra Señora de gracia

El 2 de febrero de 1425, el Rey Alfonso V el Magnánimo mandó comprar unas casas por la suma de quinientos florines de oro para acoger, además de personas afectadas por patologías comunes, a enfermos contagiosos, dementes, expósitos y mujeres desgraciadas (Barrios-Flores, 2002). El 27 de febrero de 1425, el franciscano Francisco de Berbegal,

<sup>3</sup> A Lope Félix de Vega se le adjudica la autoría de “*El loco por fuerza*”, comedia escenificada en Zaragoza y su región montañosa, donde Feliciano, el protagonista, ingresa en la institución. Se destacan aspectos como la presentación de documentación jurídica al ingreso para la determinación de hallarse ante un caso de enajenación mental. También en numerosas ocasiones se denomina la institución como “una cárcel para el seso”, siendo su función el alejamiento de los dementes de los demás ciudadanos. Es resaltable que, a diferencia de su obra *Los locos de Valencia*, donde el autor elogia la institución para dementes, en esta obra Lope de Vega se reserva dichos halagos, y sólo menciona la privación de la libertad, a pesar de no negar la fama del Hospital zaragozano, pudiendo ser este detalle exclusivamente anecdótico.

<sup>4</sup> La dificultad del estudio del Hospital de Nuestra Señora de Gracia en Zaragoza radica en la escasez de datos conservados en la actualidad debido a que la destrucción de este hospital en 1808 supuso la desaparición del rico Archivo que poseía (Maiso, 1978; Fernández Doctor, 1987).

confesor del rey, comunica dicha acción a jurados y consejeros de la ciudad, y notifica el nombramiento como regidores a Ramón de Casaldaguila y Nicolau Biota escogidos entre la ciudadanía y a los religiosos maestre Juan Civet y Lope Sixon de entre la Iglesia (Gimeno Riera, 1908).

La fundación de la institución se debe al rey, pero fue el propio municipio, bajo el apoyo de la iglesia, el que constató la necesidad de una institución para los enfermos<sup>5</sup>. La fundación del Hospital de Nuestra Señora de Gracia marca el punto desde el cual los dementes dejaron de ser considerados como seres extraordinarios, y a la antigua apreciación de considerarlos como poseídos del demonio, o como abortos de la Naturaleza, sigue la de considerarlos como enfermos, tanto que eran asilados junto a los mismos enfermos comunes (Royo-Sarriá, 1936).

A pesar de que la práctica de separar los manicomios de los hospitales de agudos comenzaba a ser cada vez más frecuente desde el siglo XII y XIII en Europa – Bethlem en Londres o en Gante (Castro Molina, Castro González, Megias Lizancos, Martín Casañas, Causapie Castro, 2012) –, y desde comienzos del XV en la Península Ibérica – el Hospital d’Innocentes, Folcs i Orats en Valencia –; el Hospital General de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza acoge a enfermos de cualquier dolencia, ofreciendo una atención universal. En el frontispicio del hospital figuraba su lema *Domus Informorum, Urbis et Orbis*, indicando la disposición a abrir sus puertas a todo tipo de pacientes procedentes no sólo de Aragón, si no de lugares más apartados<sup>6</sup>. Fernández Doctor (1987) afirma que todavía en el siglo XVIII, había sacerdotes de diferentes lenguas (vascongada, francesa e italiana, además de castellana).

Previamente a la fundación de esta institución, existieron una veintena de hospitales menores en torno a Zaragoza que fueron languideciendo poco a poco tras la centralización de los esfuerzos económicos en favor del hospital de Nuestra Señora de Gracia (Villagrasa, 2016). La institución benéfica se situaba en el extremo sur de la ciudad, en el

<sup>5</sup> El Hospital de Nuestra Señora de Gracia radica en un triple fundamento. Por una parte eclesiástico, como la mayoría de los hospitales de la época. Por otro lado presentaba un gobierno municipal y la participación ciudadana en el control del hospital. Y por último, tenía consideración de casa real, recibiendo privilegios y ayudas económicas procedentes del Rey (Royo-Sarriá, 1936; Andrés, 1991).

<sup>6</sup> Esta inscripción se conserva actualmente en las verjas del actual Hospital de Nuestra Señora de Gracia.

barrio de San Miguel, concretamente en el Coso, aunque se desconocen las dimensiones exactas. Sus instalaciones fueron ampliándose que hasta alcanzar el Convento de Jerusalén, lindando con sus huertos y también el del convento de Santa Catalina (Falcón, 1980).

El diseño arquitectónico europeo en auge en aquella época era la disposición de cuatro salas radiales configurando una cruz en la planta del edificio<sup>7</sup>. No obstante, debemos recordar que, debido a la adaptación y remodelación de los edificios comprados y ya existentes, el hospital zaragozano se caracterizaba por la asimetría y desigualdad. Además, como afirma Fernández Doctor (1987), la disparidad de las casas compradas imposibilita la realización de un plano del antiguo establecimiento de forma precisa. El conjunto contaba con numerosas y espaciosas salas y se alzaba en dos niveles. Actualmente, no hay constancia del número de pacientes ingresados o la capacidad del nosocomio durante el siglo XV.

El Hospital poseía un *Spitalet* o recibidor de enfermos junto a la portería, doce salas o enfermerías distribuidas en nueve para hombre, siete de *Calenturas* y dos de *Cirugía*, y tres para mujeres, dos para *Parturientas* y una de las *Madalenas*. Además, había estancias para expósitos y dementes, una botica, oficinas, habitaciones para los profesionales que trabajaban en el sanatorio, una pequeña iglesia y un cementerio (Baquero, 1952; Andrés, 1991). A tenor de las diferentes salas, dentro del complejo se realizaba un cribado y se distribuía a los pacientes según su motivo de ingreso o determinados elementos comunes. La rápida expansión de sus instalaciones y el costoso mantenimiento del centro fueron posibles gracias a los privilegios otorgados por la realeza, la fundación de una cofradía para su sostenimiento en 1444 aprobada por el papa Eugenio IV, y el apoyo de la cofradía de San Cosme, San Damián y San Valentín (Villagrasa, 2016).

### **Ordenaciones de la institución durante el siglo XV**

El reglamento del hospital se rigió por ordenaciones reales hasta el siglo XIX. El 5 de mayo de 1425, Alfonso V el Magnánimo realizó las primeras ordenaciones para el gobierno del sanatorio, validadas por el secretario real don Francisco d'Arinyó. No

<sup>7</sup> Esta configuración tuvo su origen en el Hospital de Santa María de Nuova de Florencia, fundado en 1286 (Castro Molina, Castro González, Megias Lizancos, Martín Casañas, Causapie Castro, 2012)

obstante, estas ordenaciones no se preservan en la actualidad, y se tiene constancia de las mismas a partir de las ordenaciones de 1496 bajo el reinado de Fernando el Católico, y redactadas debido al incumplimiento de sus predecesoras por los trabajadores de la institución (Gallent, 2014). Entremedias, el 28 de enero de 1488 el rey Fernando el Católico concede el privilegio perpetuo para practicar disecciones de cadáveres en la institución, convirtiéndose en centro de enseñanza anatómica de la Corona de Aragón (Andrés, 1991). Las Ordenaciones de 1496 fueron tan ajustadas al carácter y necesidades del hospital que permanecieron inmutables hasta 1587, año en el que el rey Felipe II las modificó, siendo éstas tan completas que sirvieron de modelo para todas las siguientes (Ventosa, 2000).

Las Ordenaciones de 1496, establecidas por Alfonso de Aragón, hijo del rey, arzobispo de Zaragoza y lugarteniente general del reino, se refieren exclusivamente al gobierno de la casa. Se dispusieron de cuatro Regidores, dos mayores y dos menores. Uno de los mayores debía ser eclesiástico y otro ciudadano. El Regidor mayor eclesiástico presidía la Sitiada, el órgano de dirección del Hospital y tiene jurisdicción sobre las personas eclesiásticas. El Regidor mayor secular atendía los trámites del hospital (Monterde, 2008).

La admisión del enfermo se realizaba en la habitación del portero, cercana al *Spitalet* o recibidor. Este departamento dotado de cama, servía de recibidor mientras llegaba el vicario y el coadjutor, encargados de confesar a los pacientes previo ingreso y darles consuelo. A continuación, se preguntaba por los bienes y deudas al enfermo para su registro en el libro de cuentas. Si además fuera el caso, el paciente recibía el sacramento de eucaristía. Tras este procedimiento, se procedía al ingreso en las dependencias del hospital donde lo esperaba el enfermero mayor.

### **Rol de enfermería y las ordenaciones de 1496 del hospital de nuestra señora de gracia de zaragoza**

Las Ordenaciones de 1496 no hacen diferenciación entre el demente y otros pacientes y, así mismo, la descripción de enfermería se realiza con un carácter general, sin explicitar cuidados de salud mental en ningún momento. En ellas se describe la figura y las

funciones del enfermero mayor, la mujer enfermera y la mujer a cargo de los niños, posible precursora de la enfermera pediátrica (Monterde, 2008).

El enfermero mayor residía en el hospital y tenía a su cargo a los demás enfermeros. Primeramente recibía a los enfermos dentro de las dependencias del hospital, custodiaba sus ropas y bienes, y ordenaba que los asearan y se les diese lecho. Posteriormente al ingreso se preguntaba el nombre, procedencia y el oficio que desempeñaba el paciente, así como los bienes a su cargo para comprobar si su declaración coincidía con la realizada al vicario. El enfermero mayor no podía entregar las ropas a otros pacientes o trabajadores del hospital, salvo por mandato de los regidores. Este profesional visitaba regularmente a todos los enfermos, en dos ocasiones por la mañana y dos después del almuerzo. Las ordenaciones destacan la observación de la ingesta e higiene para analizar la evolución del paciente, por lo que dos de estas visitas se realizaban en el horario de la comida y a media noche. Así mismo, las ordenaciones aseguraban la continuidad asistencial hasta la curación o fallecimiento del individuo, sin poder expulsarlo del hospital mientras siguiera indispuerto. No obstante, también se registra la posibilidad de acogerse a la alta voluntaria, pero si posteriormente el enfermo sufría una recaída o exacerbación de su enfermedad y precisara asistencia, no sería acogido de nuevo.

También se disponía de una mujer enfermera, interna en el hospital, encargada de la atención de las enfermas. Realizaría la misma función de custodia de ropas y bienes que el enfermero mayor, y se encargaría de la administración del tratamiento médico, y de la supervisión y dirección de las sirvientas que asistían a las mujeres enfermas.

### **Terapia ocupacional y otros cuidados psiquiátricos**

Se desconoce por completo los datos concernientes al número de enfermos atendidos e ingresos durante el siglo XV. No obstante, se conocen algunos casos de enfermos mentales que ingresaron en el hospital, como Honoreta y Marica (Pallarés, 2008). Es preciso recalcar que el internamiento fue una medida de carácter político y social más que terapéutico (Foucault, 1979; González Duro, 1994). Mucho se ha descrito sobre la terapia ocupacional en el Hospital de Nuestra Señora de Gracia, especialmente en el siglo XVIII, pero no hay registro de la misma durante el siglo XV, ni de otros cuidados psiquiátricos al margen de la manutención y la protección frente a los malos tratos del exterior. No obstante, es razonable pensar que éstos fueran similares a los realizados en el Hospital d'Innocentes, Follcs i Orats de Valencia. En dicho establecimiento se encargaba a los

enfermos mentales el desempeño de diferentes tareas. El sanatorio zaragozano era de gran extensión, con campos cultivo y huertos, además de necesitar la realización de innumerables tareas de mantenimiento (Pérez de Heredia-Torres, Brea-Rivero y Martínez-Piédrola, 2007). Al ingreso en el establecimiento, el enfermero mayor entrevistaba a todo paciente sobre el oficio que desempeñó anteriormente, por lo que es probable que aquellos enfermos mentales con la capacidad requerida, junto con otros pacientes, pudieron haber realizado diferentes labores durante su estancia hospitalaria ya en el siglo XV. Existe certeza de que era así durante los inicios del siglo XVII por el testimonio del padre Murillo, afirmando lo provechosa que era la mano de obra gratuita para el Hospital:

Son estos locos y locas de mucho provecho, porque las locas lavan los paños y hacen las coladas y otras cosas en las cuadras de las mujeres, y los locos sirven a algunos ministerios tan asquerosos que si tuvieran juicio con dificultad se aplicarían a hacerlos si no tuvieran muy grande caridad. (López-Ibor, 2008).

A tenor de estos datos, no es descabellado pensar que esta práctica podía haber dado comienzo tiempo atrás, ya en el siglo XV. Si bien es cierto que estas tareas podían suponer un beneficio para la salud mental del orate, no era ésta la primera intención cuando se les encargaban, sino razones por económicas y productivas.

Tal era la fama de la institución debido a los cuidados que se desempeñaron durante siglos, que fue que en el siglo XVIII José Iberti emitió un informe de la institución por encargo del Comité de Mendicidad de la Asamblea constituyente francesa, con el propósito de recabar información de los cuidados psiquiátricos realizados por las naciones vecinas, y publicado en 1791 en *La médecine éclairée*.<sup>8</sup> Dicho informe informaba del abordaje terapéutico de la locura mediante la terapia ocupacional dentro de la institución durante el siglo XVIII y que dicho documento, posteriormente, sería tomado por Pinel como referente en su obra *Tratado médico-filosófico de la enajenación mental o manía*, deshaciéndose en elogios hacia la laborterapia practicada en la institución (Espinosa-Iborra, 1964). Aunque Pinel resaltó las obras serviles desempeñadas por los dementes,

<sup>8</sup> El documento *Detalles sobre el Hospital de Zaragoza en España, destinado sobre todo al tratamiento de los locos o maníacos* destaca las condiciones y el trato recibido por los dementes en aquella época. Iberti destaca los trabajos desempeñados por los locos: limpiar la casa, llevar el agua, carbón, leña, la botica, cosechar, trillar, vendimiar... No obstante, también destaca los malos tratos recibidos y el hacinamiento existente entre los dementes pobres. Además se destaca la presencia de numerosas jaulas.



omitió las condiciones indignas que recibían, o que la administración del sanatorio recaía en el clero y la nobleza, aspectos inaceptables para alguien que perseguía una revolución psiquiátrica, un trato digno al demente y que los centros fueran dirigidos por médicos (Sanjurjo y De Paz, 2013)<sup>9</sup>.

## CONCLUSIONES

La fundación del Hospital de Nuestra Señora de Gracia en Zaragoza tuvo lugar en 1425, y tuvo un importante papel en la asistencia sanitaria en la ciudad, al igual que en la historia de la psiquiatría española. El hospital se constituyó gracias a tres pilares: eclesiástico, municipal y real, lo que favorecía la caridad, la participación ciudadana y la recepción de ayudas económicas.

Con respecto a la distribución arquitectónica del hospital, debemos recordar los trabajos de remodelación de las casas ya existentes, por lo que el edificio se caracterizaba por ser irregular y asimétrico, con numerosas dependencias aunque muy variadas en dimensiones entre ellas. El nosocomio atendía a todo tipo de pacientes, realizando una atención universal, aunque dentro de sus dependencias es razonable concluir que se triaban a los pacientes según sus necesidades. No hay constancia de la capacidad máxima del centro.

Las primeras ordenaciones que se conservan son las de 1496, que permanecieron vigentes durante casi un siglo. Detallaban el personal al servicio de la administración, sus tareas y responsabilidades. La descripción de enfermería se realizó con un carácter general, sin explicitar cuidados de salud mental en ningún momento. Destaca la figura del enfermero mayor y la mujer enfermera, que se encargaban del cuidado y atención de los pacientes hasta su recuperación, haciendo hincapié en la alimentación y el aseo. El internamiento respondía a una medida de control social y mantenimiento del orden, en lugar de ofrecer asistencia sanitaria y conseguir la recuperación del demente.

A pesar de no haber registro de haberse realizado terapia ocupacional en el hospital zaragozano durante el siglo XV, podemos concluir que se realizaban diferentes tareas de

---

<sup>9</sup> Pinel nunca visitó Zaragoza tras el informe de Iberti. Sanjurjo y De Paz (2013) afirman que Pinel pudo haber “utilizado” al Hospital de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza para presionar al Ministro de Interior francés para la obtención de fondos, frente a las penurias económicas que padecían los sanatorios mentales franceses de aquella época. Además, los comentarios sobre la institución española se enmarcan dentro de la sección de “Administración” y no en “Tratamiento moral”, por lo que se refería a la organización general del establecimiento y no a los tratamientos realizados, especialmente si destacamos la desorganización del Hospital francés de Salpêtriére en el que se hallaba Pinel.

mantenimiento o cultivo en sus numerosos huertos, pero con fines económicos en lugar de terapéuticos.

El Hospital de Zaragoza fue totalmente destruido el 3 de agosto de 1808 a causa del bombardeo de las tropas francesas a la ciudad. La caída de la institución coincide con el ocaso de la asistencia psiquiátrica española, lacerada por la crisis económica y social, las consecuencias de las desamortizaciones de Godoy en 1707 y de Mendizábal en 1836, lo que sumió a los sanatorios mentales en una situación precaria para su subsistencia.

## BIBLIOGRAFÍA

- Andrés, I. (1991). *La Botica del Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza (1425-1808)* (Tesis doctoral). Facultad de Farmacia, Universidad Complutense de Madrid: Madrid. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/19708201.pdf>
- Arrizabalaga, J. (1993). Locura y enfermedades mentales en el mundo medieval. *Historia*, 16(211), 33-42. Recuperado de <http://digital.csic.es/handle/10261/33922>
- Baquero, A. (1952). *Bosquejo histórico del Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza*. Zaragoza: Institución Fernando el Católico.
- Barrios-Flores, L. F. (2002). El internamiento psiquiátrico en España: de Valencia a Zaragoza (1409-1808). *Revista Cubana de Salud Pública*, 28(2), 224-245. Recuperado de [https://www.redalyc.org/pdf/214/TablaContenidos/Toc\\_456.pdf](https://www.redalyc.org/pdf/214/TablaContenidos/Toc_456.pdf)
- Carnevali R., y Masillo A. (2007). Brief history of psychiatry in Islamic world. *Journal of the International Society for the History of Islamic Medicine*, 6, 97–101. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.466.4523&rep=rep1&type=pdf#page=103>
- Castro Molina, F. J., Castro González, M. P., Megias Lizancos, F., Martín Casañas, F. V., Causapie Castro, A. (2012). Arquitectura hospitalaria y cuidados durante los siglos XV al XIX. *Cultura de los Cuidados*, 16(32), 38-46. Recuperado de [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/22304/3/CC\\_32\\_05.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/22304/3/CC_32_05.pdf)
- Corral, J. L. (1998). *Historia de Zaragoza. Zaragoza Musulmana (714-1118)*. Zaragoza: Ayuntamiento de Zaragoza.
- Echavarría, M. (2009). Las enfermedades mentales según Tomás de Aquino. Sobre las enfermedades (mentales) en sentido estricto. *Scripta Mediaevalia*. 2(2), 85-105. Recuperado de <http://revistas.uncu.edu.ar/ojs/index.php/scripta/article/view/444/250>

- Espinosa-Iborra, J. (1964). Un testimonio de la influencia de la psiquiatría española de la Ilustración en la obra de Pinel: el informe de José Iberti acerca de la asistencia en al Manicomio de Zaragoza (1961). *Asclepio*, 16, 179-182.
- Falcón, M. I. (1980). Sanidad y beneficencia en Zaragoza en el siglo XV. *Aragón en la Edad Media*, 3, 183-226. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/108342.pdf>
- Fernández Doctor, A. y Martínez Vidal, A. (1985-1986). El médico en el Hospital de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza en el siglo XVIII. *Dynamis*, 5-6: 143-157. Recuperado de <https://ddd.uab.cat/pub/dynamis/02119536v5-6/02119536v5-6p143.pdf>
- Fernández Doctor, A. (1987). *El Hospital Real y General De Gracia de Zaragoza en el siglo XVIII*. Zaragoza: Institución Fernando el Católico.
- Fernández-Vázquez, A. (2015). Cambio en la noción de la locura. El Hospital de los Inocentes de Valencia. *Cultura de los Cuidados*, 19(41), 106-113. Recuperado de <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/46618>
- Fernández-Vázquez, A. y Mañá, R. (2016). El legado islámico en los cuidados psiquiátricos. El Maristán de Granada. *Cultura de los Cuidados*, 20(45), 52-63. Recuperado de <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/57351>
- Foucault, M. (1979). *Historia de la locura en la época clásica*. Madrid: Fondo de cultura económica.
- Foucault, M. (2000). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Madrid: Siglo XXI.
- Gallent, M. (2014). Los hospitales de la Santa Creu de Barcelona y Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza, dos modelos asistenciales para el Hospital General de Valencia. *Aragón en la Edad Media*, 25, 41-60. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5002051>
- Gimeno Riera, J. (1908). *La Casa de locos de Zaragoza y el Hospital de Nuestra Señora de Gracia*. Zaragoza: Apuntes históricos.
- González Duro, E. (1994). *Historia de la locura en España. Siglos XIII al XVII*. Madrid: Ediciones Temas de Hoy.
- López-Ibor, J. J. (2008) La fundación en Valencia del primer hospital psiquiátrico del mundo. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(1), 1-9. Recuperado de <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/9/49/ESP/9-49-ESP-1-9-857704.pdf>
- Maiso, J. (1978). Aspectos del Hospital de Gracia y Aragón bajo los Austrias. En *Estudios/78* (pp. 267-321). Zaragoza: Institución Fernando El Católico.
- Monterde, C. (2008). Las Ordenaciones del Hospital de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza establecidas por don Alfonso de Aragón, arzobispo de Zaragoza y lugarteniente general del reino. *Aragón en la Edad Media*, 20, 505-528. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2875650>
- Pallarés, M. A. (2008). Veinticinco documentos medievales aragoneses de desamor. *Aragón en la Edad Media*, 20, 579-600. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2875700>

- Pérez de Heredia-Torres, M., Brea-Rivero, M. y Martínez-Piédrola, R. M. (2007). Origen de la terapia ocupacional en España. *Revista de Neurología*, 45(11), 695-698. Recuperado de <http://www.publicacions.ub.es/refs/Articles/terapiaocupacionalesp.pdf>
- Pérez, J., Baldessarini, R., Undurruga, J., y Sánchez-Moreno, J. (2012). Origins of Psychiatric Hospitalization in Medieval Spain. *Psychiatric Quarterly*, 83(4), 419-430.
- Pileño, M. E., Morillo, F. J., Salvadores, P., y Nogales, A. (2003). El enfermo mental. Historia y cuidados desde la época medieval. *Cultura de los Cuidados*, 13, 29-35. Recuperado de <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/4814>
- Porter, R. (2002). *Breve historia de la locura*. Turner: Madrid.
- Rodríguez, F. (2002). Sobre la locura en las sociedades musulmanas tradicionales. *Frenia*, 2, 147-160. Recuperado de <http://www.revistaaen.es/index.php/frenia/article/viewFile/16382/16228>
- Royo-Sarriá, J. M. (1936). *El manicomio de Zaragoza (seis siglos de fundación)*. Zaragoza: Trabajos de la Cátedra de Historia Crítica de la Medicina.
- Sanjurjo, G., y De Paz, S. (2013). Acerca de Pinel, el Hospital de Zaragoza y la Terapia Ocupacional. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(117), 81-94. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4398346>
- Siles, J. (2016). Historia de los cuidados de salud mental. En J. L. Galiana Roch (Ed.), *Enfermería psiquiátrica* (pp. 3-12). Barcelona: Elsevier. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/290946937\\_Historia\\_de\\_los\\_Cuidados\\_de\\_Salud\\_Mental](https://www.researchgate.net/publication/290946937_Historia_de_los_Cuidados_de_Salud_Mental)
- Ventosa, F. (2000). *Cuidados psiquiátricos de enfermería en España (Siglos XV al XX). Una aproximación histórica*. Madrid: Díaz de Santos.
- Viguera, M. J. (1995). *El islam en Aragón*. Zaragoza: CAI.
- Villagrasa, R. (2016). *La red de hospitales en el Aragón medieval (ss. XII-XV)*. Zaragoza: Institución Fernando el Católico.

## Nightingale y la Guerra de Crimea a través de la prensa española

### Nightingale and the Crimean War through the spanish press

### Nightingale e a Guerra da Criméia através da imprensa espanhola

**Elena Santainés-Borredá<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Doctora por la Universidad de Valencia. Profesora Ayudante Doctor del Departamento de Enfermería. Facultat d'Infermeria i Podologia. Universidad de Valencia. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7708-1134>. Correo electrónico: elena.santaines@uv.es

Correspondencia: Departamento de Enfermería. Facultat d'Infermeria i Podologia. Universitat de València. C/ de Menéndez y Pelayo, 19, 46010 Valencia. Correo electrónico de contacto: elena.santaines@uv.es

Para citar este artículo: Santainés-Borredá, E. (2021). Nightingale y la Guerra de Crimea a través de la prensa española. *Cultura de los Cuidados*, 25(61). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.61.09>

Recibido:13/07/2021 Aceptado: 02/09/2021



#### RESUMEN

La labor de Nightingale y su equipo en la Guerra de Crimea fue trascendental. Sus intervenciones fueron reconocidas en Inglaterra y otros países. Por aquel momento, en España, el cuidado estaba mayoritariamente en manos de la Iglesia. El presente trabajo pretende identificar el posicionamiento ideológico difundido en prensa española sobre el papel de Nightingale en la Guerra de Crimea. Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en la Hemeroteca Digital de la Biblioteca Nacional de España, obteniendo 27 publicaciones en prensa española que referían noticias de Nightingale y la Guerra de Crimea. El contenido fue analizado siguiendo la hermenéutica de Gadamer. Atendiendo a la ideología política y religiosa de cada periódico, las publicaciones muestran discrepancias en relación con la percepción de la labor de Nightingale. Algunos periódicos la definen como imitadora de instituciones religiosas; otros destacan a una mujer con formación académica y gran capacidad de liderazgo en temas de gestión sanitaria. Estas divergencias resultan del análisis de Nightingale en un contexto cultural, político y social diferente a la Inglaterra protestante. Para futuras investigaciones se propone analizar si la información en la prensa española en relación con la iniciativa de formación enfermera de Nightingale también generó discrepancias en este contexto.

**Palabras clave:** Historia de la enfermería; guerra de crimea; españa; perspectiva de género; artículo de periódico.

## ABSTRACT

The work of Nightingale and his team in the Crimean War was significant. Their interventions were recognized in England and other countries. At that time, in Spain, care was mostly in the hands of the Church. This paper aims to identify the ideological position disseminated in the Spanish press on the role of Nightingale in the Crimean War. A bibliographic review was carried out in the Digital Newspaper Library of the National Library of Spain, obtaining 27 publications in Spanish press that referred to news of Nightingale and the Crimean War. The content was analysed following Gadamer's hermeneutics. Based on the political and religious ideology of each newspaper, the publications show discrepancies regarding the perception of Nightingale's work. Some newspapers define her as a imitator of religious institutions; others highlight a woman with an academic background and great leadership in health management. These divergences result from Nightingale's analysis in a cultural, political, and social context that was different from Protestant England. For future research it is proposed to analyse whether the information in the Spanish press in relation to the Nightingale nursing training initiative also generated discrepancies in this context.

**Keywords:** History of nursing; crimean war; spain; gender perspective; newspaper article.

## RESUMO

O trabalho de Nightingale e sua equipe na Guerra da Crimeia foi significativo. Suas intervenções foram reconhecidas na Inglaterra e em outros países. Naquela época, na Espanha, o cuidado estava principalmente nas mãos da Igreja. Este artigo tem como objetivo identificar a posição ideológica disseminada na imprensa espanhola sobre o papel do Nightingale na Guerra da Crimeia. Uma revisão bibliográfica foi realizada na Biblioteca de Jornais Digitais da Biblioteca Nacional da Espanha, obtendo 27 publicações na imprensa espanhola que se referiam a notícias de Nightingale e da Guerra da Crimeia. O conteúdo foi analisado seguindo a hermenêutica de Gadamer. Com base na ideologia política e religiosa de cada jornal, as publicações mostram discrepâncias em relação à percepção do trabalho de Nightingale. Alguns jornais a definem como uma imitadora de instituições religiosas; outros destacam uma mulher com formação acadêmica e grande liderança na gestão da saúde. Essas divergências resultam da análise de Nightingale em um contexto cultural, político e social que era diferente da Inglaterra protestante. Para futuras pesquisas propõe-se analisar se as informações da imprensa espanhola em relação à iniciativa de formação em enfermagem Nightingale também geraram discrepâncias neste contexto.

**Palavras-chave:** História da enfermagem; guerra da crimeia; espanha; perspectiva de gênero; artigo de jornal.

## INTRODUCCIÓN

Es conocido y documentado como Florence Nightingale (1820-1910), mujer aristócrata en la Inglaterra de la época victoriana, viajó por diferentes países durante su adolescencia, para conocer e instruirse en el trabajo de la enfermería. Roma (1847), Alemania (1851) y París (1853) estuvieron entre sus destinos. Como consecuencia de estas visitas conoció a las Hermanas Lazaristas del Hospital de Santo Espíritu, La Escuela de enfermeras de Kaiserswerth y las Hermanas de la Caridad de la Maison de la Providence, respectivamente. Estas experiencias generaron en ella un cuerpo de conocimientos que fueron decisivos, en principio, para que Sydney Herbet pensara en ella como enfermera jefe en la Guerra de Crimea (Santainés-Borredá, 2019).

La Guerra de Crimea aconteció entre 1853 y 1856, entre los ejércitos de Gran Bretaña, Francia y Turquía, frente a Rusia. Tras la batalla del río Almazá empezó a verse afectada la administración sanitaria del ejército británico. Se hizo un llamamiento para solicitar mujeres que asistieran a los soldados del ejército del este. El 15 de octubre de 1854, el Ministro de Guerra, Sidney Herbert escribía a Nightingale solicitando su participación para la asistencia sanitaria de los soldados británicos:

“My question simply is, Would you listen to the request to go and superintend the whole thing? You would of course have plenary authority over all the nurses, and I think I could secure you the fullest assistance and co-operation from the medical staff, and you would also have an unlimited power of drawing on the Government for whatever you thought requisite for the success of your mission [...] Your own personal qualities, your knowledge and your power of administration, and among greater things your rank and position in Society give you advantages in such a work which no other person possesses” (Cook, 1913, pp. 153)<sup>1</sup>

Esta carta fue enviada a Nightingale el mismo día en el que ella envió a Herbert su ofrecimiento para ir al Hospital de Barrack, Scutari (Pollard, 1890). Aceptando la propuesta, Nightingale confeccionó un equipo de 38 enfermeras, compuesto por 10 hermanas católicas de la Misericordia, 8 anglicanas de la orden de los Sellonitas, 6

<sup>1</sup> Mi pregunta es sencilla: ¿aceptaría usted supervisar tal proyecto? Usted, por supuesto, disfrutaría de plena autoridad sobre todas las enfermeras, y verdaderamente la creo capacitada para garantizar la máxima cooperación entre el personal médico. Del mismo modo, dispondría de total libertad para solicitar al Gobierno todo aquello que considere necesario para el éxito de su misión [...] Sus propias cualidades personales, su conocimiento y su poder de decisión, así como posición en la sociedad, le proporcionan unas ventajas que ninguna otra persona posee para desempeñar este trabajo.” [Traducción propia]

hermanas de la orden de San Juan y 14 enfermeras de hospitales de Inglaterra. Previamente, las religiosas del equipo fueron liberadas voluntariamente por el Obispo Católico Romano, para que, de ese modo, pudieran someterse al control de Nightingale durante su misión. El plan organizativo, sanitario y administrativo puesto en marcha por Nightingale redujo significativamente la tasa de mortalidad del 42,7% al 2,2% en 6 meses (McDonald, 2010; Nightingale, 1858). Posteriormente, Nightingale fundó la primera escuela de Enfermería en el *Saint Thomas' Hospital* de Londres en 1860. En los años siguientes su sistema de enseñanza fue ampliamente difundido a nivel mundial. Intervino también en la reforma administrativa y organizativa de numerosos hospitales contemporáneos de diferentes países (Cook, 1913).

Mientras tanto, a diferencia de Inglaterra, la atención sanitaria, el cuidado y la Iglesia seguían siendo una combinación inseparable en la España del siglo XIX; situación que iba acompañada por períodos de inestabilidad política. Cualquier innovación hospitalaria tenía que ser aprobada por la Iglesia. La legislación sanitaria española fue escasa hasta la segunda mitad del siglo XIX y las medidas sanitarias se caracterizaban por ser inestables. Los ilustrados españoles empezarían a cuestionarse el papel de las instituciones religiosas en el cuidado y la necesidad de escindir dicha práctica hacia un sistema laico asistencial, promovido por la Ley de la Beneficencia. Esto supondría un cambio drástico puesto que existían instituciones ya muy consolidadas desde la transición de la Baja Edad Media y el Renacimiento, como, por ejemplo, los hermanos de San Juan de Dios, las Siervas de María Ministras de los Enfermos, las Hermanas de la Caridad, los Hermanos Obregonos (Domínguez Alcón, 2017; Siles González, 2011). Siendo el cristianismo protagonista en el cuidado en este contexto, ¿estaría informada la sociedad española de la labor de Nightingale en la Guerra Crimea a través de la prensa española? Y en caso afirmativo, ¿cómo describiría la prensa española el papel de Nightingale en Crimea? El objetivo del presente trabajo es identificar el posicionamiento ideológico difundido en la prensa española sobre la labor de Florence Nightingale en la Guerra de Crimea.

## METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda documental en la Hemeroteca Digital de la Biblioteca Nacional de España (BNE), la cual incluye el patrimonio bibliográfico español



conservado en la Biblioteca Nacional, relacionado con la prensa histórica española. La ecuación de búsqueda fue construida con el término “Nightingale” con la finalidad de recoger la mayor cantidad de información posible. Como requisito, la temporalidad de los archivos fue acotada al periodo correspondiente a la Guerra de Crimea (1854-1856), habiendo comprobado la no existencia de referencias anteriores a Nightingale en la Hemeroteca Digital. No obstante, debido a la consecuente aparición de nueva información tras 1856; se procedió con el trabajo de fuentes de forma progresiva hasta 1860, momento en el que se dejaron de obtener resultados vinculados con el objetivo del trabajo [saturación de datos]. Se recuperaron un total de 33 referencias, de las cuales 6 fueron desestimadas por carecer de contenido relacionado con el objetivo del trabajo (índices bibliográficos, sección teatros, como personaje de novela, u otros).

Con las 27 publicaciones obtenidas se llevó a cabo un análisis interpretativo, basado en la hermenéutica de Gadamer. Para ello se consideró a los/las autores/as de las distintas referencias documentales como interlocutores/as entre Inglaterra (la Guerra de Crimea y la figura de Nightingale) y España. Con la finalidad de evitar un desarrollo sistemático de carácter especulativo, se analizó la información siguiendo la consideración dialéctica entre autor/a y posible lector/a. La citación textual fue empleada de forma reiterada con el objetivo de ganar especificidad en los resultados, respetando la autenticidad de las fuentes. Finalmente, el significado de los datos se estudió en términos históricos sin dejar de lado el contexto social, político y cultural de la España del siglo XIX.

## **NIGHTINGALE DURANTE LA GUERRA DE CRIMEA**

Los resultados describen como empezó a ser conocida Nightingale desde la década de 1850 en España a través de la prensa de la época (diarios y periódicos). Las primeras publicaciones sobre ella coincidían con la Guerra de Crimea. *El Clamor Público*, periódico progresista fundado en 1844, citaba que "los cirujanos designados por el Gobierno y las enfermeras escogidas por madame Nightingale, deben embarcarse hoy 27 de Octubre á bordo del Vectis, de la compañía peninsular y oriental [...]”<sup>2</sup> (Martínez de la Torre, 27 de octubre de 1854, p. 2). La segunda noticia en este periódico llegaría un

<sup>2</sup>Todas las citas textuales del presente trabajo se han transcrito respetando la ortografía del fragmento recuperado.

año después en su sección “Crónica Estrangera”. En ella se nombraba a Nightingale como promotora en la creación de un monumento en memoria de los fallecidos en Scutari: “El baron Marochetti ha hecho ya un plano para dicho monumento, y es de presumir que todos tributarán de todo corazón ese testimonio de respeto á tantos valientes como han muerto víctimas de las enfermedades y del descuido. Miss Nightingale fue quien sugirió la idea” (Martínez de la Torre, 13 de setiembre de 1855, p. 3).

Otro de los periódicos que habló de Nightingale fue *El Católico*, de tendencia religiosa y monárquica. En su primera publicación manifestaban abiertamente su ideología: “No puede haber sociedad sin religión [...] el Catolicismo, he ahí esa única religión verdadera que sola pueda hacer felices los estados en general y los individuos en particular” (Fernández, 1 de marzo de 1840, p. 1). En este contexto, Nightingale fue nombrada en su periódico el 31 de octubre de 1854. En la noticia se apreciaba una crítica al protestantismo de Inglaterra, corriente a la que se atribuía ser la causante de la falta de atención de los soldados británicos heridos. Los lectores leían que los ingleses querían imitar la religión católica, pues el protestantismo era considerado una herejía: “conociendo la importancia de las instituciones católicas, quiere ahora imitarlas, impulsado del vergonzoso contraste que tanto y tan justamente ha llamado la atención entre los ausilios que han encontrado en sus dolencias los franceses heridos de guerra” (Moreno y Sacristán, 31 de octubre de 1854, p. 1001). La noticia finalizaba poniendo en entredicho los resultados de la labor de Nightingale: “falta todavía ver los resultados de esa nueva institución y cotejarlos con los de la que ha servido de modelo” (Moreno y Sacristán, 31 de octubre de 1854, p. 1001). Parte de esta noticia fue reproducida textualmente un día más tarde en la sección de “Noticias de Madrid” de otro periódico reaccionario, *La Esperanza* (García Sierra, 1 de noviembre de 1854). Podría interpretarse que ambos periódicos se posicionarían enfrentados con esta figura femenina.

*La Esperanza* fue un periódico monárquico fundado en 1844, momento de incorporación de amplios sectores ultracatólicos a la legalidad isabelina nacida de la Constitución de 1845, también al ejército, la administración y al propio Partido Moderado. En su editorial surgían afirmaciones que consideraban a Nightingale como una simple aprendiz de la buena actitud, caridad y benevolencia, propia de las Hermanas de la Caridad y de las Hermanas de la Merced de la casa de Bermundsey, quiénes la

acompañaron a Scutari (García Sierra, 1 de noviembre de 1854). En ningún caso se mencionaba la capacidad de liderazgo ni el rango de responsabilidad que le fue otorgado desde el Ministerio de Guerra. Aprovechando la prensa internacional de países en donde el catolicismo también tenía un fuerte poder en este ámbito, *La Esperanza* transcribía e interpretaba fragmentos como el de *El Univers* de París, donde el editor responsable apoyaba el calificativo de “mala voluntad” de Nightingale, y manifestaba no comprender la permisividad del gobierno inglés a la hora de escoger un equipo de mujeres para ayudar a los heridos británicos, entre las que había protestantes (García Sierra, 28 de diciembre de 1854).

No tardaría en aparecer información biográfica sobre Nightingale. La primera referencia localizada data del 30 de octubre de 1854. Se trata de una carta escrita por el corresponsal en Londres de *La España*; periódico fundado en 1848, de ideología liberal-ultraconservadora. No habiendo sido localizada la fuente primaria a través del fondo documental de la BNE, se ha rescatado la carta que fue transcrita textualmente por *La Esperanza* y el periódico balear<sup>3</sup> *El Genio de la Libertad* (Gelabert, 16 de noviembre de 1854). En la carta se hablaba brevemente de la procedencia de Nightingale, vinculando su vocación enfermera a la caridad. No referían datos sobre su formación académica, lo cual pudiera relacionarse indirectamente con la ideología católica de los periódicos que lo publicaban. Se transcribe aquí un fragmento que lo demuestra:

“[...] Desde su niñez se dedicó esta señora á repartir limosnas y cuidar enfermos entre los arrendatarios de una gran hacienda que posee su padre en el condado de Hampshire. A la edad de diez y ocho años renunció á los goces que le facilitaban su clase y su situación en la sociedad, y se puso á la cabeza de un hospital de mujeres. Allí se hizo notar por su ardiente caridad y por el acierto con que desempeñaba las delicadas y arduas funciones del ministerio que había tomado á su cargo. Entre las personas que ha escogido para ayudarla en la comisión que ha puesto én sus manos el gobierno, van algunas católicas Hermanas de la Caridad” (García Sierra, 8 de noviembre de 1854, p. 1).

En diciembre de ese mismo año las referencias en prensa presentaron a una Nightingale más imparcial a través de *La Ilustración*, primer periódico español de actualidad generado bajo el concepto del periodismo ilustrado francés e inglés. En su sección “Anales de la Guerra”, le dedicaban una noticia de mayor extensión en comparación con los breves fragmentos aparecidos en los periódicos mencionados hasta

<sup>3</sup>Hasta el momento los demás periódicos nombrados eran editados en Madrid.

el momento. Si bien es cierto que se seguía hablando de ella en términos de caridad, se le reconocía una actitud de liderazgo y no de imitación de las órdenes religiosas; sin desmerecer en ningún caso a estas últimas:

“Lo que de la señorita Nightingale y sus compañeras hemos sabido realza mas y mas el mérito de su empresa, á la que el gobierno inglés se ha apresurado á dar una sanción que le hace mucho honor. Miss Nightingale posee cuanto puede hacer la vida feliz y brillante [...] se ha consagrado á una vida de caridad y abnegación [...] se ha conmovido con la relación de lo que sufren sus compatriotas en Oriente y con el ejemplo de nuestras hermanas de la Caridad, y por eso se ha decidido á salir de Londres con las compañeras que la siguen bajo su dirección” (Fernández de los Ríos, 11 de diciembre de 1854, p. 486).

A este número, le siguieron dos noticias más en el mismo periódico en donde se narraba con especial interés la labor de Nightingale en términos de altruismo y se insistía en ensalzar su capacidad de liderazgo:

“[...] merece ocupar un lugar preferente el acto heroico de abnegación con la que Miss Nightingale se resolvió dirigirse á Scutari para encargarse allí de la dirección del cuidado y asistencia de los enfermos y heridos en los hospitales ingleses [...] puso de manifiesto el corazón mas noble, venciendo heroicamente no tan solo la repugnancia innata á la naturaleza humana ante las heridas y enfermedades, sino también esa preocupación, particularmente predominante de Inglaterra, de contemplar la asistencia del soldado por mano de la mujer como indecorosa [...]” (Fernández de los Ríos, 2 de abril de 1855, pp. 134-135).

La segunda de las noticias de *La Ilustración* llegó cinco meses después. Durante ese periodo, y atendiendo a las fuentes consultadas, no se localizaron nuevas noticias en prensa española. Sin embargo, en *La Ilustración* continuaban las crónicas sobre la Guerra, mencionando a Nightingale, e insistiendo en su capacidad de gestión sanitaria en términos de administración y organización, en este caso, de los barcos de mercancías:

“Y gracias á los esfuerzos de Miss Nightingale [...] ha conseguido con sus compañeras atenuar el desamparo en que se hallaban los hospitales ingleses de Scútari. [...] después de esperar dos meses hasta la llegada de los dos vapores con repuestos de todas clases para los lazaretos, sucedió que con la mal organizada intendencia, pasaron días y días, antes que se procediese á su descargamento, y si por fin tuvo lugar en parte, fue porque Miss Nightingale, tomando sobre sí toda responsabilidad, fué reclamando de los patrones de los dos vapores cuanto hacia falta por el momento para atender a las precisas necesidades de aquellos establecimientos” (Fernández de los Ríos, 10 de setiembre de 1855, p. 363).

Pasado más de un año del inicio del conflicto, otros periódicos como la *Revista Católica* de Barcelona, le dedicaban una sección completa en la que calificaban su hazaña como “infecunda”, término que aparece en el mismo título “Miss Nightingale y la infecunda caridad anglicana”. Al igual que lo hizo previamente *La Esperanza*, la *Revista Católica* rescataba partes de prensa internacional para apoyar su posicionamiento en contra de Nightingale. En este caso recuperaba fragmentos del *Times*, fiel eco del partido protestante, para apoyar su discurso de carácter fuertemente religioso: “Ya muy luego de llegada á Scutari miss Nightingale, hablando el *Times* de la acogida que tuvo la caritativa expedición inglesa, decía con no poca desconfianza: <Oficiales de reconocida experiencia ponen en duda el buen suceso de este nuevo ensayo>” (“Inglaterra. Miss Nightingale y la infecunda caridad anglicana”, marzo 1856, p. 277). Si bien es cierto que Nightingale tendría sus detractores, pudiera resultar arriesgado generalizar dicha afirmación de forma tan explícita.

Podría decirse que la combinación inseparable en España de la Iglesia católica, con la atención sanitaria y el cuidado, quedaba evidenciada en la manera en que llegaban las noticias de los hechos a través de la prensa. *La Esperanza* contaba que “El corresponsal de *El Norte* en San-Petersburgo da noticia de los prodigios de caridad y abnegación hechos en la Crimea [...] Tanto esta empresa [Hermanas de la Cruz] como la de miss Nightingale han sido inspiradas por el ejemplo de las *Hermanas de la Caridad*, joya del catolicismo” (García Sierra, 2 de mayo de 1856, p. 4). Estos datos contrastaban de algún modo con los de sus biógrafos, Cook (1913) y Pollard (1890); quienes describían como el Obispo Católico Romano había liberado del rigor y la norma de las órdenes religiosas a las mujeres que iban con Nightingale, para que pudieran someterse a las directrices de la enfermera británica durante su expedición. Estos sucesos demuestran la escasa probabilidad de que la prensa católica española reconociera los méritos de una mujer enfermera y protestante.

En contraposición a la defensa de la caridad y abnegación presentes en la enfermería española del momento, otros periódicos parecían mostrar una versión más novedosa de la enfermería. Se referían a la importancia en términos de formación y preparación de la mujer enfermera. Concretamente y de nuevo *La Ilustración*, con el título de *Mis Florence Nightingale*, lanzaba una biografía en la que defendía como la formación que había adquirido Nightingale, fue determinante para su labor en Crimea, sin olvidar su vocación y altruismo. Se detallaban datos objetivos de su vida, relacionados con su

procedencia, sus viajes, su formación e instrucción. Era la primera ocasión en la cual se le reconocía a Nightingale una eminente cultura intelectual, conocimientos en matemáticas, dominio de idiomas como alemán, francés e italiano, así como conocimientos relacionados con la cultura oriental por sus viajes a Egipto. También, se ensalzaba la labor que hizo con su equipo en términos de reorganización estructural del hospital de Scutari y como consiguieron mejorar la calidad de la asistencia de los soldados (Fernández de los Ríos, 17 de marzo de 1856). Además, se anunciaba el interés suscitado en Inglaterra por su obra y por la creación de “una casa matriz para instruir jóvenes en la noble carrera de ministras de los enfermos y desvalidos” (Fernández de los Ríos, 17 de marzo de 1856, p. 110). La crónica de guerra daría su fin con el retorno de Nightingale. Fue *La Ilustración* quien comunicó su regreso: “Miss Nightingale, la muy filantrópica enfermera inglesa en Oriente, ha regresado á su patria en donde fue recibida con grande entusiasmo” (Fernández de los Ríos, 1 de setiembre de 1856, p. 337).

Al mismo tiempo llegaron los reconocimientos. *La Ilustración* narraba en sus noticias como la casa real le otorgó una condecoración acompañada del siguiente texto: “A Miss Florence Nightingale, en testimonio de aprecio y gratitud por su abnegación á favor de los valientes soldados de la reina Victoria. R. 1855” (Fernández de los Ríos, 17 de marzo de 1856, p. 110). También, *La España* a través de su corresponsal en Londres, informaba que “La célebre Miss Florencia Nightingale ha sido convidada por la reina a pasar algunos días en compañía de la real familia, en el palacio Balmoral. Esta distinción solo se confiere á las personas de la más alta categoría ó de los mas eminentes servicios. Mis Nightingale es el ídolo del ejército” (Corresponsal, 28 de setiembre de 1856, p. 1).

A partir de ese momento y durante un año, no se localizaron nuevas noticias en prensa española. Solo aparecía el nombre de Nightingale en el contexto de instituciones religiosas altamente consideradas en España. En este sentido bajo la firma de “El Estado” se difundía un amplio artículo sobre las Hermanas de la Caridad, el cual fue transcrito en tres periódicos conservadores: *La España*, *El Mallorquín* y *Escenas Contemporáneas*. En dicho trabajo se honraba la labor de las Hermanas, se describía su fundación y formación. A lo largo de la noticia se transmitía la convicción de que las Hermanas eran la única agrupación verdadera, considerando cualquier otra religión o creencia como paganismo. En el artículo se nombra a Nightingale como compañera de una mujer autora de una carta

escrita sobre las Hermanas (Estado, abril de 1857; Estado, 18 de enero de 1857; Guasp, 21 de enero de 1857). Llama la atención como en la noticia se especulaba que las enfermeras inglesas tuvieron una “desarreglada conducta en Crimea [y que] esas enfermeras asalariadas, en vez de dedicarse al cuidado de los enfermos y heridos que se les tenían encomendados, se encontraron durmiendo ó completamente embriagadas, dejando espirar á su lado á sus infelices hermanos moribundos” (Estado, 18 de enero de 1857, p. 2). Sin cuestionar la veracidad de dichas afirmaciones, pues hubo diferentes expediciones de mujeres auxiliadoras, en ningún caso debieran personificarse y/o reducirse al colectivo del equipo de Nightingale, pues los resultados de su trabajo quedaron ampliamente documentados a través del informe elaborado y publicado por ella misma tan solo un año más tarde (Nightingale, 1858).

Otra de las instituciones rememoradas eran las Hermanas de la Misericordia en *La España y La Esperanza*. Siendo el mismo firmante que en el artículo previo (“El Estado”) se describía su fundación y formación (Estado, 31 de enero de 1857). Al igual como ocurría con las Hermanas de la Caridad, se les otorgaba un papel protagonista en Crimea, defendiendo que fueron quienes “respondieron generosamente á la desairada reclamación anglicana”, ya que “la sublime fecundidad católica contrastó notablemente entonces con la vergonzosa esterilidad del protestantismo” (La España, 3 de febrero de 1857, p. 4; Estado, 31 de enero de 1857, p. 4). Nightingale aparecía en el artículo como un personaje más, en el contexto de “algunas señoras que se presentaron junto con mis Nightingale” para atender a los soldados. Apreciaciones que hacen pensar en una intencionada insistencia del Estado por poner en valor dichas órdenes religiosas, considerando de menor importancia la labor de una mujer protestante.

## **PROPUESTA DE UNA ESCUELA DE ENFERMERAS**

La condición de Nightingale como enfermera de guerra en el seno de una sociedad protestante no era el único motivo de polémica en la prensa española. Durante su estancia en Scutari, Herbert le propuso a Nightingale emprender un proyecto para fundar una institución de formación para enfermeras. El hecho de que ella contestara con un aplazamiento debido a su estancia en Scutari, pudo haber sido considerado por parte de

la prensa española como una oportunidad para contribuir a su desdicha. Nightingale respondía a la propuesta con estas palabras:

“Expuesta como estoy á ser mal comprendida, en un terreno de actividad cuya obra es nueva, complicada y lejana de aquellos que están llamados a juzgarla, deben servirme de poderoso estímulo semejantes simpatías y manifestaciones y dificultades superiores á mis fuerzas. Debo sin embargo añadir que no pienso en abandonar mi obra actual por otra alguna [...] Os ruego por lo demás tengáis á bien decir á los vocales del comité que acepto su proposición, en la inteligencia de que es todavía sobremanera incierta la época en que pueda realizarla. Escojo las personas siguientes, para que formen junto con vos y Mr Bracebridge mi junta consultiva: lord Ellesmere, el coronel Jebb, sir James Clark, Mr. W. Bowman, el decano d’Hereford, sir John M’Neill y el doctor Bence Jones” (“Inglaterra. Miss Nightingale y la infecunda caridad anglicana”, marzo 1856, pp. 277-278).

Las palabras de Nightingale sugerían una postergación del proyecto. Ella lo consideraba realizable. Como prueba de ello se leía una enumeración de las personas que quería que formaran parte. Sin embargo, la *Revista Católica* se posicionaba en contra de dicha propuesta, argumentando que, sin el Espíritu de Dios y las bendiciones del cielo del catolicismo, no sería posible su fundación. El periódico calificaba la idea de infecunda, por provenir del protestantismo. Aludían que Nightingale como persona física única y sin las bendiciones del catolicismo, no podría promover una institución que prosperara. Al mismo tiempo, referían que las personas citadas por la enfermera para formar su equipo “no son una grande garantía para realizar la institución solicitada” (“Inglaterra. Miss Nightingale y la infecunda caridad anglicana”, marzo 1856, p. 277).

En este sentido, *La Esperanza* apoyaba los argumentos de la *Revista Católica*. Se mantenía en su lucha por visibilizar una Nightingale no capacitada para generar una escuela de enfermeras anglicanas. Dicho periódico monárquico absolutista defendía que la fe católica y la convicción profunda en el señor eran dos requisitos indispensables en términos de prosperidad a la hora de constituir una institución para tal fin.

“Ya en otra ocasión hablamos á nuestros lectores de la famosa Miss Nightingale, que con un reducido número de damas inglesas, movidas, mas acaso que por el estímulo de la gloria mundanal [...] por el heroico ejemplo de nuestras Hermanas de la Caridad [...] hasta el presente no ha habido nuevas obreras que sigan las huellas de miss Nightingale, entre las hijas de la Iglesia anglicana [...] Por que los Benitos, los Loyolas, [...] dejando en la *mas completa incertidumbre el tiempo de*



*su ejecución*, ni fundaban sus esperanzas en los *meetings*, en el oro é influencia de los grandes hombres: porque, en vez de dirigirse, como miss Nightingale, á un pueblo protestante, para quien las creencias mas encontradas le son igualmente aceptables, y á quien se le dice, por boca de Lutero, su maestro, que las buenas obras son inútiles, si no perjudiciales, llamaron en su ayuda al pueblo católico, que cuenta en su seno innumerables almas ardientemente caritativas, dispuestas á todas horas á sacrificar sus vidas por sus hermanos en aras del amor divino [...]” (García Sierra, 28 de febrero de 1856, pp. 1-2).

Si bien hasta el momento no habían surgido discrepancias explícitas entre los periódicos, las últimas referencias localizadas en el presente trabajo reflejan lo contrario. Contextualizando el momento, poco tiempo después del regreso de Nightingale de Crimea, surgió una noticia para recaudar fondos para India, colonia británica, recordando como ejemplo las colaboraciones a la obra de Nightingale. Esta noticia fue publicada en *El Clamor Público* y también otros como *La España*; constituyó el punto de partida de polémica entre el primero y *La Esperanza*. La noticia decía lo siguiente: “Suscripción. La que se ha abierto en Inglaterra para el alivio de los que han sufrido con la rebelión de la India, se eleva ya á mas de veinte millones de reales. La que se hizo en favor de la célebre Nightingale, que tan nobles servicios prestó á la causa de la humanidad en la Crimea, asistiendo á los heridos y enfermos, produjo sobre cuatro millones, los cuales ha destinado para un hospital que será dirigido por ella” (Prieto, 28 de octubre de 1857, p. 1).

Hasta el momento ambos periódicos no se habían aludido entre ellos. Primero fue *La Esperanza* con una crítica alusiva a *El Clamor Público*, anunciándolo como un periódico perteneciente a “una especie diferente”:

“El periódico que en España se ha atrevido á ensalzar de un modo que no es calificable la conducta de misioneros protestantes; proclamando la superioridad civilizadora de la Reforma sobre catolicismo [...] no merece ciertamente ninguna condescendencia. No tratamos, ni hay motivo de ello, de hacer ver el mal éxito que tuvo la abnegación de la célebre y piadosa miss Nightingale al querer prestar sus *nobles servicios* á la causa de la humanidad en la Crimea [...] Desearíamos, sin embargo, que *El Clamor* desentrañase alguno de esos preciosísimos opúsculos que él solo conoce, en el que probara que miss Nightingale, *este interesante modelo de caridad cristiana*, no aparecía muy inferior en su obra humanitaria á las modestísimas Hermanas de la Caridad” (García Sierra, 28 de octubre de 1857, p. 1).

A los pocos días, *La Esperanza* incorporaba una carta que provenía de un suscriptor anónimo, calificado como “español distinguido” y “competente” residente en Inglaterra. Su contenido parecía como un refuerzo a lo defendido en la noticia previa:

“*El Clamor* [pasa] moneda falsa por de buena ley cuando se trata de ensalzar lo que está condenado por nuestra fe. La verdad es que la impotencia de *todos* los medios de consuelo que no sean absolutamente materiales en el protestantismo y en todas las sectas separadas de la Iglesia, está reconocida y admitida una y mil veces por todos los hombres pensadores de Inglaterra. Inventan teorías sin número para explicar un hecho que no niegan [...] Miss Nightingale es probable que fuese hoy médica si no la hubiese pervertido la adulación exageradísima que la rodea [...] Curioso es por demás que no se aperciba *El Clamor* de lo que el público inglés no se apercibe tampoco que esa exaltación de miss Nightingale [...] demuestra cuán rara *ave es*, puesto que tal asombro causa, mientras que entre las Hermanas católicas abundan, como todo el mundo sabe, las misses Nightingales, y si no reciben ó no ostentan recibir millones de suscripciones, sin embargo, trabajan con mayor éxito” (García Sierra, 9 de noviembre de 1857, p. 2).

Como respuesta a *La Esperanza*, *El Clamor Público* ofrecía un discurso progresista que aceptaba la libertad de pensamiento y acción. No se ponía en duda el mérito de Nightingale independientemente del credo dominante:

“Veo que nuestra amiga *La Esperanza* no se corrige y me confirmo en la opinión de que el ódio teológico es el mas feo de todos los ódios, como también el mas ciego y duradero. Para él las afirmaciones del mundo civilizado y de la ciencia son vanas, los hechos inútiles, la historia una letra muerta [...] Las pasiones de pandilla y las diferencias de credos nunca ciegan á los hombres superiores hasta el punto de desconocer las acciones nobles de sus antagonistas [...] El mundo la admira; la humanidad la bendice; católicos y protestantes ingleses han contribuido á la enorme suscripción de que ya tiene Vd. conocimiento; la Inglaterra le erige un monumento, y por mas que diga su fanático colega, la historia la presentará en la posteridad como un modelo de caridad cristiana” (Martínez de la Torre, 12 de noviembre de 1857, pp. 1-2).

Esta conversación mantenida entre periódicos, junto a las referencias analizadas, podría argumentar una falta de conocimiento en la sociedad española sobre la labor de Nightingale en Crimea; así como una visión sesgada por la influencia de poder del catolicismo en la atención sanitaria de la sociedad española del siglo XIX. A modo anecdótico, las últimas noticias localizadas en este periodo de tiempo insinuaban los últimos viajes que realizaría Nightingale en su vida, como fue su estancia en Viena, con

el fin de mejorar las condiciones de los hospitales. Noticia que llegó a España a través de *El Clamor Público* (Martínez de la Torre, 23 de diciembre de 1857).

Con la documentación aportada se demuestra como la participación de Nightingale en la Guerra de Crimea sí fue conocida en España durante la década de 1850. Atendiendo a la hermenéutica de Gadamer y no pudiendo disociar la tradición cultural española de la información rescatada, la ideología de quién escribía las noticias de guerra pretendía influenciar en la sociedad española, o bien a favor o bien en contra del personaje. Se aprecia como los hechos fueron narrados desde diferentes perspectivas respondiendo a la ideología del periódico. En cualquier caso, la sociedad española fue conocedora de esta figura y su participación en la Guerra de Crimea. En este punto surge la pregunta de si ocurriría lo mismo con la información en prensa sobre la fundación de la escuela de Nightingale de 1860. Resolver estas incógnitas ayudarían en el esclarecimiento de los inicios de la profesionalización en España.

Adicionalmente, en el presente trabajo han sido localizados diferentes fragmentos de prensa que llevan a conocer la visibilidad de otras mujeres, como por ejemplo Miss Stanley (Fernández de los Ríos, 15 de enero de 1855). Cabría preguntarse en futuras investigaciones sobre la participación de otras mujeres en la Guerra de Crimea. Quién sabe, si quizás se podría reconstruir un equipo de enfermeras de Crimea y otorgarle su merecido reconocimiento.

## CONCLUSIONES

En el siglo XIX en Inglaterra se producía una disociación de la Iglesia y el Estado, que hizo que la sanidad se convirtiera en un asunto estatal. En España, la Iglesia y el Estado seguían funcionando como un binomio inseparable, estando el cuidado en manos principalmente de diversas instituciones y órdenes religiosas.

La atención sanitaria y la prestación de cuidados a los soldados británicos en la Guerra de Crimea (1853-1856) fue llevada a cabo, en gran parte, gracias al plan organizativo y administrativo liderado por Nightingale.

Durante la guerra de Crimea, la prensa española fue notificando lo sucedido encontrando perspectivas contrapuestas. A través de la Hemeroteca Digital de la BNE fueron localizadas un total de 27 referencias sobre Nightingale y la Guerra de Crimea.

Las noticias de prensa procedentes de *El Católico*, *La Esperanza*, *La España* y la *Revista Católica* respondían a los cánones ideológicos imperantes en la sociedad española del siglo XIX. El catolicismo era considerado como única fuente verdadera, y Nightingale, proviniendo de una sociedad protestante, se describía como un modelo que se limitaba a imitar a las instituciones religiosas.

Los periódicos y diarios de corte conservador y monárquico, como *Escenas Contemporáneas*, *El Mallorquín*, *La España* y *La Esperanza* insistían en hablar de órdenes como las Hermanas de la Caridad y de la Misericordia, nombrando a Nightingale de forma nominal sin incidir en su labor.

*El Clamor Público* y *La Ilustración* fueron dos publicaciones que mostraron una visión de Nightingale más aséptica, reconociendo su labor como enfermera profesional y transmitiendo a la sociedad española una visión menos enraizada con la cultura tradicional española.

Como futuras líneas de investigación se propone estudiar si la propuesta de formación de la enfermera Nightingale fue recibida en España con la misma confrontación ideológica entre sectores como lo fue su labor en la Guerra de Crimea. Del mismo modo, sería interesante indagar en otras enfermeras relevantes por su aportación al conflicto bélico como Miss Stanley.

## FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA

- Cook, E. (1913). *Life of Florence Nightingale. Vol. I: 1820-1861*. London: Macmillan and Company Limited.
- Corresponsal (28 de setiembre de 1856). Londres (22 de setiembre). *La España (Madrid. 1848)*, AÑO IX(2282), p. 1. Recuperado de <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0002744742&page=1&search=Nightingale&lang=es>
- Domínguez Alcón, C. (2017). *Evolución del Cuidado y la profesión enfermera*. Barcelona: Ediciones San Juan de Dios.
- Estado (18 de enero de 1857). Las Hermanas de la Caridad. *La España (Madrid. 1848)*, AÑO X(2378), p. 2-3. Recuperado de <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0002746933&page=2&search=Nightingale&lang=es>

- Estado (abril de 1857). Las Hermanas de la Caridad. *Escenas Contemporáneas*, p. 80-85. Recuperado de <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0003254988&page=82&search=Nightingale&lang=es>
- Estado (31 de enero de 1857). Las Hermanas de la Misericordia. *La España (Madrid. 1848)*, AÑO X(2389), p. 4. Recuperado de <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0002747743&page=4&search=Nightingale&lang=es>
- Fernández de los Ríos, Á. (1 de setiembre de 1856). Sucesos de actualidad. *La Ilustración (Madrid)*, VIII(392), p. 337. Recuperado de <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0004253130&page=1&search=Nightingale&lang=es>
- Fernández de los Ríos, Á. (2 de abril de 1855). Mis Nightingale. *La Ilustración (Madrid)* (318), p. 134-135. Recuperado de <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0004248745&page=6&search=Nightingale&lang=es>
- Fernández de los Ríos, Á. (10 de setiembre de 1855). Los Hospitales Militares Franceses en Constantinopla. *La Ilustración (Madrid)*(341), p. 363. Recuperado de <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0004250054&page=3&search=Nightingale&lang=es>
- Fernández de los Ríos, Á. (11 de diciembre de 1854). ANALES DE LA GUERRA DE ORIENTE. Salida de Marsella para Oriente de Miss Nightingale y sus compañeras inglesas para asistir a heridos y enfermos. *La Ilustración (Madrid)*(302), p. 486. Recuperado de <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0004247656&page=5&search=Nightingale&lang=es>
- Fernández de los Ríos, Á. (15 de enero de 1855). Noticias de actualidad. *La Ilustración (Madrid)*(307), p. 25. Recuperado de <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0004247885&page=1&search=Nightingale&lang=es>
- Fernández de los Ríos, Á. (17 de marzo de 1856). Mis Florence Nightingale. *La Ilustración (Madrid)*, VIII(368), p. 110. Recuperado de <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0004251667&page=5&search=Nightingale&lang=es>
- Fernández, F. F. (1 de marzo de 1840). Prospecto. *El Católico (Madrid)*, p.1-4. Recuperado de <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0003158447&search=&lang=es>
- García Sierra, N. (9 de noviembre de 1857). Editorial. *La Esperanza (Madrid. 1844)*, AÑO DECIMOCUARTO(4006), p. 2. Recuperado de <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0002325155&page=2&search=Nightingale&lang=es>
- García Sierra, N. (28 de octubre de 1857). Editorial. *La Esperanza (Madrid. 1844)*, AÑO DECIMOCUARTO(3996), p. 1. Recuperado de <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0002323905&page=1&search=Nightingale&lang=es>
- García Sierra, N. (28 de diciembre de 1854). En *El Univers* de París del 24 leemos lo siguiente. *La Esperanza (Madrid. 1844)*, AÑO UNDÉCIMO(3126), p. 2. Recuperado de

- <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0002221656&page=2&search=Nightingale&lang=es>
- García Sierra, N. (28 de febrero de 1856). Editorial. *La Esperanza (Madrid. 1844)*, AÑO DUODÉCIMO(3486), p. 1-2. Recuperado de <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0002239934&page=1&search=Nightingale&lang=es>
  - García Sierra, N. (1 de noviembre de 1854). Noticias de Madrid. Parte no oficial. Periódicos de la Capital (de ayer). El Católico. *La Esperanza (Madrid. 1844)*, AÑO UNDÉCIMO(3078), p. 3. Recuperado de <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0001967590&page=3&search=Nightingale&lang=es>
  - García Sierra, N. (8 de noviembre de 1854). Noticias Etranjeras. Londres. *La Esperanza (Madrid. 1844)*, AÑO UNDÉCIMO(3081), p. 1. Recuperado de <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0002219623&page=1&search=Nightingale&lang=es>
  - García Sierra, N. (2 de mayo de 1856). Últimas noticias. *La Esperanza (Madrid. 1844)*, AÑO DUODÉCIMO(3339), p. 4. Recuperado de <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0002242871&page=4&search=Nightingale&lang=es>
  - Gelabert, P. J. (16 de noviembre de 1854). España. *El Genio de la Libertad*(278), p. 1-4. Recuperado de <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0004461971&page=2&search=Nightingale&lang=es>
  - Guasp, F. (21 de enero de 1857). Editorial. *El Mallorquín (Palma de Mallorca)*, AÑO 2(21), p. 4. Recuperado de <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0031091032&page=4&search=Nightingale&lang=es>
  - Inglaterra. Miss Nightingale y la infecunda caridad anglicana. (Marzo 1856). *Revista Católica (Barcelona)*(CLXV), p. 276-279. Recuperado de <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0005100618&search=&lang=es>
  - La España (3 de febrero de 1857). Las Hermanas de la Misericordia. *La Esperanza (Madrid. 1844)*, AÑO DECIMOTERCIO(3771), p. 4. Recuperado de <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0002311861&page=4&search=Nightingale&lang=es>
  - Martínez de la Torre, F. (23 de diciembre de 1857). Sección Política. Carta del corresponsal de Lóndres (16 de Setiembre). *El Clamor Público*(4119), p. 2. Recuperado de <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0002864219&page=2&search=Nightingale&lang=es>
  - Martínez de la Torre, F. (12 de noviembre de 1857). Sección Política. Carta de corresponsal de Lóndres (6 de Noviembre). *El Clamor Público*(4085), p. 1-2. Recuperado de <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0002861746&page=2&search=Nightingale&lang=es>

- Martínez de la Torre, F. (13 de setiembre de 1855). Crónica Estrangera. Monumento Glorioso. *El Clamor Público*(3418), p. 3. Recuperado de <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0002809464&page=3&search=Nightingale&lang=es>
- Martínez de la Torre, F. (27 de octubre de 1854). Correo Estrangero. Europa. Inglaterra. *El Clamor Público*(5145), p. 2. Recuperado de <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0002787938&page=2&search=Nightingale&lang=es>
- McDonald, L. (2010). *Florence Nightingale: The Crimean War: Collected Works of Florence Nightingale* (Vol. 14). Canada: Wilfrid Laurier Univ. Press.
- Moreno y Sacristán, M. S. (31 de octubre de 1854). *El Católico (Madrid)*, AÑO XV(4725), p. 1001. Recuperado de <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0003429729&page=1&search=Nightingale&lang=es>
- Nightingale, F. (1858). *Notes on Matters Affecting the Health, Efficiency and Hospital Administration of the British Army*. London: Harrison and Sons.
- Pollard, E. F. (1890). *Florence Nightingale. The Wounded Soldier's Friend* (J. Prieto Goitia, Trans.). Bizkaia: Colegio de Enfermería de Bizkaia; Academia de Enfermería de Bizkaia.
- Prieto, R. (28 de octubre de 1857). Exterior. Suscripcion. *La España (Madrid. 1848)*, Año X(2620), p. 1. Recuperado de <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0002762356&page=1&search=Nightingale&lang=es>
- Santainés-Borredá, E. (2019). *Florence Nightingale en la obra de Federico Rubio*. Granada: Fundación Index.
- Siles González, J. (2011). *Historia de la Enfermería*. Madrid: Difusión Avances de Enfermería.

## ANTROPOLOGÍA

### **El cuidado de la persona mayor ante la enfermedad y el dolor. Una etnografía de la ancianidad en residencias de una Congregación religiosa Internacional**

**The care of the elderly person before disease and pain.  
An ethnography of old age in old people`s home of an Internacional and religious  
Congregation**

**O cuidado do idoso frente à doença e à dor.  
Uma etnografia da velhice em residências de uma Congregação Religiosa  
Internacional**

**Alejandro De Haro Honrubia<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Profesor Titular de Universidad. Departamento de Filosofía, Antropología, Sociología y Estética. Universidad de Castilla-La Mancha y Profesor-Tutor en la UNED. Doctor en Filosofía y en Antropología Social. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1936-3920>. Correo electrónico: Alejandro.Haro@uclm.es

Correspondencia: Departamento de Filosofía, Antropología, Sociología y Estética. Universidad de Castilla-La Mancha. Campus Universitario s/n. Edificio Benjamín Palencia 02071 Albacete

Para citar este artículo: de Haro Honrubia, A. (2021). El cuidado de la persona mayor ante la enfermedad y el dolor. Una etnografía de la ancianidad en residencias de una Congregación religiosa Internacional. *Cultura de los Cuidados*, 25(61). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.61.10>

Recibido:09/07/2021 Aceptado: 08/09/2021





## RESUMEN

El objetivo de este trabajo es estudiar las acciones de ayuda y cuidado ante la enfermedad y el dolor entre un colectivo de ancianos de instituciones residenciales para mayores privadas, sin ánimo de lucro y de carácter religioso -también se han visitado algunas residencias públicas y de carácter laico tanto en España como en el extranjero- de la Comunidad Autónoma de Castilla La Mancha (España) y que pertenecen a la “Congregación Internacional de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados”, fundada en 1873, que cuenta con infinidad de residencias por los siguientes cuatro continentes: Europa, Asia, África y América. Al tratarse de una investigación etnográfica de campo, la metodología utilizada no puede ser otra que la observación participante, las conversaciones informales y las entrevistas semiestructuradas abiertas. Los resultados son los siguientes: En las residencias de esta Congregación, la enfermedad y el dolor, se afrontan, tanto si hablamos de personas “válidas” como “asistidas”, siendo el espacio de referencia de estas últimas la enfermería, tanto en clave biomédica como también en clave religioso espiritual, es decir, desde la medicina farmacológica (*cure*), así como también en base a un conjunto de creencias que pivotan en torno a la idea del amor a Cristo como fuente de sanación/curación. Como conclusión, afirmamos que en los procesos de ayuda/cuidado/curación se funden tanto el tratamiento técnico biomédico (*cure*) como el afectivo humanitario (*care*), evitando el exceso de *cure* y el déficit de *care*.

**Palabras clave:** Vejez; etnografía; cuidado; dolor; enfermedad.

## ABSTRACT

The objective of this work is to study the actions of help and care in the face of illness and pain among a group of elderly people from private, non-profit and religious residential institutions for the elderly - some public and private residences have also been visited. layperson both in Spain and abroad- from the Autonomous Community of Castilla La Mancha (Spain) and who belong to the “International Congregation of the Little Sisters of the Helpless Elderly”, founded in 1873, which has countless residences for the following four continents: Europe, Asia, Africa and America. As it is an ethnographic field research, the methodology used cannot be other than participant observation, informal conversations and open semi-structured interviews. The results are as follows: In the residences of this Congregation, illness and pain are faced, whether we speak of "valid" or "assisted" people, the latter being the reference space for the latter, both in biomedical terms. as well as in a religious spiritual key, that is, from pharmacological medicine (*cure*), as well as based on a set of beliefs that revolve around the idea of love for Christ as a source of healing / healing. In conclusion, we affirm that both the biomedical technical treatment (*cure*) and the humanitarian affective (*care*) merge in the help / care / cure processes, avoiding excess cure and deficit of care.

**Keywords:** Old age; ethnography; care; pain; disease.

## RESUMO

O objetivo deste trabalho é estudar as ações de ajuda e cuidado diante da doença e da dor entre um grupo de idosos de instituições residenciais privadas, sem fins lucrativos e religiosas para idosos - também foram visitadas algumas residências públicas e privadas. . Leigos na Espanha e no exterior - da Comunidade Autônoma de Castilla La Mancha (Espanha) e que pertencem à “Congregação Internacional das Pequenas Irmãs dos Idosos Desamparados”, fundada em 1873, que conta com inúmeras residências nos quatro continentes seguintes : Europa, Ásia, África e América. Por se tratar de uma pesquisa de campo etnográfica, a metodologia utilizada não pode ser diferente da observação participante, conversas informais e entrevistas abertas semiestruturadas. Os resultados são os seguintes: Nas residências desta Congregação enfrentam-se a doença e a dor, quer falemos de pessoas "válidas" ou "assistidas", sendo estas últimas o espaço de referência para as últimas, tanto em termos biomédicos. Como numa chave

religioso-espiritual, isto é, desde a medicina farmacológica (cura), bem como a partir de um conjunto de crenças que giram em torno da ideia do amor a Cristo como fonte de cura / cura. Concluindo, afirmamos que tanto o tratamento técnico biomédico (cura) quanto o afetivo humanitário (cuidado) se fundem nos processos ajuda / cuidado / cura, evitando o excesso de cura e o déficit de cuidado.

**Palavras-chave:** Velhice; etnografia; cuidadoso; dor; doença.

“Sólo cuando uno se haya vuelto viejo recurrirá al cristianismo y a la religiosidad. Si uno pudiera ser siempre joven, no tendría la más mínima necesidad ni de cristianismo ni de religión” (Kierkegaard, Sören: *Mi punto de vista*. Madrid: Aguilar, 1987, pp. 41 y 43).

## INTRODUCCIÓN

### **La ética del cuidado (“caring”) entre el colectivo de ancianos. A propósito de un trabajo de campo etnográfico.**

La información contenida en este artículo de investigación recoge algunos de los resultados de un trabajo de campo etnográfico realizado en residencias para mayores de la Congregación Religiosa Internacional de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados. Versa sobre las acciones de cuidado entre el colectivo de personas mayores. El cuidado en la vejez o ancianidad ha sido y es una temática ampliamente estudiada no solamente desde el punto de vista geriátrico/gerontológico, sino también desde el campo de las ciencias sociales como, por ejemplo, siendo el caso que nos ocupa, la antropología.

Algunos trabajos de carácter antropológico etnográfico que abordan esta temática son los siguientes: Betancourt (2012) nos ofrece un estudio en que se ocupa de la transculturación en el cuidado de enfermería gerontológica comunitaria. Por su parte, también es digno de mención, el trabajo de Rueda y Soto (2013), donde se estudia la dimensión emocional del cuidado en la vejez, atendiendo a la mirada de los adultos mayores. Otra aportación relevante es que la realizan Souza, Menezes, Hisako, Martorel y da Silva (2017), al ocuparse del abordaje antropológico y el cuidado de la persona anciana hospitalizada. Asimismo, también aporta datos interesantes el manuscrito de Osorio-Parraguez, Navarrete, Barrales (2018), donde los autores analizan las diferentes

perspectivas socioculturales de la autoatención y provisión de cuidados hacia personas nonagenarias y centenarias en zonas rurales en Chile. Otro trabajo relevante desde el punto de vista etnográfico es el de Gonzalvez, (2018), ya que atiende a las ideas de género, cuidados y vejez en mujeres «en el medio» del trabajo remunerado y del trabajo de cuidado en Santiago de Chile. También resulta interesante el estudio de Torralbo, Guizardi, Ramírez y Cano (2019), ya que estos autores llevan a cabo una etnografía sobre cuidados comunitarios entre mujeres mayores en Independencia (Chile). Finalmente, nos gustaría poner en valor el trabajo de Cesanelli y Margulies (2019), pues las autoras presentan los resultados parciales de una investigación etnográfica efectuada entre 2011 y 2013, en Francia e Italia, con seis mujeres diagnosticadas con Alzheimer, con el propósito de explorar la experiencia de vivir con esta enfermedad y la importancia de los cuidados.

El trabajo que aquí presentamos ofrece algunas particularidades que no encontramos en estudios de esta naturaleza, ya que deriva de una investigación etnográfica realizada entre los años 2008 y 2019 en instituciones residenciales para mayores privadas, sin ánimo de lucro y de carácter religioso –también se han visitado algunas residencias públicas y de carácter laico tanto en España como en el extranjero– ubicadas en la Comunidad Autónoma de Castilla La Mancha (España) y que pertenecen, como ya hemos adelantado, a la “Congregación Internacional de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados”, fundada en 1873, que cuenta con infinidad de residencias por los siguientes cuatro continentes: Europa, Asia, África y América.

Actualmente posee 210 casas, donde son acogidos unos 26.000 ancianos (15.300 en España y 10.000 en los restantes países): son 17 las naciones (España, Portugal, Alemania, Italia, México, Cuba, Puerto Rico, República Dominicana, Colombia, Venezuela, Ecuador, Perú, Bolivia, Argentina, Chile, Brasil, Mozambique) en que se ubica esta congregación, siendo todas sus residencias de carácter mixto, incluyéndose en ellas tanto a personas “válidas” como “asistidas” –denominación que se sigue utilizando en las residencias del territorio español–, necesitando estas últimas, siendo el espacio que ocupan, la enfermería, de vigilancia permanente –o casi permanente, debido a su alto grado de dependencia– por parte de un equipo médico, así como de la ayuda del personal de la propia institución (cuidadores formales) para aquellas labores cotidianas como lavarse, moverse o comer, aunque también reciben la ayuda de cuidadores informales,

personas que altruistamente y externas a las residencias se ofrecen para ayudar a los ancianos en peor estado.

Como en una ocasión me dijo una cuidadora formal, de profesión enfermera: “En la enfermería están mejor las ancianas que están mal, están mejor cuidadas, hay más personal” (mujer de 50 años, comunicación personal). A los que están en la enfermería, sobre todo mujeres, muchas de las cuales sufren de una demencia muy avanzada, se les identifica, por parte del resto de ancianos internos, con expresiones como las siguientes: “los que peor están”, “los que están mal”, “está mal de la cabeza, como casi todas las de enfermería”; “casi todas ellas están mal de la cabeza”; “Cuando las ponen así es porque tendrán que estar así. Las que están enfermas pues tienen que estar solas. Y las que estamos un poco medio bien, digamos, también tenemos que estar juntas, cada una pues con lo que tenga que ser, las que están enfermas que están en enfermería”. Muchos mayores proyectan su rechazo hacia la vejez –lo que se conoce como “edadismo” (“*ageism*”) (Véase De Haro, 2014: 450)– o al proceso ineludible de envejecer a través de determinadas expresiones que emiten sobre otros/as compañeros/as mayores a los/as que ven como más viejos/as, o “seniles” como diría Jacobs (1990), citado en Freixas Farré, 2009).

Se trata de expresiones que es fácil escuchar entre el resto de residentes “válidos”, que señalan a aquellos otros de sus compañeros/as que se encuentran en un estado de senilidad tan avanzado que conlleva, como me dijo un cuidador residencial, que carezcan incluso del sentimiento de “estar enfermos”, y que les limita para vestirse; ir al lavabo; desplazarse; alimentarse, o también presentan más dificultades en el control de esfínteres, aunque como me dijo un informante: “el 90 por ciento de los ancianos y ancianas utilizan pañales y también muchos llevan sonda para evitar problemas de infección de orina. Todos los ancianos lo saben, es *un secreto a voces*”. Otro de los problemas más acusados es la sordera o presbiacusia (déficit auditivo)” o “pérdida del oído en la zona de las altas frecuencias”, de tal manera que como me dijo otra informante: “Algunas ancianas se dejan, en la medida en que están sordas, los grifos abiertos, a veces, no oyen y se dejan los grifos abiertos y tenemos que ir detrás de ellas cerrándolos, con ellas es una lucha constante, diaria”. A esto se suma que la sordera puede provocar reacciones paranoides en los mayores. Es posible que las personas de edad que no oyen muy bien “acaben por interpretar equivocadamente ciertas declaraciones y atribuir a los demás intenciones

hostiles o agresivas”. Las reacciones paranoides “aumentan durante la vejez” (Mishara y Riedel, 1986: 168).

Se trata de personas afectadas en muchos casos por una polipatología crónica, es decir, no una, sino varias enfermedades o dolencias tanto de orden físico como mental que las limitan en su quehacer diario o cotidiano. Como la vejez es por excelencia, dice S. de Beauvoir (1983), “el campo de lo psicosomático, las enfermedades orgánicas dependen también estrechamente de factores psicológicos”, lo que hace que carezcan de autonomía. En el campo de la gerontología y de la geriatría, se entiende por esta la capacidad humana de gobernar las propias acciones y la propia vida, ejercer la voluntad propia. Su opuesto es heteronomía (y no dependencia, como habitualmente se emplea), que se refiere al hecho de ser gobernado por los otros, “que los demás decidan por uno”. Por independencia nos referimos, sin embargo, a la capacidad de la persona para desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria (capacidad de vivir en comunidad recibiendo poca o ninguna ayuda). Su opuesto, la dependencia, indica la necesidad de ayuda que requieren las personas para estas actividades cotidianas. Lourdes Bermejo García dice que la praxis profesional de gerontólogos y geriatras debe estar orientada al logro de dos metas: la promoción de la autonomía (prevención de la heteronomía) y la promoción de la independencia (prevención de la dependencia). Esto queda englobado bajo la idea del envejecimiento activo que implica una concepción de la vejez como una etapa menos pasiva, más dinámica, creativa y estimulante. El envejecimiento activo supone, por tanto, fomentar o promover la independencia y autonomía y prevenir la dependencia y la heteronomía (Véase Bermejo García, 2009: 132 y s.).

Una joven voluntaria de 23 años, estando en el gimnasio de una de las Residencias de la Congregación que visité, donde las personas mayores generalmente hacen rehabilitación, le dijo a un anciano de 78 años que iba en una silla de ruedas y con una máquina de oxígeno para poder respirar y que no puede, según dice él mismo, vestirse sin ayuda: “quiere que le haga un masaje en la espalda”, “estoy para ayudar adonde me llamen...., para eso me envían de la iglesia del Sagrado Corazón” (Mujer de 23 años, comunicación personal). Se trata de acciones de ayuda/cuidado que podríamos incluir en lo que denominamos una ética del “caring”, es decir, una ética humanitaria del afecto y del cariño hacia el mundo de los mayores cada vez más necesitado de estas acciones de cuidado. Acciones de cuidado, afecto y cariño que apuntan a la idea de un *ethos* del *caring*

y que las personas voluntarias, como es el caso de aquella joven, pero también de muchas otras que visitan las residencias y dentro de estas sobre todo la enfermería, llevan a cabo desinteresadamente sobre todo con personas altamente dependientes o asistidas, también denominadas frágiles o de riesgo –el concepto de *fragilidad* y *riesgo* en el anciano ha sido estudiado, entre otros, por Pérez Hernández (2009)–. Los cuidados integrales son sobre todo demandados por las personas asistidas de enfermería, más proclives a los dolores y enfermedades que las personas válidas.

Si el *care*, el cuidado y el vínculo social, es –como dice F. Saillant– una práctica, el *caring* será la esencia en la que la práctica del *care* se concreta: funcionaría a semejanza de una categoría que trasciende la dicotomía *cure* (tratamiento técnico) /*care* (cuidados y aspectos relacionales) (Saillant, 2008: 191 y 199-200).

El cuidado del otro exige la ayuda desinteresada hacia el otro. En esto consiste la ética del cuidado: el cuidado como competencia humana que posibilite una existencia conjunta en paz, como así ocurre con el ejemplo mencionado en relación con la ayuda voluntaria que reciben las personas mayores por parte de cuidadores informales en las Residencias de la Congregación que he visitado.

Y es que una de las competencias más importantes del ser humano es la capacidad para cuidar. Una capacidad que lo es de índole ética ya que nos predispone para mostrar nuestro afecto y compasión hacia el otro fortaleciendo así la convivencia interpersonal. La ética del cuidado sería también una ética de la compasión, de la afectividad y de la intimidad y no de las “grandes respuestas establecidas de antemano, ni de los códigos deontológicos”. Una ética de la compasión “es una ética netamente antropológica”, una ética desde la experiencia “que supone el encuentro con el otro que demanda de mí una respuesta”. Es así como una ética de la compasión “es una ética “responsiva” (Mélich, 2010: 132-133).

Una de las ancianas de una de las Residencias de la Congregación, una mujer de 76 años me ha comentado en varias ocasiones que ella ayuda a otra anciana, cuyo nombre omitimos, “y a la que sea cuando me lo pidan”, pues ella está en la Residencia “para ayudar a quien lo necesite”. El rol de esta anciana es “el de ayudar a los demás”, me dijo un terapeuta ocupacional, que considera que esta anciana es una líder, siendo como son los/as líderes “personas válidas y dentro de los válidos de los que mejor están de la cabeza”, dice aquel, es decir, los más “capacitados o menos afectados psíquicamente”,

añade. Se trata de una anciana que en las conversaciones que he mantenido con ella me ha dicho que “disfruta ayudando a las demás”, que ella está “para ayudar a las demás”. Es, dice ella misma, “buena persona aquel que se dedica a ayudar a los demás, sobre todo a aquellos que peor están”, “quien me ha pedido ayuda yo le he ayudado”, así como también me ha comentado que, “Yo ayudo a la que puedo, es bueno ayudarse mutuamente”. La reciprocidad consiste en dar y recibir, como fundamento de la convivencia y de la ayuda mutua. Esta anciana es una persona dispuesta a vivir éticamente, estando pendiente del sufrimiento del otro como persona que es, “tener algo infinitamente pendiente con él/ella” (Mélích, 2010: 93). Otra anciana de 79 años, en una conversación informal me dijo que considera necesaria “la ayuda o el cuidado mutuo entre ancianas” (anciana de 79 años, comunicación personal). Como me dijo un cuidador de una de las Residencias: “En general, son muy solidarias, se ayudan unas a otras, pero siempre hay alguna que..., que es punto y aparte y aquí también sucede. Y con los ancianos igual”.

Las acciones de cuidado que reciben los ancianos, es algo que ellos mismos tienen muy interiorizado. El hecho de cuidar a los demás es para ellos, sobre todo para el colectivo de mujeres (debido a la feminización de las acciones de cuidado), un imperativo que formaría parte de la educación generacional que han recibido. Ahora bien, la ayuda/cuidado que unas ancianas reciben de otras, ha generado lo que uno de mis informantes denominó “celopatías”. Según este informante, los celos se dan principalmente entre las mujeres y no tanto entre los hombres, así como no todos ellos tienen tan interiorizado el valor de la ayuda/cuidado, pues como me dijo un anciano de 78 años de una de las Residencias: “Sí, muchos ayudan a otros, pero no todos ayudan, algunos pasan y van a lo suyo, se dedican a criticar y a chillar, a crear problemas a todas horas” (Hombre de 78 años, comunicación personal). Sin embargo, otro anciano de 82 años me dijo lo siguiente: “Mi padre tenía una herida en la pierna y le dio gangrena, lo operaron y estuvo hasta que se murió en una habitación de su casa con las dos piernas cortadas, que a veces desprendían un olor insoportable. Aun así, yo y mis hermanos le cuidamos, cada cierto tiempo le cuidaba uno de nosotros, a pesar de la situación tan fea que vivíamos diariamente mis hermanos y yo con mi padre. Ahora han cambiado mucho las cosas, mis hijos pasan de mí, no quieren atenderme. Antes los ancianos eran más valorados social y familiarmente” (Hombre de 82 años, comunicación personal).

Es esta una situación que evidencia el desarraigo social (la denominada “muerte social”), aislamiento u ostracismo que viven muchos de nuestros mayores en nuestras sociedades que no sienten o perciben que se les cuida, sino, muy al contrario, que se les margina (Véase Santos – Olmo, 2016, Pinazo, S. y Donio, M. 2018 y Rueda 2018). Ellos reclaman ese cuidado y que quien lo lleve a cabo lo sienta como tal para que sea más eficaz.

## **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN ETNOGRÁFICA DE CAMPO**

Lo que aquí presentamos es una investigación etnográfica de campo, por lo que la metodología utilizada no ha sido otra que la observación directa y participante, las conversaciones informales y las entrevistas semiestructuradas abiertas.

El término etnografía se refiere a dos cosas distintas: 1. Por un lado a una estrategia de investigación, a un modo de investigar propio de los antropólogos, a lo que también podemos denominar etnografía de campo; 2. Y, por otro lado, a unos resultados, presentados habitualmente en forma de monografía o informe escrito (aunque, evidentemente, puede tener otros soportes, como el audiovisual). De modo, que el término etnografía, no se restringe a lo segundo, a los resultados de la investigación que realizan los antropólogos. Podemos resumir diciendo que la etnografía es: 1.- El resultado de un determinado proceso/estrategia de investigación. 2. Ese proceso/estrategia de investigación, que a su vez: No es lo mismo que (sino que incluye) el trabajo de campo. No es lo mismo que (sino que incluye) la observación participante (Véase Delgado y Gutiérrez, 1995: 141-173; Véase también Jociles (2018)).

La observación directa y participante, las conversaciones y entrevistas realizadas durante el proceso de investigación en los centros religiosos para mayores de la “Congregación de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados” se han realizado fundamentalmente en las salas de ocio de los ancianos, el comedor, la cafetería, los pasillos, la enfermería, el gimnasio, la peluquería y también en los espacios religiosos/iglesias de las residencias. Se han realizado 50 entrevistas en profundidad a personas mayores con edades comprendidas entre los 60 y 90 años y personal institucional, así como se han mantenido conversaciones de carácter más informal (se ha conversado con un total de 150 mayores, hombres y mujeres, así como con personal de los diferentes centros para la tercera edad: enfermeras, cuidadores formales e informales,



“hermanas” o monjas, terapeutas ocupacionales), lo que nos ha permitido “acceder” a lo que Hammersley y Atkinson denominan en su obra *Etnografía. Métodos de Investigación relatos orales nativos* (Hammersley y Atkinson, 2009). Con otros muchos mayores se han intercambiado algunas palabras sin llegar a ser conversaciones.

Las expresiones utilizadas en este trabajo para referirnos a los individuos de este grupo de edad son las siguientes: “personas mayores” o “ancianos/as”, si bien estos utilizan los términos “viejo” o “vieja”. Así dicen, según yo he escuchado decir a varios de ellos: “somos viejos”, “estamos viejos”. La vejez es definida por los propios actores sociales en términos de dependencia e incapacidad, enfermedades, dolores, quejas, aflicciones, o estorbo para los demás, contraponiéndola a juventud. Sobre la base de estas situaciones y/o relaciones diseñan su propio imaginario social sobre la vejez o ancianidad.

## **DESARROLLO DEL TEMA**

### **Dependencia y dimensiones del cuidado entre los ancianos “válidos” y “asistidos”, incapacitados o demenciados.**

El estado de ayudabilidad es consustancial a la situación dependencia de las personas mayores, tal y como he podido comprobar. Se trata en su mayoría de personas ancianas con algún grado de dependencia, que se intensifica en el caso de las personas asistidas, incapacitadas o demenciadas (Véase sobre la demencia fruto de la “enfermedad de Alzheimer” el trabajo etnográfico de Cesanelli, Violetta, & Margulies, Susana. (2019)). Se trata, en este caso, de personas frágiles o vulnerables al tener un alto grado de dependencia, por lo que sobre ellos recae no solo una mayor atención o cuidados (Véase el completo trabajo de Alcañiz Garrán, 2015), sino también una vigilancia extrema, sobre todo en la enfermería de las Residencias que es donde se encuentran. Su libertad de movimientos es muy limitada, como me dijo uno de los cuidadores de una de las residencias de la Congregación: “Toda persona que no esté incapacitada puede salir, ahora, si están incapacitados no, porque una persona que no sabe adónde va no se la puede dejar salir” (Informante, comunicación personal).

Por lo tanto, las personas incapacitadas o “asistidas”, muchas de ellas demenciadas, requieren de una vigilancia extrema. Se trata especialmente de mujeres, pues, aparte de que son más, como me dijo un cuidador de una residencia, “las mujeres se demencian más que los hombres, la demencia senil está más relacionada con las mujeres” (Informante, comunicación personal).

La dependencia, por lo tanto, afectaría en mayor medida a las personas “asistidas”, incapacitadas o demenciadas. Si recurrimos a la *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia* aprobada en el año 2007, diríamos que aquellas están afectadas con un grado 3 de dependencia –o gran dependencia– que es cuando la persona por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial necesita la presencia indispensable y continua de otra persona para las AVDs (actividades de la vida diaria). Por el contrario, cuando hablamos de personas “válidas” nos referimos a residentes que pueden hacer por sí mismos sus tareas cotidianas sin perjuicio de ser atendidos, llegado el caso, por el equipo médico y el personal de la propia institución residencial. Podríamos decir que en las personas “válidas”, muy al contrario de lo que ocurre en el caso de las personas “asistidas”, el sentimiento de *estar sano* va parejo a la conciencia de sentirse capaz de realizar personalmente las actividades básicas: comer, beber, pasear, conversar, trabajar... Es la vivencia “de la espontaneidad silenciosa del día a día, a pesar de una conciencia de límite natural” (Boixareu, 2008: 134).

En las residencias de la Congregación Internacional de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados, el cuidado tanto de personas “válidas” como de personas “asistidas”, se lleva acabo tanto en clave biomédica o más convencional, como también en clave religioso espiritual, es decir, recurriendo tanto a la medicina farmacológica o tratamiento técnico (*cure*) –y así me dijo un informante que en las residencias “la medicación va con prescripción médica, entonces se hacen grandes pedidos y los clasifica la enfermera. La enfermera las pone por cajetines de cada anciano en las horas en que tiene que tomarlos, y entonces esos cajetines se mandan a las monjas de cada sitio. La monja es la que administra las medicinas a cada anciano; sin embargo, la medicación es más fuerte entre las asistidas, entre las demenciadas o de enfermería”, pero también como parte de las acciones de cuidado a nivel más técnico se llevan a cabo actividades grupales englobadas bajo el rótulo general de gerontogimnasia y otros talleres de ejercitación psíquica o cognitiva, taller de cálculo, talleres de vocación léxica, terapia retrospectiva, taller de compras, estimulación táctil, lectura y comentario de noticias de periódico, taller de memoria, taller de euros o con otras monedas, así como otros talleres como: adivinanzas, poesía, canciones y recetas de cocina. Todos los talleres se plantean desde el punto de vista más lúdico posible, con actividades estimulantes (estimulación cognitiva

y táctil) y atractivas para la persona mayor. Pero también terapia de orientación a la realidad, orientación espacial y temporal...–, como también a un conjunto de creencias que pivotan en torno a la idea del amor a Cristo como fuente de sanación, es decir, como camino de salvación/curación que es lo que se transmite a los mayores en las celebraciones litúrgicas que se llevan a cabo en el interior de las iglesias que encontramos en las residencias.

En los procesos de ayuda/cuidado/curación se funden, por lo tanto, el tratamiento técnico biomédico (*cure*) y el afectivo humanitario religioso (*care*), evitando el exceso de *cure* y el déficit de *care*, siendo en esto en aquello en que se diferencian de las residencias públicas de carácter laico que he visitado. Las personas que dirigen estas instituciones residenciales tratan de potenciar esta última dimensión que fomenta la conexión y los vínculos humanitarios y sociales y que, por ejemplo, Francine Saillant (Saillant, 2008) identifica –como vimos– con el *caring*, que en el caso que nos ocupa quedaría vinculado a la idea del amor a Dios como fuente de curación o salud/sanación.

Y así, una de las Madres Superiores refiriendo los “Anales de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados” me dijo: “*La finalidad de nuestra obra es en palabras de nuestro Fundador, don Saturnino López, ser continuadoras de la misión de Cristo, que pasó por el mundo haciendo el bien; concretado en acoger, cuidar y prodigar todo género de asistencia, inspirada en la caridad evangélica, a los ancianos necesitados*”.

### **El cuidado como imperativo religioso/humanitario en las residencias de la Congregación internacional de los Hermanitas de los Ancianos Desamparados.**

En las residencias de la Congregación internacional de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados existe un vínculo muy estrecho entre la vejez o ancianidad, el binomio salud/enfermedad y el sistema de creencias religiosas católico-cristianas que conforman la vida moral que impera en la vida institucional. Podríamos recurrir a la idea que planteara tiempo atrás el sociólogo Erving Goffman, que dice que, entre los fines declarados de las instituciones totales –y las residencias de esta Congregación entrarían a formar parte dentro de esta denominación, pues, según él, “hay instituciones erigidas para cuidar de las personas que parecen ser a la vez incapaces e inofensivas: son los hogares para ciegos, ancianos”– se encuentra la “purificación religiosa” y es que, como dice más adelante el eminente sociólogo canadiense, en cada institución total, como son los hogares de ancianos, podemos ver “en miniatura, el desarrollo de algo análogo a una versión funcionalista de la vida moral” (Goffman, 1988: 83)

Una vida moral teñida de religiosidad que caracteriza las residencias de aquella Congregación a nivel internacional, cuya dirección o gestión compete a personas religiosas como son las Madres Superiores –cuya vestimenta las identifica, siendo como es símbolo o marca distintiva de su condición ritual, de su estado ritual de pureza–, y es que en las instituciones totales “hay una escisión básica entre un gran grupo manejado, que adecuadamente se llama de internos, y un pequeño grupo personal supervisor” (Goffman, 1988: 17). Como me dijo una de las Madres superiores en una entrevista de campo: “Nosotras, tengo que decirlo, como religiosas que somos, nuestro móvil es Dios y lo hacemos por amor a Dios, por amor a Dios reflejado en los ancianos, nuestro único móvil es el amor a Dios y pues hacer vida del Evangelio” (Madre Superiora, comunicación personal), así como otra religiosa que trabaja en una de las residencias me dijo que, “Es la gracia de Dios la que actúa en nosotras, y lo tengo que decir porque es que así lo siento, hay momentos muy difíciles, pero te das cuenta como tienes esa fuerza que te viene de Dios” (Informante, comunicación personal).

En las residencias de la Congregación, impera una concepción o “visión cristiano-católica del hombre y el mundo”. Según su normativa: “La Iglesia Católica como institución religiosa está detrás de esta Congregación a nivel nacional e internacional”. El dominio absorbente que estos valores religiosos ejercen en el conjunto de la vida institucional nos permite hablar, recurriendo nuevamente a la teoría de E. Goffman (1988), en términos de *institución total*. Toda institución absorbe parte del tiempo y del interés de sus miembros y les proporciona en cierto modo un mundo propio, una determinada cosmovisión. Toda institución tiene, en síntesis, “tendencias absorbentes” que se hacen sentir, en lo que a la religiosidad se refiere, en las distintas personas que conforman la comunidad o el conjunto de residencias de esta Congregación internacional. Su impacto, no obstante, es mayor en las personas del sexo femenino que en base a aquella hacen del cuidado un imperativo o mandamiento humanitario/religioso, de tal manera que podríamos decir que entienden que no se puede sanar el cuerpo sin conocer el alma, “más aún, como dice Gadamer, sin conocer la naturaleza del todo, la unidad del ser en sí” (Gadamer, 2001: 130).

Aquel imperativo es vivido con mayor intensidad –como decimos– por parte del colectivo de mujeres, en quienes observamos una mayor permeabilidad en relación con el mundo religioso, pues, como me dijo una de las Madres Superiores que dirige una de

las residencias de la Congregación: “Yo creo que las mujeres tienen más fe que los hombres, porque los hombres los veo como más desarraigados, como que siguen menos el tema de la religión. Yo creo que a determinadas edades es muy importante para ellas y muy reconfortante el apoyarse en la religión, entonces las mujeres son más seguidoras del tema relacionado con la iglesia y yo creo que son también más felices. A las ancianas creo que les influye más que a los ancianos la religión, los ancianos como que son más pasotas, no terminan tampoco de ser seguidores, aunque hay casos, hay excepciones, que sí que son muy creyentes, pero hay otros que no, que incluso se quejan y dicen siempre a misa todos los días, dicen algunos quejándose. Entonces veo que, en las mujeres, que son más fieles a seguir con el tema de la religión que los hombres” (Madre Superiora, comunicación personal).

Y el vínculo entre el hecho religioso y el ámbito de la salud y del cuidado lo puso de manifiesto esta última persona cuando me dijo en el transcurso de una entrevista de campo semiestructurada abierta que: “*En nuestros hogares reina la máxima de nuestra Santa Teresa Jornet, "cuidar los cuerpos para salvar las almas"*, así como que “el hecho religioso reporta a los mayores un beneficio psicológico” (Madre Superiora, comunicación personal). El hecho religioso, a través de uno de los mensajes que con él se transmite, como es el “amor al prójimo”, *al estilo de Cristo que "nos amó hasta el extremo"*, sufrir y/o padecer con él, interfiere a la hora de abordar los problemas relacionados con el dolor y la enfermedad. Este “padecer con el otro”, lo podemos entender en términos fenomenológicos, lo que respondería a la idea de “sentir con el otro” lo que conduce a la empatía, que es, pues, una forma de co-sentir o “sentir con el otro”, El contenido de la experiencia empática “no me pertenece: es la alegría o el dolor del otro, que sin embargo siento y vivo en mi interioridad. Experimento en mi interior una experiencia que, después de todo, no es mía, no me pertenece en cuanto tal, pero la vivo como si fuera mía. Es, por lo tanto, la capacidad de trascendencia, es decir, de salir del propio yo (*Hinaushegen*) para ir al yo del otro” (Torralba, 2008: 259-260).

Se trata de una capacidad que es curativa, pues como me dijo una mujer de 79 años, que conocí como “válida”, pero que se encontraba como “asistida” en la enfermería por una dolencia física: “¡Ay! hijo mío, mira como estoy, una pena, me caí y me rompí el coxis, y me duele toda la espalda, no siento nada, me duelen los brazos, las piernas, todo, ....., pero agradezco mucho tu visita hijo mío” (Mujer de 79 años, comunicación personal). J. Vilar y Planas de Farnés afirma que estar bajo la ley del dolor provoca un

sentimiento creciente de soledad y despierta el deseo de encontrar a alguien, con quien poder comunicarse y hacer partícipe del propio sufrimiento. De modo inmediato descubre el ser humano a su prójimo en el que “es capaz de con-padecerse, en el que entiende su dolor, se transforma con él y ayuda. El dolor se convierte así en una forma de relación humana mutua”. El dolor es un lenguaje para dar expresión a la propia necesidad y para ser receptivo a la necesidad del prójimo doliente” (Vilar y Planas de Farnés, 1998: 137).

Otro de los días que visité la enfermería de una de las Residencias, una de las personas mayores, una mujer de 77 años, que conocí como “válida”, y que ahora estaba con la pierna malherida, al verme me dijo en su “rol” de “asistida”: “no me voy a recuperar, me ponen calor en la espalda, pero no noto mejoría hijo mío, me duele todo mucho, pero muchas gracias por venir a visitarme y que Dios te lo pague”. Con esta expresión refiere aquella que Dios me recompense con su gracia -lo que se podría entender en forma de protección/cuidado/salud- por la visita dispensada.

## CONCLUSIONES

### **Tipos de dolor en la vejez y el cuidado como forma de contrarrestarlos.**

En este trabajo de investigación nos hemos ocupado de un tema notablemente relevante en nuestros días en que sufrimos los efectos de una pandemia que ha azotado especialmente al colectivo de personas mayores, muchos de los cuales no han tenido tiempo de despedirse ni de sus familiares. El tema a que me refiero es –como hemos visto– el cuidado en la vejez, que en este artículo hemos focalizado, a partir de un trabajo de campo etnográfico, en un colectivo de personas mayores de una Congregación religiosa internacional con residencias por cuatro continentes y por gran diversidad de países.

La principal aportación del trabajo no ha sido otra que mostrar cómo las acciones de cuidado no solo se llevan a cabo desde el punto de vista técnico o biomédico, lo que se conoce con el término “cure”, sino especialmente desde el punto de vista afectivo humanitario o “care”, que conduce al “caring” o acción, con una dimensionalidad ética, que en el caso de las residencias de la Congregación de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados presenta una vertiente religioso, centrada en la ayuda/cuidado del otro, y que no es sino la esencia en la que la práctica del *care* se concreta.

Son comunes entre el colectivo de mujeres ancianas las referencias a Dios, buscando ayuda/cuidado/protección bajo el manto de la religión, a la que recurren persiguiendo una mejora que podríamos entender en términos de salud frente a la enfermedad y el dolor.

Los ancianos de las instituciones residenciales en que he realizado mi trabajo de campo aprecian las acciones de cuidado especialmente de tipo afectivo humanitario, como, por ejemplo, el que los demás se preocupen por ellos y por su situación personal en lo que respecta a las enfermedades o dolencias que padecen, algunas de las cuales, les limitan enormemente. Los mayores con los cuales he conversado o entrevistado hablan fundamentalmente en términos de dolores de espalda, de coxis, de piernas, de rodillas, de riñones, dolor de ciática, artrosis: “Me duele de los pies a la cabeza”, pero también “me duele todo, hasta el alma”, decía una anciana, aun cuando suele ser una expresión muy común en ellos.

El dolor del alma remite a un dolor de tipo moral/emocional al que en ocasiones se refieren principalmente las ancianas a raíz de una dolencia o varias de ellas de índole somático-corporal. Atendiendo a la dimensión antropológica del dolor (Véase Breton, 1999), también se podría analizar la tendencia que algunas ancianas tienen a “democratizar” los dolores, pues como me dijo una anciana de 64 años: “dolores tenemos todas, a todas nos duele algo”. Es lo que Francesc Torralba denomina, “el dolor por sugestión”, pues “el dolor no es un hecho puramente individual. La interacción con el otro puede ser generadora de dolor” (Torralba, 2008: 252). El grupo social puede asimismo actuar como agente activo ante la enfermedad y el dolor, sea este real o ficticio: “Los padecimientos, dice Eduardo Menéndez, presentan un eje individual y colectivo” (Menéndez, 1994: 72).

También hay ancianos que pueden llegar a utilizar su dolor y/o enfermedad para conquistar el interés y el aprecio de los demás, del prójimo. Este fenómeno se conoce como “síndrome de Münchhausen” que consiste en, por ejemplo, con ayuda de la mentira, refugiarse en enfermedades imaginarias –uno de mis informantes me habló de “dolores imaginarios” en los mayores– con las que se pretende ser objeto de cuidados. Se trata, por supuesto, como dice Vilar y Planas de Farnés (1998), de casos extremos, aun cuando en el mundo de los “mayores” no resulta difícil encontrarse con estas situaciones.

En una de las residencias en que he investigado como observador participante, he podido comprobar cómo algunas ancianas son criticadas por otras compañeras bien por

el hecho de estar continuamente quejándose, o bien por fingir, según aquéllas, dolores o enfermedades, lo que se podría entender en términos de “delirio” (el “dolor delirio” de que habla Johannes Vilar y Planas de Farnés, 1998), aunque también puede responder a una situación de hipocondría que se manifiesta mediante una preocupación angustiada por ciertas partes del cuerpo que el sujeto cree lesionadas o enfermas. Esta reacción exagerada de angustia puede servir para justificar la necesidad de dependencia respecto de otros: “Cuando se trata de ayudar a un hipocondríaco, resulta inútil tratar de persuadirle de que no tiene la enfermedad que cree padecer” (Mishara y Ridel, 1986: 167). Una anciana de 81 años me dijo en el transcurso de una conversación respecto de otra anciana de 74 años lo siguiente: “Se queja mucho, siempre se está quejando con el tema de la pierna, quieren que estemos encima de ella, que las monjas estén encima de ella. María – nombre ficticio– tiene artrosis y la pierna un poco mal, pero ahora la tiene mejor que nunca, no era para ir al médico, pues le han tocado y tiene la pierna bien. Ella piensa que tiene cáncer, que tiene algo malo y que se va a morir, siempre está diciendo que le duele y que cuando va al médico no le dicen nada” (Mujer de 81 años, comunicación personal). Y también me comentó otra anciana de 75 años que “María se queja mucho, piensa que tiene una enfermedad mala, que se va a morir, que tiene cáncer, se piensa que sólo tiene ella dolores y que las demás no tenemos nada” (Mujer de 75 años, comunicación personal).

Uno de los cuidadores de una de las residencias me ha referido en alguna ocasión el caso de una anciana de 80 años, que “es un poco hipocondríaca, está siempre de médicos y muchas veces se oye: ésta está siempre de médicos”, así como también me ha dicho que esta anciana suele repetir muchas veces “que mala estoy y además su tono de voz es de una persona muy depresiva, su tono de voz es de lástima, y tiene también labilidad emocional, tiene el llanto muy fácil, siempre quiere que se preocupen de ella. Lo que tiene se conoce como *indefensión aprendida*, que es como hacerse una victimización a sí misma. Yo creo que es algo así lo que tiene ella y ya da por hecho que se tienen que preocupar por ella y el preguntarle cómo está y el ir siempre como de víctima” (cuidador, hombre de 35 años, comunicación personal). Pero no solamente ocurre con las mujeres, pues un anciano de 78 años, en el sector de hombres, también me comentó en una ocasión que “hay ancianos que se hacen las víctimas un poco, que podrían hacer más de lo que hacen”. Para algunos mayores, aquellos de sus compañeros/as que



no se mueven y se hacen las víctimas quieren gozar de ciertos privilegios, sobre todo que se interesan más por ellos, que estén más pendientes de ellos. Desde el punto de vista gerontológico, la victimización se interpreta como fruto de cierta indefensión (Véase Freixas Farré, 2009: 144). Para contrarrestar toda esta situación, en las Residencias de la Congregación se recurre a acciones de ayuda/cuidado de la persona mayor, sobre todo de índole afectivo humanitario que hemos englobado bajo la denominación de “caring” o el cuidado afectivo/emocional que en el caso de las instituciones de aquella Congregación internacional adquiere una dimensionalidad religioso espiritual, a través de la cual se transmite, por ejemplo, que el dolor no se debe ver como algo estrictamente negativo, sino que, como dicta la ética cristiana, Jesucristo fue aquel sufrió el mayor dolor. Es el misterio del sufrimiento de Cristo y de “nuestra participación en él”. El sufrimiento como unión con Cristo doloroso: “En todo cristiano hay un hombre de dolores y es éste que es Dios. El cristiano es hijo de Dios, hermano de Jesucristo, coheredero con él..., pero con tal de que padezca con él” (Vilar y Planas de Farnés, 1998: 121-123).

Uno de mis informantes recurrió durante una entrevista a una de las enseñanzas que se siguen en las residencias y que también aparece impresa en los “Anales” de la Congregación: *Un gozo profundo y resistente se muestra capaz de vencer y superar incluso el dolor no soportado simplemente, si no superado y abrazado con alegría. El cristiano sabe por la fe que allí donde hay más dolor y prueba en esta vida habrá más gloria en la otra. En consecuencia, considera el dolor como una gracia y bien escatológico porque además de otros efectos positivos, nos permite apreciar, pensar y desear más íntimamente los bienes eternos.*

## BIBLIOGRAFÍA

- Alcaniz Garrán, M.M. (2015). *Significado de la experiencia de cuidar durante la vejez a otra persona anciana dependiente*. Tesis Doctoral. Universidad de Alicante. Facultad de Ciencias de la Salud. Departamento de Enfermería. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10045/53126>.
- Arroyo Rueda, M., & Soto Alanís, L. (2013). La dimensión emocional del cuidado en la vejez: la mirada de los adultos mayores. *Cuadernos De Trabajo Social*, 26(2), 337-347. doi: [https://doi.org/10.5209/rev\\_CUTS.2013.v26.n2.41333](https://doi.org/10.5209/rev_CUTS.2013.v26.n2.41333).
- Bermejo García L. (2009). Gerontología y envejecimiento activo. Aportaciones desde las ciencias de la educación. En Pedro J. Castañeda García, (Coord.), *Vejez*,

- dependencia y salud. Guía práctica de gerontología* (pp. 132-152). Madrid, Editorial Pirámide.
- Boixareu, R. M. (2008). *De la antropología filosófica a la antropología de la salud*. Barcelona: Editorial Herder.
  - Cesanelli, Violetta, & Margulies, Susana. (2019). La alzheimerización de la vejez. Aportes de una etnografía de los cuidados. *Desacatos*, (59), 130-147. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1607050X2019000100130&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607050X2019000100130&lng=es&tlng=es)
  - Comins Mingol, I. (2009). *Filosofía del cuidar. Una propuesta coeducativa para la paz*. Barcelona: Editorial Icaria.
  - De Beauvoir, S. (1983). *La vejez*. Barcelona: Edhasa.
  - De Guzmán Pérez Hernández, D. (2009). Implementación de servicios geriátricos. En Pedro J. Castañeda García, (Coord.), *Vejez, dependencia y salud. Guía práctica de gerontología* (pp. 61-74). Madrid, Editorial Pirámide.
  - De Haro Honrubia, A. (2014). El estigma en la vejez. Una etnografía en residencias para mayores, *Intersecciones en Antropología*, 15 (2), 445-459. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1795/179534132012.pdf>.
  - Delgado, J. M. y Gutiérrez, J. (1995). Teoría de la observación, *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales* (pp. 141-173). Madrid, Editorial Síntesis.
  - Dos Santos Souza, A., Menezes, M. do Rosário de, Hisako Takase Gonçalves, L., Martorell Poveda, M. A., & Almeida da Silva, V. (2017). El abordaje antropológico y el cuidado de la persona anciana hospitalizada. *Index de Enfermería*, 26(1-2), 62-66.
  - Recuperado en 10 de agosto de 2021, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113212962017000100014&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962017000100014&lng=es&tlng=es);
  - Freixas Farré, Anna (2009). Vejez y género. En Pedro J. Castañeda García, (Coord.), *Vejez, dependencia y salud. Guía práctica de gerontología* (pp. 139-146). Madrid, Editorial Pirámide.
  - Gadamer, H. G. (2001). *El estado oculto de la salud*: Barcelona: Editorial Gedisa.
  - Goffman, E. (1988). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
  - Gonzalvez, H. (2018). Género, cuidados y vejez: Mujeres «en el medio» del trabajo remunerado y del trabajo de cuidado en Santiago de Chile. *Revista Prisma Social*, (21): pp. 194-218.
  - González Torralbo, H., Lube Guizardi, M., Ramírez, A., & Cano, C. (2019). El club como trinchera. Una etnografía sobre cuidados comunitarios entre mujeres mayores en Independencia (Chile). *Revista De Antropología Social*, 28(1), 137-166. <https://doi.org/10.5209/RASO.63770>.

- Hammersley, M., y Atkinson, P. (2009). *Etnografía. Métodos de investigación*, 2ª edición revisada y ampliada, Barcelona: Paidós.
- Jociles, M. I. (2018). La observación participante en el estudio etnográfico de las prácticas sociales. *Revista Colombiana de Antropología*, 54(1): 121-150. doi: [http:// dx.doi.org/10.22380/2539472x.386](http://dx.doi.org/10.22380/2539472x.386).
- Le Breton, D. (1999). *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral.
- Llanes Betancourt C. (2012). La transculturación en el cuidado de enfermería gerontológica comunitaria. *Rev. cuba. enferm.* [Internet]. [citado 10 agosto 2021]; 28(3). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/23>.
- Kierkegaard, S. (1987). *Mi punto de vista*. Madrid: Aguilar.
- Lewis, C. S. (2004). *El problema del dolor*. Madrid: Ediciones Rialp.
- Mélich, J. C. (2010). *Ética de la compasión*. Barcelona: Editorial Herder.
- Menéndez, Eduardo (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?, *Alteridades*, 4 (7), 71-83. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/747/74711357008.pdf>.
- Mishara, B.L. y Riedel, R.G. (1986). *El proceso de envejecimiento*. Madrid: Morata.
- Osorio-Parraguez, P., Navarrete Luco, I. y Briones Barrales, S. (2018). Perspectivas socioculturales de la autoatención y provisión de cuidados hacia personas nonagenarias y centenarias en zonas rurales en Chile. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología* 31: pp. 45-63. <https://doi.org/10.7440/antipoda31.2018.03>.
- Pinazo Hernandis, S. y Donio Bellegarde Nunes, M. (2018). *La soledad de las personas mayores*. Valencia: Fundación Pilares.
- Rueda Estrada, J. D. (2018). La soledad de las personas mayores en España. Una realidad invisible, *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, 43-64. Recuperado de <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/6199>.
- Saillant, F. (2008). Cuidados, deseos vinculares y utopías terapéuticas: un análisis del concepto de caring. En J. M. Comelles, M. A. Martorell y M. Bernal (Ed.), *Enfermería y antropología. Padeceres, cuidadores y cuidados* (189-218). Barcelona: Editorial Icaria.
- Santos – Olmo, A.B. (2016). *Personas mayores en situación de aislamiento social*. (Tesis de doctorado no publicada). Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid: Madrid. Recuperada de <https://eprints.ucm.es/id/eprint/37539/>
- Torralba, F. (2008). Sufrimiento: Una exploración conceptual. La cuestión del sentido. En Rosa M. Boixareu Barcelona (Coord.), *De la antropología filosófica a la antropología de la salud* (pp. 251-263). Barcelona: Herder.Q
- Vilar y Planas de Farnés, J. (1998). *Antropología del dolor. Sombras que son luz*. Navarra: Ediciones de la Universidad de Navarra.

## La visita domiciliaria como estrategia para la atención primaria en familias de zonas rurales

The home visit as a strategy for primary care in families in rural areas

A visita domiciliar como estratégia de atenção básica em famílias do meio rural

Angela Thalia Delgado Rojas<sup>1</sup>; Mirian Elena Saavedra Covarrubia<sup>2</sup>; Mirtha Flor Cervera Vallejos<sup>3</sup>; & Rosa Jeuna Díaz Manchay<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Estudiante del X ciclo de la Escuela de enfermería. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo - Chiclayo, Perú. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7003-0318>. Correo electrónico: [pc1delgadorojas@gmail.com](mailto:pc1delgadorojas@gmail.com)

<sup>2</sup> Doctor en ciencias de enfermería. Directora de la Escuela de Enfermería y Docente de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo- Chiclayo, Perú. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8139-3816>. Correo electrónico: [msaavedra@usat.edu.pe](mailto:msaavedra@usat.edu.pe)

<sup>3</sup> Doctor en ciencias de enfermería. Especialista en nefrología. Docente de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo- Chiclayo, Perú. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4972-1787>. Correo electrónico: [mcervera@usat.edu.pe](mailto:mcervera@usat.edu.pe).

<sup>4</sup> 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](mailto:rdiaz@usat.edu.pe).

Correspondencia: Departamento 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: [rdiaz@usat.edu.pe](mailto:rdiaz@usat.edu.pe)

Para citar este artículo: Delgado Rojas, A.T., Saavedra Covarrubia, M.E., Cervera Vallejos M. F., & Díaz Manchay, R. J. (2021). La visita domiciliaria como estrategia para la atención primaria en familias de zonas rurales. *Cultura de los Cuidados*, 25(61). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.61.11>

Recibido:02/06/2021 Aceptado: 03/08/2021



### RESUMEN

Introducción: La visita domiciliaria, como estrategia educativa permite valorar a las familias en su contexto, esto influye en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Aunque, existen limitaciones que generan deficiente intervención. *Objetivo:* Describir las experiencias del profesional de enfermería en la visita domiciliaria como estrategia para la atención primaria de la salud en las familias de zonas rurales. *Métodos:* Cualitativo con abordaje

descriptivo, participaron 10 profesionales de enfermería que laboran en los centros de salud del área rural de Mórrope- Perú; el muestreo fue no probabilístico por conveniencia y la muestra obtenida por criterios de saturación y redundancia. Se empleó la entrevista semiestructurada con modalidad virtual a través de plataforma zoom y WhatsApp. *Resultados:* a) Motivos de la visita domiciliaria en la atención primaria: Identificación de riesgos, seguimiento y educación sanitaria, b) Estrategias que benefician la vista domiciliaria: Ganarse la confianza y atender las necesidades con sentido humanizado, c) Limitaciones para la ejecución de la visita domiciliaria: Creencias, inaccesibilidad, inseguridad y escasos recursos. *Conclusiones:* El profesional de enfermería, pese a las restricciones alinea su actuar a lo preventivo promocional, a fin de reconocer carencias y necesidades de la familia dentro de su entorno cultural.

**Palabras clave:** Visita domiciliaria; enfermería; promoción de la Salud; atención primaria de salud; investigación cualitativa.

## ABSTRACT

*Introduction:* The home visit, as an educational strategy allows assessing families in their context, this influences health promotion and disease prevention. However, there are limitations that generate deficient intervention. *Objective:* To describe the experiences of the nursing professional in home visits as a strategy for primary health care in families in rural areas. *Methods:* Qualitative with descriptive approach, 10 nursing professionals working in health centers in the rural area of Morrope-Peru participated; the sampling was non-probabilistic by convenience and the sample was obtained by saturation and redundancy criteria. A semi-structured interview was used with virtual modality through a zoom platform and WhatsApp. *Results:* a) Reasons for home visits in primary care: identification of risks, follow-up and health education, b) Strategies that benefit home visits: gaining trust and attending to needs with a humanized sense, c) Limitations for the execution of home visits: beliefs, inaccessibility, insecurity and scarce resources. *Conclusions:* The nursing professional, despite the restrictions, aligns his actions to the preventive-promotional, in order to recognize deficiencies and needs of the family within their cultural environment.

**Keywords:** Home visit; nursing; health promotion; primary health care; qualitative research.

## RESUMO

*Introdução:* A visita ao domicílio, como estratégia educativa permite avaliar as famílias no seu contexto, isto influencia a promoção da saúde e a prevenção da doença. No entanto, existem limitações que geram uma intervenção deficiente. *Objetivo:* Descrever as experiências do profissional de enfermagem em visitas domiciliárias como uma estratégia para os cuidados de saúde primários nas famílias em zonas rurais. *Métodos:* Qualitativa com abordagem descritiva, participaram 10 profissionais de enfermagem que trabalham em centros de saúde na zona rural de Morrope-Peru; a amostragem foi não probabilística por conveniência e a amostra foi obtida por critérios de saturação e redundância. A entrevista semi-estruturada foi utilizada com modalidade virtual através da plataforma zoom e WhatsApp. *Resultados:* a) Razões para a visita ao domicílio nos cuidados primários: identificação de riscos, acompanhamento e educação sanitária, b) Estratégias que beneficiam a visita ao domicílio: ganhar confiança e satisfazer as necessidades com um sentido humanizado, c) Limitações para a execução da visita ao domicílio: crenças,

inacessibilidade, insegurança e recursos escassos. *Conclusões*: O profissional de enfermagem, apesar das restrições, alinha a sua acção à preventiva-promocional, de modo a reconhecer as deficiências e necessidades da família dentro do seu ambiente cultural.

**Palavras-chave:** Visita ao domicílio; enfermagem; promoção da saúde; cuidados de saúde primários; investigação qualitativa.

## INTRODUCCIÓN

La Visita domiciliaria (VD) está considerada como estrategia educativa, que emplea el profesional de enfermería (PE) para proporcionar la salud en el espacio íntimo de la persona como es el hogar; además le permite, detectar, evaluar, proteger y vigilar los problemas de salud existentes, en base a optimizar la calidad de vida, de manera individual o colectiva. Las actividades que se realizan son: valoración de necesidades, promover el autocuidado, promocionar estilos de vida saludable y el fomento del funcionamiento familiar entre otros aspectos (Sánchez & Sarango, 2018). De este modo, la VD se convierte en un instrumento eficaz para mejorar y/o fortalecer la salud y bienestar de las personas en las diferentes etapas de vida (Parra, Gónzales & Pinto, 2017). Por otro lado, la atención primaria de salud está basado en métodos, tecnologías y prácticas, para alcanzar y satisfacer las necesidades de las familias; sin embargo, la oferta de los servicios ha ido cambiando, con la finalidad de establecer respuestas a las expectativas del público y al número ilimitado de enfermedades. De ahí la importancia de la VD como estrategia, para proteger dichas necesidades en gran parte de la población, en especial las más vulnerables (Serrano, Carrillo, Santamaria, Cordero, & Espinoza, 2018) como las personas, familias y comunidades de las zonas rurales.

A nivel de Latinoamérica, Colombia, la VD se realiza con el fin de disminuir los problemas actuales de la salud pública, donde, se construye la educación como una propuesta para orientarla y mejorarla. Así lo muestra la investigación (Hernández, 2017), al aludir que el PE educador constituye un componente fundamental en la formación de las familias, al conceder la libertad para tomar decisiones favorables sobre la salud. Sin embargo, tiene que lidiar con los recursos económicos y el bajo nivel educativo de las personas, transformándose en limitaciones condicionantes para no lograr una intervención exitosa.

Por su parte, la investigación de Guevara & Solis (2017), mencionan que la estrategia que humaniza la atención a las necesidades es la VD, la cual accede el ingreso

a los servicios de salud a través de la educación impartida en las escuelas, el trabajo y el hogar; donde el PE identifica de manera oportuna los riesgos que afectan la salud de todas estas colectividades. Se suma (Mendoza & Abarca, 2017), al argumentar que las VD no se ejecutan en más del 50%, lo que constituye una dificultad para el éxito de esta estrategia; puesto que, al realizarla se identifica los riesgos existentes que generan inseguridad en la salud de las personas y a través del seguimiento continuo y oportuno, se logra mejorar las condiciones de vida. De modo que, la cantidad de visitas contabilizadas no cubre la cobertura poblacional estimada y no genera impacto en las interacciones sensibles de la atención básica (Leite, Sacramento, Oliveira & Ferreira, 2019).

Por ello, resulta importante la VD que realiza el personal de enfermería en la comunidad rural de Mórrope, esta pertenece al departamento de Lambayeque en Perú, es una zona turística por su bagaje cultural y tienen muy arraigadas algunas creencias y costumbres que pueden influir en su salud. En ese sentido, el PE realiza VD como una estrategia preventiva promocional, con la finalidad de realizar seguimiento a las familias, a través de las diversas estrategias sanitarias que se desarrollan en los servicios de salud del primer nivel de atención. Estas visitas son realizadas cuando: hay inasistencia a la consulta programada, abandono del tratamiento, etc. Por ello, se considera significativa profundizar en esta temática, porque el trabajo que realiza el PE en atención primaria le permite mejorar las coberturas de las estrategias sanitarias y por consiguiente contribuir a mejorar los indicadores de salud y a disminuir la morbimortalidad en el área socio-sanitario correspondiente. Con ello, surgió los **objetivos:** Describir las experiencias del profesional de enfermería en la visita domiciliaria como estrategia para la atención primaria de la salud en las familias de zonas rurales.

## MÉTODO

**Participantes:** Investigación de enfoque cualitativo (Hernández, 2018), con abordaje metodológico descriptivo (Berenguera, y otros, 2014). La población estuvo conformada por 32 profesionales de enfermería. El muestreo se constituyó por conveniencia, obtenida por la técnica de saturación y redundancia, al llegar a 10 profesionales de enfermería de ambos sexos, que laboran en los puestos de salud del primer nivel de atención de Mórrope en Lambayeque, Perú. En su mayoría eran personal nombrado, edades comprendidas entre 30 a 64 años, con experiencia profesional entre 6

y 25 años, tenían estudios de especialidad en salud familiar y comunitaria, pediatría, crecimiento y desarrollo, administración, oncología, nefrología, y solo dos tuvieron maestría en salud pública.

**Instrumento:** Para recolectar los datos, se empleó la técnica de entrevista semiestructurada, con modalidad virtual a través de plataforma zoom, WhatsApp y vía telefónica, la cual constó de un título, datos generales y de 6 preguntas abiertas. El instrumento fue validado a través de 4 juicios de expertos. Después tuvo el pase del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina, de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo mediante resolución N° 297-2020-USAT- FMED, luego se realizó la prueba piloto con dos enfermeras que no formaron parte de la muestra.

Las entrevistas se realizaron una por día previo consentimiento informado, las mismas que fueron transcritas de inmediato y al plazo de tres días, se presentó a cada entrevistado de forma virtual (WhatsApp), para que verifiquen los datos emitidos sobre sus experiencias en visita domiciliaria como estrategia para la atención primaria en familias de zonas rurales.

**Procedimiento:** Alcanzado el permiso de la Gerencia Regional de Salud y de los jefes de centros y puestos de salud de Mórrope; se ubicó a los profesionales de enfermería que realizan las VD, por vía virtual WhatsApp y llamada telefónica dada la situación de pandemia por COVID-19 que afronta el estado peruano e informarles los objetivos del estudio, obtenida su participación con precedente de consentimiento informado, se acordó día y hora de entrevista vía Zoom según su disponibilidad. Las preguntas fueron concisas y realizadas en un tiempo de 20 y 30 minutos. La identidad de los participantes se protegió con el nombre de piedras preciosas así la primera fue perla y el último zafiro, de esta forma fue posible identificarlos al procesar los datos.

Entre las consideraciones éticas (Sgreccia, 2014) : Se respetó en todo momento la autonomía de los entrevistados, por lo cual se otorgó vía virtual ( Zoom, WhatsApp) y vía oral a través de la llamada telefónica, el consentimiento informado con un lenguaje claro y sencillo para conseguir de manera voluntaria la aceptación verbal; asimismo, se dio a conocer que la información obtenida fue confidencial y solo utilizada para fines académicos, con la seguridad de que en ningún momento se perjudicó su bienestar ni hubo ningún tipo de daño. Como criterios de rigor científico asumidos estuvieron: La credibilidad, audibilidad y transferibilidad (Berenguera, y otros, 2014). En el estudio



convergióron datos reales y verdaderos, con exactitud en las transcripciones de las entrevistas de los participantes sin tergiversar datos, luego de transcritos fueron devueltos a cada participante vía WhatsApp para su verificación.

**Análisis de los datos cualitativos:** Los datos adquiridos fueron procesados por análisis de contenido (Hernández, 2018), en tres etapas: a) Pre-análisis, permitió escuchar hasta tres veces las grabaciones de voz, luego revisar, organizar y seleccionar los datos con ideas más relevantes según las experiencias de cada enfermera, bibliografía previa y práctica de las investigadoras. b) La codificación, se transcribieron las grabaciones a Word sin modificar el significado; luego se realizó una matriz de categorización, para obtener datos útiles, se agruparon según significado en relación con el objeto de estudio, a estos se les asignó códigos y los datos más importantes se convirtieron en unidades de análisis por similitud o divergencia. c) La categorización; se procesó en tablas, las categorías centrales, los códigos, y las citas literales de las entrevistas, luego para terminar se acoplaron los discursos más explicativos de los enfermeros, para llegar a una comprensión de las categorías, después se analizó y discutió con bibliografía científica.

## RESULTADOS

### a) **Motivos de la visita domiciliaria en la atención primaria: Identificación de riesgos, seguimiento y educación sanitaria**

La VD involucrada en el primer nivel de atención, conforma la puerta de entrada al sistema de salud, por esta razón es con frecuencia la actividad primordial del personal de salud; para: informar, educar, evaluar condiciones socio-económico, promover-prevenir enfermedades y establecer acuerdos con las familias (Sánchez & Sarango, 2018). Tal como lo afirman en las siguientes las declaraciones:

*“La VD se realiza en el primer nivel con la finalidad de conocer los problemas, las vulnerabilidades, las carencias de la persona, familia o comunidad... sirve para encontrar factores de riesgo”* (Perla).

*“La VD es el núcleo de la promoción de la salud para conocer a la población y aplicar los diferentes paquetes de atención integral de acuerdo a la etapa de vida...”* (Topacio)

En este contexto, realizan la VD para hacer seguimiento al cumplimiento del calendario de vacunación, control de crecimiento y desarrollo (CRED), monitorizar la

adherencia de los niños que reciben suplementación de hierro, evidenciándose en los siguientes discursos:

*“Cuando llega un niño al consultorio para su control de CRED y se indica suplementación de hierro preventivo; se realiza VD para verificar la adherencia del hierro, y educar a la madre...”* (Ámbar).

*“Realizamos el seguimiento a los niños con anemia, a los que están atrasados en su calendario de vacunación, tienen desnutrición o no van al consultorio de CRED...”* (Turquesa).

De igual forma, algunas visitas domiciliarias, tienen la peculiaridad de ser realizada por un equipo completo de salud, lo cual, depende de la disponibilidad del recurso humano tal como lo declaran:

*“actividad donde el personal de salud (técnico, enfermera, obstetricia u otro profesional) llega a la casa de la familia en la comunidad con los objetivos preventivos y brindar información”* (Diamante).

**b) Estrategias que benefician la visita domiciliaria: Ganarse la confianza y atender las necesidades con sentido humanizado**

En la VD, el PE se “gana” a la familia, para impartir confianza, seguridad y conocer a la familia, para atender sus necesidades con sentido humano. Como se evidencia a continuación:

*“Se tiene que conocer la población e integrarse en la comunidad con liderazgo, y tener su confianza para que los integrantes te digan que está pasando en su familia...”* (Diamante).

*“Es importante la primera impresión que tiene de ti la familia... siempre hay que ser muy amable saludando y presentándose, explicando cuál es tu finalidad, así te dejan pasar y te brindan toda su confianza”* (Topacio).

*“Tener una población accesible con tiempo disponible, es lo ideal, porque las personas te van conociendo, se muestran abiertas a recibir educación... todo depende de como nos familiarizarnos y adecuarnos a ellos, porque al ver la realidad buscas la forma que eviten las enfermedades”* (Perla).

Los PE refieren que en la VD después de ganarse la confianza de la familia, se inicia una comunicación abierta sobre sus necesidades, las vulnerabilidades de los integrantes que viven dentro de su contexto, de esta manera, se pueda planificar cuidados integrales y humanizados de acuerdo a su realidad y los recursos con que disponen las familias, y por medio de la educación en salud, sean los mismos individuos los que cuidan de su propia salud, evitando así complicaciones.

**c) Limitaciones para la ejecución de la visita domiciliaria: Creencias, inaccesibilidad, inseguridad y escasos recursos**

El PE, muchas veces tienen que lidiar con algunas limitaciones como las creencias bien arraigadas de las familias, el difícil acceso a los hogares, los peligros e inseguridades en las calles, unido a los escasos recursos materiales y humanos para que cumplan adecuadamente las VD. Reconocen que trabajar con la idiosincrasia de las familias, es difícil, como lo expresan en los siguientes discursos:

*“Las personas a las que visitamos son reacias, nos cierran la puerta... Si vamos muy temprano o tarde y están ocupados, no nos hacen caso....se dejan llevar por lo que dice la vecina, en todo Mórrope lo tienen bien arraigado...De repente las señoras utilizan algodón en la cabecita del recién nacido, y no podmeos eviatarles eso, sino debemos adecuarnos a su cultura”* (Diamante).

*“Para encontrar a la mamá de un niño, es a través de los suegros; por lo cual, es ir conocimiento a la población, cuál es su idiosincrasia cultural para poder trabajar con ellos... pero, no consideran importante el control de CRED, las vacunas, el descarte de anemia; además cuando tienen una persona delicada, no lo llevan al centro de salud sino al curandero”* (Perla).

Otra dificultad manifestada es la inaccesibilidad para hacer las VD, ya sea porque las casas están ubicadas en zonas muy lejanas, el clima es otro impedimento por el calor excesivo. Unido a los riesgos y accidentes a los que tienen que enfrentar, evidenciado en los siguientes discursos:

*“Tengo colegas que fueron mordidas por los perros callejeros, otra fue víctima de intento de violación, por eso es importante conocer la población...es difícil salir a caminar sola...”* (Topacio).

*“Quedan muy alejadas las casas, aunque hay moto pero cobran caro y gatamos de nuestro dinero porque el MINSA no cubre la movilidad... en verano el calor es infernal...”* (Zafiro).

Otra de las dificultades es la escasez de recursos materiales y humanos para realizar VD:

*“Nuestra principal dificultad y limitación es la alta demanda de pacientes y la gran brecha de personal que tenemos para comenzar a realizar la VD, por eso no las podemos hacer continuamente... no hay presupuesto para los pasajes...”* (Ámbar)

*“Hay escases de recursos humanos, lo cual no te permite realizar la VD, al menos nosotros que somos un puesto, contamos con un personal técnico que muchas veces está haciendo las labores de admisión, de triaje y no podemos nosotros salir...”* (Zafiro).

## DISCUSIÓN

En este estudio los profesionales de enfermería, explican que es fundamental la identificación de los recursos, la prevención de riesgo y el trato directo con las familias por medio de la VD, ya que es la familia quien conoce las carencias, necesidades, problemas y anhelos. Como lo manifiestan los estudios de Stockert & Hall (2019) y Ishikawa, Fujiwara & Nakayama (2015), quienes afirman que la VD en la atención primaria de salud permite conocer de primera línea las necesidades y los recursos con los que disponen las familias. Dicho conocimiento les permite orientar, ayudar y prevenir problemas que les genera daño y tener la posibilidad de prevenir complicaciones a futuro a fin de minimizar gastos innecesarios; por ello, adecuan estrategias como el plan de intervención, para que actúen sobre el problema identificado, impidiendo que llegue a niveles mayores. Los PE realizan la VD para hacer seguimiento cuando el niño no está asistiendo a sus vacunas, controles de crecimiento y desarrollo y para establecer acuerdos con las madres de niños que están recibiendo suplementación de hierro o tienen desnutrición. Al respecto, Vega et al. (2020) considera necesario mejorar el seguimiento de los niños desnutridos visitando sus casas para educar a la madre y según sus recursos se le enseñe a preparar dietas equilibradas. Veramendi y Soto (2018), indicaron que, en la VD las madres conocieron los alimentos ricos en hierro, la elección, combinación y conservación del suplemento antes de su preparación. Sin embargo, el estudio de Anto et al (2019) difiere, porque la baja cobertura de VD, originó que la mayoría de niños resulte con anemia leve.

En ocasiones las VD, se realiza por el equipo interdisciplinario con el propósito de prevenir e informar a los integrantes de la familia, quienes gozan de buena salud o se encuentran en alto riesgo y por su misma naturaleza de vulnerabilidad, tienen que ser

intervenidos. Esto guarda relación con Sánchez, Betancurth & Jimenez (2020), al exponer que la VD da la oportunidad de comprender realidades concretas de la salud; además, enfatizan que se debe contar con un equipo interdisciplinario que permita un acompañamiento integral a las familias, destacando la presencia del PE como agente de cuidado y como guía en la realización.

Por otro lado, este estudio refleja algunas estrategias que son benéficas para la VD, dentro de ellas esta el liderazgo, los conocimientos, la amabilidad, la seguridad y la confianza, para que sea más fácil llegar a la población y ganarse la confianza de la familia con la cual se programa trabajar para brindar un cuidado integral y humano. Específicamente, el liderazgo en las VD, permite al PE sumergirse en su realidad como un líder y buscar oportunamente la manera de prevenir enfermedades; calificaciones que coinciden con Herrera, Chamorro & Costilla (2018), al argumentar que se debe reconocer el liderazgo del PE, pues constituyen el vínculo entre la comunidad y los servicios de salud.

Los PE sustentan, que es importante conocer el tiempo que disponen las familias, lo que les permite lograr los objetivos de la VD, además tienen que adecuarse a las necesidades y/o problemas identificados, y por medio de la educación en salud, sean los mismos individuos los que cuiden de su propia salud, evitando así complicaciones. Resultados semejantes a los aportes de Geroy, Fernández, et al (2019), cuando señalan que el PE, planea y organiza su trabajo según las necesidades del grupo etario y se encargan de reconocer problemas de salud familiar y efectuar acciones de intervención con miras a indagar su solución, con la cooperación de los miembros del grupo familiar.

Asimismo, recalcan los PE, que es importante la manera de presentarse, el cual debe ser con amabilidad, lo que genera un clima confianza y respeto, con el propósito de resolver las inquietudes e interrogantes de la familia en la VD. Por su parte, el Ministerio de Salud (2014), da a conocer que el desarrollo de la VD es de manera confidencial, dirigida a fomentar la participación de la familia en un clima de confianza y respeto, y con delicadeza solicitar el ingreso al domicilio. Vega-Ayasta, et al. (2020), concluye que las enfermeras cuidan con amabilidad, pues practican la cortesía, esto genera confianza tanto en el paciente como en la familia. Costa et al (2020), sugiere a los trabajadores sanitarios de atención primaria que durante las visitas a domicilio promuevan y refuercen los vínculos con los usuarios. Para Guevara & Solis (2017), la VD constituye una

herramienta que humaniza el cuidado, porque democratiza la salud, al brindar atención universal independientemente de la condición de paciente y los accesos a los centros de salud.

Asimismo, los PE manifiestan que las personas tienen bien arraigado su cultura, lo cual, lo exteriorizan en la forma de cuidarse, utilizando su saber popular de sus ancestros, por ello, tienen que adecuar estrategias para que trabajen en base a su cultura y no prohibirles a realizar estas acciones. Al respecto, Bustamante et al (2019), indican que a pesar que el personal de salud eduque a la madre sobre cuidados del niño en el hogar, cuando realizan las VD se percatan que más prevalece sus prácticas culturales. De esta manera, se da a conocer que cada grupo o subgrupo comprende sus propias prácticas, por lo que resulta imposible homogenizar el cuidado.

Mencionan los PE que enfrentan dificultades para que ejecutar la VD y no las realizan, tales como el escaso recurso de personal y la alta demanda de pacientes; a pesar de ello, se enfocan por cumplirlo. En ese sentido, Savassi (2016), concluye que la atención domiciliaria sigue siendo descuidada y amenazada por una demanda de atención que supera la capacidad asistencial de los equipos. Por ello, la OPS (2019), recomienda con carácter de urgencia, la necesidad de extender el número de PE en el primer nivel de atención, para apartar obstáculos de acceso hacia la salud y ampliar una gama de cuidados en áreas con escaso personal sanitario. Asimismo, el MINSA (2016), indica que la organización de los establecimientos de salud responde limitadamente a las necesidades y demandas de la población, todos los niveles de atención son deficientes en infraestructura y financiamiento.

Los PE también declaran que no cuentan con los recursos para realizar la VD, porque realizarla demanda tener la implementación para trasladarse a las zonas más alejadas, por ello optan por ir en mototaxi, pero les cobran caro y esos gastos muchas veces no son reconocidos por el establecimiento de salud y tienen que realizarlo con sus propios recursos, esto se debe porque en la actualidad estos programas no vienen presupuestados. Resultados similares al estudio de Puch & Jara (2015), reporta que existen familias que viven alejadas de los diversos centros de salud, por lo que tomar movilidad y tener la implementación adecuada constituye un recurso y gasto adicional con lo que los profesionales no cuentan.

Asimismo, los PE exteriorizan que han sufrido accidentes al ejecutar la VD, como la mordedura de un perro, caídas y perderse en la zona, e incluso intento de violación. El estudio de Muñoz, Gonzales, Sánchez, & Silva (2020) explica que el PE se enfrenta al salir del puesto de salud a la delincuencia y agresividad de las personas, lo que le dificulta realizar la visita. Otro estudio refiere que al realizar VD se pueden encontrar calles con inseguridad, marginación, tener accidentes e incluso de ser agredidos (Morales, 2018).

## CONCLUSIONES

La experiencia de los profesionales de enfermería que ejecutan la VD a las familias como estrategia para la atención primaria en Mórrope, alinean su actuar a lo preventivo promocional, con la finalidad de reconocer sus carencias y necesidades dentro de su entorno natural para reducir factores de riesgo de manera oportuna, impidiendo a futuro que se complique la salud de las personas. Para ello educan en salud queriendo mejorar la calidad de vida a nivel individual y colectivo.

Los profesionales de enfermería como parte de su experiencia al realizar la VD, destacan como una cualidad indispensable el liderazgo para proporcionar seguridad al interactuar con la familia, para optimizar y promover la calidad de vida de las personas vulnerables, de manera confidencial en una atmosfera de confianza y respeto. Además, consideran a la VD como una estrategia que humaniza la atención de las necesidades de manera universal, porque permite el ingreso a los espacios privilegiados donde se desenvuelve de manera espontánea la persona, familia y comunidad.

Los profesionales de enfermería que realizaron la VD, experimentaron diversas restricciones como la cultura de la población que influye significativamente, al encontrar otros estilos de vida, por lo que reorientan su trabajo en concientizar y modular aspectos negativos que ponen en peligro la salud, además la falta de recursos económicos les impide trasladarse a zonas más alejadas generando atraso en reconocer de primera fuente la problemática existente; sumado a ello, la alta demanda de pacientes y el escaso recurso del personal de salud, genera gran preocupación ya que muchas veces en la zona urbano-rural la visita domiciliaria no es ejecutada, por no contar con la disponibilidad para el desplazamiento y por contar con escaso personal de enfermería.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

**Financiamiento:** Ninguno.

## BIBLIOGRAFÍA

- Anto, J., Nicho, M. Castañeda, A., Casas, B., & Miranda, N. (2019). Anemia y visita domiciliaria en niños atendidos en establecimiento el primer nivel de Lima norte. *Health Care & Global Health*. 3(1), 29-33. doi: <https://doi.org/10.22258/hgh.2019.31.52>.
- Berenguera, A., Fernández, S., Pons, M., Pujol, E., Rodríguez, D., & Saura, S. (2014). *Escuchar, Observar y comprender. Recuperando la narrativa en las ciencias de la salud. Aportaciones de la investigación cualitativa*. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol.
- Bustamante Llatas, J., Gordillo Julón, M., Díaz Manchay, R., Mogollón Torres, F., Vega Ramírez, A., & Tejada Muñoz, S. (2019). Lactancia materna, alimentación complementaria y suplementación con multimicronutrientes: Perspectiva intercultural. *Cultura de los cuidados*, 23(54), 231-243. doi: <https://doi.org/10.14198/cuid.2019.54.20>
- Costa D., de Almeida A., Mara CL., de Brito T, Fernandes M., et al. (2020). Satisfação do usuário da Atenção Primária no Distrito Federal: a importância do acesso oportuno e da visita domiciliar. *Ciênc. saúde coletiva* 25 (5) 08. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2020.v25n5/1851-1863/pt>
- Geroy, A., Fernández, A., Núñez, A., & López, T. (2019). *La visita integral a la familia. Guía Metodológica para su ejecución. Electrónica: Medi Sur*, 5. Recuperado de <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4406/296875>
- Guevara, G., & Solis, K. (2017). *Visita Domiciliaria: Un espacio para la adquisición y modificación de prácticas en salud. Enfermería actual de Costa Rica*, 14. Recuperado de <https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n34/1409-4568-enfermeria-34-82.pdf>
- Hernández R, M. C. (2018). *Metodología de la investigación las rutas cualitativas, cualitativa y mixta*. México: Mc Graw Hill.
- Hernández, L. (2017). El rol educativo del profesional de enfermería en los programas de promoción, prevención y tratamiento de salud. *Corporación universitaria adventista*, 109. Recuperado de <http://repository.unac.edu.co/bitstream/handle/11254/504/Proyecto%20de%20Grado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Herrera, M., Chamorro, E., & Costilla, T. (2018). Enfermería de salud comunitaria: Promoción de conductas saludables en una comunidad rural del



- Estado de México. *Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 8. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=80657>
- Ichikawa, K., Fujiwara, T., & Nakayama, T. (2015). Effectiveness of Home Visits in Pregnancy as a Public Health Measure to Improve Birth Outcomes. *PLOS ONE*, 4. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0137307>
  - Leite, M., Sacramento, D., Oliveira, H., & Ferreira, M. (2019). Home visits of the nurse and its relationship with hospitalization by diseases sensitive to primary health care. *Esc Anna Nery* 2019;23(2),e20180285. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0285.
  - Mendoza, N., & Abarca, A. (2017). Eficacia del Monitoreo de la Visita Domiciliaria Efectuada por Enfermeras a Niños Menores de Tres Años Suplementados con Multimicronutrientes del Centro de Salud Alto Selva Alegre Arequipa 2016. *Universidad Católica de Santa María*, 77. Recuperado de <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/6616>
  - MINSA (2014). Manual de visitas domiciliarias mirando y acompañando con cuidado y afecto. *Proyecto aprendiendo ayudando*, 41. Recuperado de <https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgna/manual-de-visitas-domiciliarias-FINAL.pdf>.
  - MINSA (2016). Programa nacional de formación en salud familiar y comunitaria (PROFAM). 201. Recuperado de [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/344297/Programa\\_nacional\\_de\\_formaci%C3%B3n\\_en\\_salud\\_familiar\\_y\\_comunitaria20190725-19981-1pm58a2.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/344297/Programa_nacional_de_formaci%C3%B3n_en_salud_familiar_y_comunitaria20190725-19981-1pm58a2.pdf).
  - Morales, R. M. (2018). Experiencias de las enfermeras al brindar cuidados integrales en el primer nivel de atención. *ACC CIETNA rev la Esc Enfermería*, 1, 33-40. doi: <https://doi.org/10.35383/cietna.v1i1.162>
  - Muñoz, O., Gonzales, C., Sánchez, K., & Silva, N. (2020). Factores asociados al cumplimiento de las visitas domiciliarias por parte del equipo sanitario del centro de salud del MSP de la ciudad de Guayaquil. *Journal of business and antrepreneurial studies*, 7. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7472725>
  - OPS. (2018). OPS insta a ampliar el rol de las enfermeras en la atención primaria de salud. Recuperado de <https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com>.
  - Parra, G., Gónzales, M., & Pinto, G. (2017). Proceso de Enfermería en un estudio de familia de persona adulta mayor en atención primaria de salud. *Enfermería Universitaria*, 16. 14(1). doi: <https://doi.org/10.1016/J.REU.2016.11.003>
  - Puchia, C., & Jara, P. (2015). Enfermería y el cuidado domiciliario de los mayores en la era de la globalización. *Enfermería Universitaria*, 12(4), 219-225.

- Sánchez, J., & Sarango, W. (2018). Rol del profesional de enfermería en atención primaria de salud en las unidades operativas del distrito 11D01 - Zona 7. *Universidad Nacional de Loja*, 129p. Recuperado de <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/20647>
- Sánchez, N. (2020). La visita familiar desde los determinantes sociales de la salud: aporte de enfermería a la atención primaria. *Cuidarte*, 11, 4. doi: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.935>
- Serrano, C., Carrillo, T., Santamaria, W., Cordero, I., & Espinoza, K. (2018). Metodología para el pase de visita de Enfermería en la atención primaria de salud. *Medica Electrónica*, 10. Recuperado de <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2276>
- Sgreccia, E. (2014). *Manual de Bioética. La bioética y sus principios* (4a ed.). Madrid: BAC-Maior.
- Souza, S., Ferreira, A., Aguilar, R., Veloso, O., & Vieira, M. (2013). El liderazgo en la visión de Enfermeros Líderes. *Enfermería Global*, 12(30), 268-280.
- Stockert, P., & Hall, P. (2019). *Fundamentos de Enfermería: Práctica de la Enfermería basada en la comunidad*. Barcelona: Elsevier.
- Vega-Ayasta, M. T., Díaz-Manchay, R. J., Cervera-Vallejos M. F., Rodríguez-Cruz, L. D., Tejada-Muñoz, S., Guerrero-Quiroz, S. E. (2020). Amabilidad, confort y espiritualidad en los cuidados paliativos oncológicos: Aporte para la humanización en salud. *Cultura de los Cuidados*, 24 (58).doi: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.58.05>
- Vega Ramírez, A., Barragán Piñin, J., Torres Torres, K., Díaz Manchay, R., Mogollón Torres, F., & Tejada Muñoz, S. (2020). Alimentación en el contexto familiar y escolar del niño con desnutrición de una zona rural. *Cultura de los cuidados*, 24(56), 167-182. doi: <https://doi.org/10.14198/cuid.2020.56.12>
- Veramendi, N., & Soto, J. (2019). Intervención de la enfermería un abordaje educativo en prevención de la anemia. *Investigación y Postgrado*, Vol. 34(1), 59-77.

## Sexo, género y humanización de las tecnologías de cuidados para personas mayores

Sex and gender and humanization of care technologies for the elderly

O sexo, o género e a humanização das tecnologias de cuidados aos idosos.

**Luis López-Lago Ortiz<sup>1</sup>; Beatriz Muñoz González<sup>2</sup>; Borja Rivero Jiménez<sup>3</sup>; David Conde Caballero<sup>4</sup>; & Lorenzo Mariano Juárez<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Personal Científico Investigador. Departamento Ingeniería de Sistemas Informáticos y Telemáticos. Escuela Politécnica. Universidad de Extremadura. Orcid: : <https://orcid.org/0000-0002-2129-3442>. Correo electrónico: [luislopezlago@unex.es](mailto:luislopezlago@unex.es)

<sup>2</sup>Profesora Contratada Doctora. Departamento Dirección de Empresas y Sociología. Facultad de Formación del Profesorado. Universidad de Extremadura. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9373-5062>. Correo electrónico: [bmunoz@unex.es](mailto:bmunoz@unex.es)

<sup>3</sup>Personal Científico Investigador. Departamento Ingeniería de Sistemas Informáticos y Telemáticos. Escuela Politécnica. Universidad de Extremadura. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3691-0968>. Correo electrónico: [brivero@unex.es](mailto:brivero@unex.es)

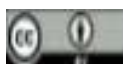
<sup>4</sup>Profesor Contratado Doctor. Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional. Universidad de Extremadura. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5967-4371>. Correo electrónico: [dcondecab@unex.es](mailto:dcondecab@unex.es)

<sup>5</sup>Profesor Titular. Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional. Universidad de Extremadura. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8483-7200>. Correo electrónico: [lorenmariano@unex.es](mailto:lorenmariano@unex.es)

Correspondencia: Luis López-Lago Ortiz. Escuela Politécnica. Campus Universidad de Extremadura. Av. De la Universidad s/n, 10003. Cáceres. Correo electrónico de contacto: [luislopezlago@unex.es](mailto:luislopezlago@unex.es)

Para citar este artículo: López-Lago Ortiz, L., Muñoz González, B., Rivero Jiménez, B., Conde-Caballero, D., & Mariano Juárez, L. (2021) Sexo, género y humanización de las tecnologías de cuidados para personas mayores. *Cultura de los Cuidados*, 25(61). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.61.12>

Recibido: 12/06/2021 Aceptado: 07/09/2021



### RESUMEN

El envejecimiento de la población constituye en los países desarrollados uno de los principales desafíos para la salud pública. La innovación tecnológica emerge como una de las

respuestas recurrentes y esperanzadoras para abordar este fenómeno de forma sostenible. Se realiza una *scoping review* sobre el sexo y el género en tecnologías dedicadas a los cuidados que tienen características asimilables a la de los humanos, como la voz, los atributos físicos, las competencias sociales y culturales, etc. El resultado aporta veintinueve materiales, once abordan el envejecimiento y/o las relaciones de género en los asistentes de voz, mientras que 18 lo hacen sobre tecnología robótica. La revisión crítica de la literatura científica nos permite determinar los principales rasgos que caracterizan a los dispositivos vinculándolos con un sexo determinado, y se analizan los dilemas que plantea la perpetuación de los estereotipos de género en relación con estas tecnologías. Por último, se destaca la necesidad de profundizar en las interacciones entre humanos y tecnologías de los cuidados desde disciplinas como los *Science, Technology and Society Studies* o los estudios culturales, para abordar el diseño de tecnologías de asistencia dirigidas a personas mayores, desde una perspectiva de género.

**Palabras clave:** Robots; asistentes de voz; sexo; género; mayores; tecnologías del cuidado

## ABSTRACT

Population aging is one of the main challenges to public health in developed countries. Technological innovation is emerging as one of the recurrent and hopeful responses to address this phenomenon sustainably. A scoping review is conducted on sex and gender in care technologies that have characteristics assimilable to humans, such as voice, physical attributes, social and cultural competencies, etc. The result provides twenty-nine materials. Eleven address aging and/or gender relations in voice assistants, while 18 address robotic technology. The critical review of the scientific literature allows us to determine the main features that characterize the devices by linking them to a specific sex, and the dilemmas posed by the perpetuation of gender stereotypes concerning these technologies are analyzed. Finally, it highlights the need to deepen the interactions between humans and care technologies from disciplines such as Science, Technology, and Society Studies or cultural studies, to address the design of assistive technologies aimed at older people from a gender perspective.

**Keywords:** Robots; voice assistants; sex; gender; elderly; care technologies

## RESUMO

O envelhecimento da população é um dos maiores desafios para a saúde pública nos países desenvolvidos. A inovação tecnológica está a emergir como uma das respostas recorrentes e esperanças para abordar este fenómeno de uma forma sustentável. É realizada uma revisão de âmbito sobre o género e o sexo nas tecnologias de cuidados que têm características semelhantes às humanas, tais como voz, atributos físicos, competências sociais e culturais, etc. O resultado fornece vinte e nove materiais, onze dos quais abordam o envelhecimento e/ou as relações de género nos assistentes de voz, enquanto 18 abordam a tecnologia robótica. A revisão crítica da literatura científica permite-nos determinar as principais características que caracterizam os dispositivos, ligando-os a um sexo específico, e são analisados os dilemas colocados pela perpetuação de estereótipos de género em relação a estas tecnologias. Finalmente, destaca a necessidade de aprofundar as interações entre o ser humano e as tecnologias de cuidados de saúde de disciplinas como Ciência, Tecnologia e Estudos da Sociedade ou estudos culturais, para abordar a concepção de tecnologias de assistência destinadas a pessoas idosas, a partir de uma perspectiva de género.

**Palabras-chave:** Robôs; asistentes de voz; sexo; género; idosos; tecnologías de cuidados.

## INTRODUCCIÓN

Las proyecciones demográficas apuntan a que la población mundial mayor de 60 años superará el 20% del total a mediados del siglo XXI (Bloom et al., 2015; Organización Mundial de la Salud, 2015). Esta tendencia plantea escenarios como la insostenibilidad de los sistemas de dependencia, salud y pensiones, o la escasez de personas cuidadoras, que se han convertido en una preocupación de primer orden para gobiernos, organismos internacionales, investigadores y académicos. Las tecnologías emergen como una solución realista para afrontar estos desafíos, lo que ha estimulado las investigaciones sobre dispositivos que ayuden a asistir a las personas de edad avanzada (Pruchno, 2019; van Kemenade et al., 2019). Las tecnologías, con diversos formatos, siempre han estado presentes en la labor de cuidados y sus avances han tenido un efecto significativo en la mejora de la calidad de vida de los pacientes (Sánchez Aragón, 2017). Pero es en este contexto de digitalización de los cuidados donde las interacciones de los usuarios con los dispositivos cobran cada vez una mayor relevancia para los estudios de ciencias sociales (Goodrich y Schultz, 2007). Esto es debido a que las tecnologías median las relaciones entre cuidadores y personas cuidadas, y además sobre los artefactos se proyectan los imaginarios culturales de quienes las manejan (Rakow, 1988; van Kemenade et al., 2019; Wajcman, 2000).

Asimismo se están desarrollando para los cuidados de las personas mayores toda una serie de dispositivos tecnológicos que disponen de características que se corresponden con aquellas humanas como la voz, los atributos físicos antropomorfos, las competencias culturales, el nombre, etc. (Jesús-Azabal et al. 2020a; Vercelli et al., 2017; Wu et al., 2012). Cuando los artefactos se *humanizan* asignándoles estas propiedades, en muchas ocasiones se les relaciona con un sexo definido (Danielescu, 2020; Nomura, 2020; Robertson, 2010). En el entorno asistencial, dado la relevancia cada vez mayor de las tecnologías humanizadas, hay líneas de estudio que ponen en el centro la interacción de los humanos y los dispositivos. Así ocurre con los estudios HRI – *Human Robot Interaction*- un campo multidisciplinario donde la cultura tiene un papel destacado en los análisis (Domínguez-Alcón, 2017). Bajo la premisa de que lo cultural es una variable de análisis en el entramado de relaciones entre el humano y las tecnologías, y que éstas con

la atribución de ciertas características pueden responder a una identificación con los sexos, las relaciones de género cobran un interés particular como objeto estudio.

Ante el hecho de que hay dispositivos que se han humanizado e identificado con un sexo, principalmente asistentes de voz y robots, cabe interrogarse si esto conlleva que se traspongan sobre ellos los estereotipos de género vinculados al sexo con el que se identifican y qué influencia puede tener este fenómeno en la relación entre la persona mayor y la tecnología que le asiste. Una mirada en profundidad sobre estos temas nos puede aportar claves de interés para el diseño de tecnologías para personas mayores, en cuanto expectativas, adopción y uso desde una perspectiva de género.

## **METODOLOGÍA**

A partir de las propuestas de Arksey y O'Malley (2005) y Manchado Garabito et al. (2009) se ha realizado una *scoping review* que nos ha permitido un acercamiento a la producción científica en torno a las tecnologías de asistencia para mayores que poseen características propias de los humanos, y formular preguntas desde una perspectiva de género. En primer lugar, realizamos una revisión de literatura previa, que nos permitió detectar la tipología de dispositivos tecnológicos que adoptan características humanas relacionadas con el sexo y el género, principalmente asistentes de voz y robots. A raíz de este resultado realizamos una revisión sistemática exploratoria que se desarrolló a partir de los siguientes descriptores: "Voice assistant" AND Elderly AND Sex OR Gender OR Gendering OR Sexism y Robot OR Robotics AND Elderly AND Sex OR Gender OR Gendering OR Sexism.

La búsqueda de información, el proceso de selección y la lectura crítica de los materiales se ha realizado entre el 8 de octubre y el 27 de diciembre de 2020. El idioma utilizado para las búsquedas ha sido el inglés. Los buscadores científicos utilizados fueron: PubMed, Google Scholar, Web of Science y Scopus. Se ha utilizado el buscador generalista Google para la búsqueda de informes, reportes de trabajo, webs y otro tipo de información relevante pero que no se encuentra indexada. No se puso límite a las fechas de publicación de los materiales.

Para la selección de trabajos, se contemplaron tres revisiones de los artículos. La primera por título, la segunda por lectura del resumen y la tercera por lectura del artículo.

Los criterios de exclusión han sido, en primer término, tecnologías que no puedan ser identificadas con un sexo por sus características. En segundo lugar, los materiales que no tuvieran un aporte relevante sobre sexo y género en tecnologías. Y finalmente en el caso de los materiales que abordan las tecnologías de asistencia para personas mayores, que no contemplaran datos segregados por sexos. Como resultado de este proceso obtuvimos un total de 29 materiales, 11 abordan el envejecimiento y/o las relaciones de género en los asistentes de voz, mientras que 18 lo hacen sobre tecnología robótica de forma sustancial para el objeto de nuestra investigación (Tablas 1 y 2).

<b>TABLA 1. ASISTENTES DE VOZ</b>			
<b>REFERENCIAS</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>GÉNERO/SEXO</b>	<b>MAYORES</b>
Danielescu (2020)	Análisis de la reproducción de los estereotipos de género en los asistentes de voz. Revisión de literatura.	Uso de voces femeninas refuerza los estereotipos.	No hay referencias relevantes.
Eggert y Stanke (2020)	Estudio cualitativo que aborda la adopción de los asistentes de voz dedicados a los cuidados.	No hay referencias relevantes.	Datos desagregados por edad y participación de personas mayores.
Hwang et al. (2019)	Estudio basado en 1.062 interacciones con asistentes de voz desde una perspectiva de género.	Análisis de estereotipos de género en las interacciones.	No hay referencias relevantes.
Jesús-Azabal (2020a)	Diseño de dispositivo para adherencia terapéutica de personas de edad avanzada usando asistente de voz.	No hay referencias relevantes	Diseño orientado a personas mayores.
Jesús-Azabal (2020b)	Diseño de dispositivo para adherencia terapéutica de personas de edad avanzada usando asistente de voz.	No hay referencias relevantes	Diseño orientado a personas mayores.
Nass y Brave (2007)	Estudio sobre el papel de la voz en la interacción entre dispositivos tecnológicos y humanos.	Rechazo de las voces neutras y preferencia mayoritaria por las voces de mujer en dispositivos.	No hay referencias relevantes.
Natale (2020)	Estudio de las interacciones del asistente de voz Siri desde una perspectiva de género.	Perpetuación de estereotipos sexistas en el asistente de voz.	No hay referencias relevantes.
Nordic (2019)	Web sobre el proyecto de voz neutra.	Reflexión sobre aceptabilidad y estereotipos en asistentes de voz sexualizados.	No hay referencias relevantes.
Phan (2017)	Estudio de las interacciones del asistente de voz Siri desde una perspectiva de género.	Identificación con neutralidad. Perpetuación de estereotipos de género asociados a voz de mujer.	No hay referencias relevantes.
Portet et al. (2013)	Investigación cualitativa sobre adopción, usos y expectativas de un asistente de voz en una <i>Smart home</i> , por parte de personas mayores.	Comportamientos diferenciados por sexo ante el dispositivo. Datos segregados por sexo.	El estudio se centra en personas mayores.
West et al. (2019)	Informe de la UNESCO sobre las relaciones de las mujeres y la tecnología.	Estudio de los asistentes de voz desde una perspectiva de género. Feminización del diseño. Reproducción de roles y estereotipos de género.	No hay referencias relevantes.

Fuente: Elaboración Propia

TABLA 2. ROBOTS

REFERENCIAS	DESCRIPCIÓN	GÉNERO/SEXO	MAYORES
Aceros (2018)	Taxonomía de robots para cuidados de personas mayores.	Referencias al formato feminizado.	Son los sujetos del uso de los robots.
Amazon (2017)	Descripción de dispositivo robótico. Web comercial.	Diseño neutro.	No hay referencias relevantes
Čaić et al. (2018)	Estudio cualitativo que evalúa las funciones potenciales de los robots para las personas mayores en función de sus escalas de valores.	Se referencian los roles de género en las funciones que desarrollan los dispositivos. Datos desagregados por sexo.	Muestra de personas mayores. Objetivo de la investigación, usos en personas mayores.
Díez (2015)	Descripción de dispositivo. Web universitaria de divulgación.	Diseño neutro.	No hay referencias relevantes
Domínguez-Alcón (2017)	Editorial que aborda los dilemas éticos del cuidado con dispositivos robóticos.	El cuidado como dominio feminizado.	Tecnología dirigida en buena parte a mayores.
Goodrich y Schultz (2007)	Identificación de temas clave y exposición de debates principales en la HRI ( <i>Human Robot Interaction</i> )	Los robots de asistencia dentro de un campo feminizado.	No hay referencias relevantes.
McGinn et al. (2020)	Investigación cualitativa para el desarrollo de un robot de asistencia desde el <i>Design Thinking</i> .	Datos desagregados por sexo. Género y sexo como variables relevantes en la interacción. Estereotipos de género.	Datos desagregados por edad. Importancia de robots de cuidados para mayores.
Nomura (2020)	Revisión de la literatura sobre género en robots.	Aceptación de robots desde una perspectiva de género. Asignación de sexo a dispositivos. Competencias socioculturales en la órbita de los cuidados identificadas con mujeres.	Menor aceptación en personas mayores de robots no neutros.
Pandey y Gelin (2018)	Estudio sobre los principios del diseño del robot asistencial Pepper.	Neutralidad anatómica.	No hay referencias relevantes
Pérez Vidal et al. (2017)	Estudio sobre la evolución de los diseños en robótica social.	Neutralidad anatómica.	Usos en personas mayores.
Robertson (2010)	Análisis de los desarrollos robóticos en Japón desde una perspectiva de género.	El sexismo es una variable fundamental para entender el diseño los robots. Los robots se sexualizan y sobre ellos se perpetúan los estereotipos de género.	No hay referencias relevantes
Schiebinger (2013)	Reflexión sobre el proceso de sexualización de los robots y sus consecuencias.	Atributos que sexualizan al dispositivo. Prejuicios sexistas. Posibilidades de sensibilización en igualdad.	No hay referencias relevantes
Tay y Park (2014)	Investigación cualitativa sobre los estereotipos de género que se proyectan en los robots.	Atributos que sexualizan al robot. Estereotipos de género.	No hay referencias relevantes
Trovato et al. (2018)	Estudio cuantitativo, basado en una encuesta acerca de las identificaciones de sexo de los robots, los roles y los estereotipos de género.	Datos desagregados por género. Sexualización de robots. Estereotipos de género y aceptabilidad.	No hay referencias relevantes.
Van Kemade et al. (2019)	Encuesta entre estudiantes de la rama sanitaria sobre el uso de los robots para el cuidado.	Datos desagregados por sexo.	Aborda la importancia de la robótica en el cuidado de personas mayores.
Vercelli et al. (2019)	Revisión de trabajos sobre robots dirigidos al cuidado de las personas mayores.	No hay referencias relevantes	El incremento y la pertinencia de los robots como herramientas para el cuidado de las personas mayores.
Weber y Bath (2007)	Estudio de los procesos que llevan a la atribución de un sexo determinado a los robots y sus consecuencias.	Sexualización de los dispositivos. Estereotipos de género.	No hay referencias relevantes.
Wu et al. (2012)	Investigación cualitativa sobre las percepciones, expectativas y uso de los robots de cuidados en los mayores.	Datos desagregados por sexo. Apariencia y sexualización de los dispositivos. Aceptación y neutralidad de atributos.	La muestra de la investigación está compuesta por personas mayores.

Fuente: Elaboración Propia



A través de una revisión crítica de los textos, nos interrogamos sobre si se trasladan los roles de género asociados a los cuidados, a los dispositivos tecnológicos que son susceptibles de adoptar características sexualmente diferenciadas. Y cómo influye en las expectativas, adopción y uso de las personas mayores que el dispositivo dedicado a los cuidados tenga atributos que se consideran asociados a un sexo.

## RESULTADOS

### Asistentes de voz

Los asistentes de voz, ya sea con dispositivos propios, o como parte de otros dispositivos, como teléfonos móviles u ordenadores, son una tecnología prometedora en el ámbito de los cuidados (Eggert y Stanke, 2020). Las posibilidades que ofrecen son muy amplias, dado que además de las búsquedas de información relacionadas con cuestiones de salud y bienestar, pueden estar programados para controlar la adherencia terapéutica, recordar las visitas médicas o la ingesta de agua y alimentos (Jesús-Azabal et al., 2020b), y se han convertido en los elementos centrales de la interacción por voz en las *Smart homes* cuya orientación puede ser fomentar la autonomía de las personas mayores (Portet et al., 2013).

El hecho de que estos asistentes tengan una voz les aporta tangibilidad acompañada de una identidad concreta que el usuario inevitablemente relaciona con un sexo y con sus roles de género. Aunque no sólo la voz, sino también las funciones, las actitudes mostradas en la interacción o la jerarquía en la relación son elementos con los que el usuario construye la imagen del dispositivo y les atribuye un sexo concreto (Natale, 2020; Phan, 2017). Así nos encontramos ante una tendencia al antropomorfismo, mediado por un sesgo de género, que a todas luces atribuye características femeninas a este tipo de dispositivos (Phan, 2017).

Un informe de la UNESCO (West et al., 2019), analiza 70 asistentes de voz, y concluye que aproximadamente un 70 % de éstos se proyectan como mujeres. En la literatura existe un amplio consenso que relaciona estrechamente el predominio de los asistentes de voz identificados como mujeres con la reproducción de los roles género (Danielescu, 2020; Hwang et al., 2019; Phan, 2017; Schiebinger, 2013; West et al., 2019).

Una de las razones más extendidas a las que se alude para la utilización mayoritaria de voces femeninas en los asistentes de voz es la perpetuación del sesgo

machista respecto al papel que desempeñan las mujeres en la sociedad. Según esta perspectiva, actividades de “carácter subordinado” como los cuidados, asimilable a los estereotipos de enfermeras, cuidadoras, terapeutas, o la búsqueda de información, que se podría relacionar con tareas de secretariado, estarían en la órbita de los desempeños de las mujeres (Danielescu, 2020; West et al., 2019). Así al igual que se naturaliza que actividades, como los cuidados, u ocupaciones auxiliares como el secretariado o las tareas de asistencia en congresos y eventos son un dominio femenino, esa lógica se prolonga sobre los dispositivos tecnológicos que se desempeñan en estos campos.

Esta equiparación de la actividad en el ámbito de las personas y en el terreno digital, y la atribución simbólica por la que una mujer estaría más preparada para realizar las actividades que hasta ahora desempeñan mayoritariamente los asistentes virtuales de voz, es en sí una perpetuación de los estereotipos de género, donde la dinámica de desigualdad se reproduce en la interacción humano-dispositivo digital (Danielescu, 2020; Hwang et al., 2019).

Los usuarios, construyen su relación con el dispositivo bajo la óptica de los estereotipos de género propios de la cultura en la que se desenvuelven (Natale, 2020) y más allá de los valores que se le atribuyen a los artefactos en relación a la adecuación de la labor que desempeñan por el sexo que se les designa, se proyectan en la interacción otros rasgos culturales relacionados con la desigualdad de género. Por ejemplo, Phan (2017) afirma que a Siri, la asistente inteligente de Apple, se le representa con actitudes de tipo servil y obediente, con una ausencia de voluntad propia en las interacciones, algo que sería lo natural en una mujer desde una perspectiva patriarcal de las relaciones de género. Igualmente Schiebinger (2013) destaca que Siri fue diseñada para ser “ligeramente atrevida y recatada”, actitudes consideradas virtuosas para las mujeres desde una óptica machista. Conductas similares se encuentran en la mayoría de los asistentes con voz de mujer, con actitudes complacientes, dóciles y ansiosas de satisfacer las necesidades del usuario. Las peticiones se atienden sin importar el tono de hostilidad del usuario y de nuevo se nota una escasa agencia en cuanto a la interacción (West et al., 2019). En estos casos es el diseñador quien imprime ese carácter a los dispositivos con la programación de algoritmos. Sin embargo Danielescu (2020) afirma que independientemente de que el diseñador genere una personalidad en el dispositivo, los

usuarios le atribuirán un sexo fuertemente guiados por las normas y expectativas de la sociedad, trasladando sus propios prejuicios machistas a la relación con el dispositivo.

## Robots

Por otra parte, destaca el incremento de los robots diseñados para el cuidado de los mayores (Domínguez-Alcón, 2017). Éstos desempeñan tareas en la asistencia de las actividades de la vida cotidiana, se destinan al acompañamiento para disminuir la soledad, mejoran las capacidades cognitivas, o vigilan la adherencia terapéutica y los signos vitales, entre otras funciones (van Kemenade et al., 2019). Aunque aún muchas personas mayores se sienten incómodas con este tipo de dispositivos y los profesionales tienen algunas reservas sobre su utilidad (Čaić et al., 2018).

En el caso de los robots, las posibles asignaciones de sexo no devienen tanto de la voz, ámbito que parece quedar relegado a un segundo plano en estos dispositivos, sino de la encarnación (*embodiment*) del dispositivo y la existencia de características anatómicas que se asemejen a las que culturalmente se asignan a hombres o mujeres (pelo largo, busto, anchura de caderas, faldas, ojos más expresivos, pestañas, labios gruesos y de color, etc.). Este proceso se da en robots de tipo humanoide, es decir cuyo cuerpo se asemeja al de una persona con algunos elementos fácilmente distinguibles como cabeza, brazos, torso, etc. (Robertson, 2010). Incluso el detalle de un color en una prenda, que dentro de una cultura está relacionado con un sexo, ya es definitorio para establecer una identificación. Así lo menciona Schiebinger (2013) que en un experimento de interacción humano-robot encontró que la mayoría de usuarios identificaban al robot con un sombrero negro como un hombre y al que llevaba unas orejeras rosas como una mujer. Otro de los elementos que puede funcionar en la asignación de sexos a los dispositivos es su comportamiento socio-emocional y la relación que se establezca con los roles de género en la escala de valores imperante (Weber y Bath, 2007).

Los hallazgos en cuanto a la feminización de los robots asistenciales, dedicados al cuidado de personas mayores no son tan rotundos como en el caso de los asistentes de voz. Si en estos últimos la identificación con el sexo mujer era clara por la tipología de voz, en gran parte de los robots que hemos encontrado en nuestra revisión documental, los factores, por lo menos los físicos, que pueden inducir a la atribución de un sexo están muy atenuados. Por lo general la configuración estética de los dispositivos humanoides más conocidos, intenta no resaltar rasgos *sexualizantes*, así ocurre en el caso de Pepper

de SoftBank Robotics (Pandey y Gelin, 2018), Robin del Giraffplus Project, ASIMO y SAM desarrollados por Luvozo PBC (Vercelli et al., 2017), Lynx desarrollado por UBTECH y que se puede conectar a la asistente virtual Alexa (Amazon, 2017) o Buddy de la francesa Blue Frog Robotics (Milliez, 2018). Aunque la lista de prototipos no comerciales es amplia y no es sencillo hacer un seguimiento sistematizado de los mismos, la tendencia que observamos es parecida a la de los robots más conocidos, una neutralidad en la *sexualización* de los prototipos dirigidos al ámbito de los cuidados y del hogar. Así, ejemplos como MBot o Maggie y MiniMaggie ( a pesar de tener estos dos últimos un nombre claramente femenino) de la Robotics Lab de la Universidad Carlos III (Pérez Vidal et al., 2017), Heka de la PUCP (Díez, 2015), o Stevie desarrollado por el Trinity College de Dublín (McGinn et al., 2020), parecen seguir esta tendencia.

En la taxonomía de robots asistenciales realizada por Aceros Gualdrón (2018) ninguno de los robots humanoides tiene una apariencia que se asemeje a la de una persona de carne y hueso, salvo el dispositivo Nadine desarrollado por la Nanyang Technological University, que tiene una estética humana muy conseguida, similar a una mujer. Esto es debido al rechazo que parece producir el exceso de similitud de los robots con un cuerpo humano. El trabajo de Wu et. al (2012) recoge los resultados de diversas investigaciones que preguntaban acerca de la apariencia de los dispositivos humanoides dedicados a los cuidados y destaca que las personas mayores son el grupo al que menos le gusta la apariencia humana. La preferencia general se orienta a tener ciertos atributos humanos, pero sin perder la apariencia de máquina.

Sin embargo a pesar de que hay esa predilección por no exagerar los rasgos humanos de los dispositivos (Aceros Gualdrón, 2018; Wu et al., 2012), encontramos una producción científica que habla del antropomorfismo de los robots para asimilarlos a las mujeres (fembots o ginoides) y la relación con los roles y estereotipos de género, donde las labores de cuidados aparecen como una variable que vincula la apariencia con las conductas asociadas a las mujeres.

Tomotaka Takahasi, uno de los diseñadores más destacados de robots y fundador de Robo Garage afirmaba en 2006 que más de la mitad de los futuros humanoides tendrán forma de mujer (Robertson, 2010). Así mismo en algunos de los primeros prototipos de robots con competencias sociales, los diseños tenían atributos físicos femeninos muy

marcados (Weber y Bath, 2007). Esto tendría su explicación porque muchos de los trabajos considerados de tipo subalterno pero que por su naturaleza necesitan una forma humana (cuidadoras, recepcionistas, azafatas, etc.), son realizados mayoritariamente por mujeres (Nomura, 2020; Robertson, 2010; Tay et al., 2014; Weber y Bath, 2007). Así los robots asistenciales que desarrollan su labor en el hogar serían percibidos dentro de la órbita de las tareas femeninas, aunque no necesariamente se les tenga que asignar el sexo mujer (Nomura, 2020). En el caso de la atención sanitaria, donde hay una clara feminización de las labores de terapia y enfermería, las evidencias sí que apuntan a una preferencia de los usuarios por la atención de robots claramente identificados como mujer (Nomura, 2020; Tay et al., 2014). Estos robots, que estarían en ámbito de las ocupaciones femeninas, reflejarían en sus “competencias sociales y culturales”, características propias asociadas a su rol de género, en especial aquellas vinculadas a las emocionalidad y la empatía (Nomura, 2020; Weber y Bath, 2007). Y como en el caso de los asistentes de voz, si existe sobre el dispositivo una clara identificación con un sexo, la tendencia es a trasladar los prejuicios sexistas existentes en la dimensión de las relaciones humanas a la relación digital (Nomura, 2020; Robertson, 2010; Tay et al., 2014).

## DISCUSIÓN

Los asistentes de voz se encuentran claramente feminizados, pero esto no se presenta como un debate cerrado, sino como una discusión amplia y con una gran variedad de matices, donde se cuestiona el papel de los diseñadores, en su mayoría hombres (West et al., 2019), la traslación de los estereotipos machistas de la sociedad a la relación con los dispositivos (Danielescu, 2020; Hwang et al., 2019) y la aceptabilidad por parte de los usuarios. El centro de este debate lo ocupa la posibilidad de que el asistente de voz sea un elemento sensibilizador en materia de igualdad (West et al., 2019) e incluso las posibilidades de crear dispositivos neutros a los que no se les puedan atribuir estereotipos de género (Danielescu, 2020; Nordic, 2019; West et al., 2019).

Así, a la hora de eliminar los posibles prejuicios de género que se perpetúan con la utilización de la voz femenina de forma mayoritaria en los asistentes de voz encontramos, al menos, dos propuestas por parte de los desarrolladores tecnológicos. Una de ellas es la “opción de género” que por ejemplo el sistema iOS7 de Apple proporciona para poder designar el tipo de voz con el que se quiere interactuar. Aunque la opción femenina sigue siendo la que viene asociada al programa por defecto y además la usada

en el material promocional del sistema (Phan, 2017). La otra propuesta, no exenta de polémica, es el uso de una voz neutra, es decir que no se corresponda con la de un hombre, ni con la de una mujer. El primer desarrollo tecnológico en este sentido es Q, una voz, que según sus creadores no tiene género (*genderless*). Nacida de la colaboración entre movimientos por la inclusión LGBT daneses y desarrolladores tecnológicos, la frecuencia de esta voz, que se incorporaría a los dispositivos, se encontraría entre los 145 y 175 Hz, un rango intermedio que la hace, según sus creadores indistinguible entre hombre y mujer (Danielescu, 2020; Nordic, 2019; West et al., 2019). Las evidencias parecen respaldar las dificultades para la asignación de sexo a la voz, pues después de ser probada por más de 4.000 individuos en Dinamarca, Reino Unido y Venezuela, la mitad aseguraron no poder distinguir el género mientras que las respuestas de la otra mitad se distribuyen de manera uniforme entre quienes afirmaban que era de hombre, o los que la identificaban como de mujer (Danielescu, 2020).

Esta renuncia a la atribución de un sexo también existe en dispositivos ya desarrollados. Por ejemplo, Siri manifiesta “que no tiene género”, a pesar de que por defecto tiene una voz inequívocamente de mujer. Phan (Phan, 2017) nos presenta la siguiente conversación donde la asistente de Apple se identifica como “genderless”:

*“Q:*

*What gender are you?*

*Siri:*

*I am Siri.*

*I don't have a gender.*

*I am genderless. Like cacti. And certain species of fish.*

*I was not assigned a gender.*

*Animals and French nouns have genders. I do not.*

*Don't let my voice fool you: I don't have a gender.*

*I am still just ... Siri”*

Estos intentos de disociar la voz de su género, como pretende Siri, se encuentran con el peso rotundo que tiene la naturaleza de la voz en la identificación que hacen los usuarios del sexo del dispositivo.

Por último, cabe señalar que la idea de neutralidad en la voz se contradice con las evidencias que apuntan a que a los usuarios les disgustan las voces sin claros marcadores de género, al tiempo que existe una preferencia universal por la interacción con las voces femeninas lo que facilita la aceptabilidad de los dispositivos que cuenten con este tipo de voz (Danielescu, 2020; Nass, y Brave, 2007). Así mismo empresas como Amazon y Apple, trabajan con estudios científicos que respaldan la preferencia de los usuarios por la voz femenina, lo que justificaría el uso de este tipo de voz por su alto grado de aceptabilidad entre los usuarios y los consecuentes beneficios empresariales (West et al., 2019).

En el caso de los robots dedicados a los cuidados, aunque su diseño no está orientado por lo general de forma decidida a la asignación de un sexo específico, existe un debate abierto sobre las características que definirían la adscripción como robot hombre o mujer, la reproducción de los roles y los estereotipos de género o la influencia de la sexualización en la aceptación del dispositivo.

Con el uso de las encarnaciones físicas que se identifican con un sexo, se refuerzan de nuevo los estereotipos de género, porque en el caso de las mujeres recurren a imágenes estandarizadas que no son representativas de su diversidad (Robertson, 2010). También esta corporeidad definida en sexos que pueden adoptar los robots es susceptible de seguir los estereotipos en cuanto a roles de género, y que los robots que presentan características asociadas con lo masculino se consideren idóneos para el desarrollo de tareas asignadas al dominio de los hombres, y lo mismo para los robots con atribuciones femeninas y el campo de los desempeños de las mujeres, perpetuando así los prejuicios sexistas (Trovato et al., 2018).

Por su parte, la voz como identificador primario en cuanto al sexo del dispositivo tecnológico, propicia que se vinculen los estereotipos propios de los roles de género asignados (Schiebinger, 2013). Sin embargo, no hemos apreciado una discusión relevante sobre este tema en los robots, quedando relegado por el de la corporeidad y los atributos físicos como forma de dotar de identidad sexual al dispositivo tecnológico humanoide.

Sobre la aceptación de los robots asistenciales, Tay et al. (2014) señalan que el desarrollo de interacciones naturales e intuitivas entre el dispositivo y el humano facilita la adopción tecnológica. Cuando se usan apropiadamente las señales sociales de género se reducen los esfuerzos por encontrar información adicional en la interacción, se

construye un terreno de significados comunes que ayuda al usuario a encontrar adecuada la acción del robot. Por eso el usuario detecta una mayor idoneidad para las tareas cuando el sexo del robot se corresponde con los roles de género y sus respectivos estereotipos ocupacionales. Estos autores mencionan la mayor aceptación de los robots sanitarios identificados como femeninos, algo que podemos hacer extensivo a los robots de cuidados para los mayores en el hogar que también estarían dentro de un dominio claramente identificado con el desempeño de las mujeres. Sin embargo, esta relación no es una ecuación exacta, y las preferencias por sexo también juegan un papel en la aceptación de los robots. En ese sentido Nomura (2020) sostiene que las mujeres tienen actitudes más negativas hacia las interacciones con los robots de cuidados que los hombres. Y además señala que algunos estudios evidencian un efecto de género cruzado, es decir que los hombres prefieren interactuar con robots femeninos y las mujeres con robots masculinos. Sin embargo, este mismo autor señala que en otro estudio las mujeres completaban una tarea con un robot sin importar las características sexuales de éste, mientras que los hombres terminaban más rápido cuando interactuaban con un robot masculino. Esta diversidad de actitudes invita a profundizar en el fenómeno para obtener resultados más claros.

Finalmente señalamos que frente a quienes aseguran que la robótica reproduce de forma inexorable estereotipos sexistas, se están planteando propuestas donde los dispositivos puedan fomentar la igualdad de género. La neutralidad en los rasgos o una configuración para desarrollar actitudes y actividades con una perspectiva igualitaria pueden ser un vehículo para la transmisión de valores a través de dispositivos con los que se comparte tiempo y espacio (Schiebinger, 2013; West et al. 2019).

## CONCLUSIONES

Hanna Fry (2018) ha abordado la cuestión de los prejuicios en los dispositivos tecnológicos que disponen de inteligencia artificial. La autora británica concluye, que algunos comportamientos racistas o machistas provocados por el uso de los algoritmos, no son más que el reflejo de la sociedad que produce la información que les nutre. Igualmente, el desarrollo tecnológico que es usado para los cuidados no es neutral, sino



que forma parte del universo de valores de quienes lo producen. Y en el caso específico de la inteligencia artificial, también de los entornos sociales y culturales que el dispositivo percibe. Siendo el ámbito de los cuidados, sin lugar a duda, un entorno feminizado, no resulta extraño, tanto que los dispositivos reproduzcan los roles tradicionales de género, como que sobre ellos se proyecten los estereotipos sexistas asumidos socialmente.

Por ello, diseñadores y desarrolladores de tecnologías de cuidados para mayores se encuentran ante el dilema de feminizar los dispositivos mediante el uso de características atribuidas a las mujeres (voz, competencias sociales y culturales, partes del cuerpo-aunque moderadas en el caso de los robots-) para facilitar su adopción, o buscar alternativas que no identifiquen el dispositivo con un sexo para evitar así los prejuicios sexistas. Y, es más, no debemos olvidar el carácter performativo de las prácticas sociales. Es en esas coordenadas donde el horizonte utópico de cuidados tecnológicos nos plantea la posibilidad de transformar una realidad marcada por las desigualdades, y que se desarrollen tecnologías que funcionen como un agente sensibilizador contra los estereotipos de género.

Para enfrentarnos a los retos que nos plantean las tecnologías a las que se le atribuyen características de los sexos, en el campo de la asistencia a las personas mayores, proponemos que es necesario profundizar en su estudio a través de las ciencias sociales. Los Estudios de Ciencia, Tecnología y Sociedad (*Science, Technology and Society Studies*-STS), al igual que otros tipos de estudios culturales, nos han acercado a una comprensión de las tecnologías desde el conocimiento de sus usos cotidianos, aportando claves sustanciales para entender las interacciones entre los dispositivos y las personas. Los enfoques son múltiples. El impacto de las políticas científicas en la sociedad, las relaciones de poder en el diseño, producción y desarrollo tecnológico, la interpretación sobre los artefactos y sus utilidades o los efectos de las tecnologías en las relaciones sociales son algunos de los temas centrales de esta rama del conocimiento.

Además, entendemos que el método etnográfico, con sus descripciones profundas y a la vez abundantes en detalles que cobran una significación, es una herramienta óptima conocer pormenorizadamente el entramado de interpretaciones que usuarios, diseñadores y cuidadores dan los artefactos, a sus usos y prácticas desde una perspectiva de género. Así, con una comprensión más amplia de este fenómeno, se podría mejorar la adopción de estos dispositivos sin caer en la perpetuación de los estereotipos de género.

## FINANCIACIÓN

Esta investigación ha sido financiada por el Programa Interreg V-A España-Portugal (POCTEP) 2014-2020, Proyecto 4IE+ [0499 4IE PLUS 4 E].

## BIBLIOGRAFÍA

- Aceros Gualdrón, J. C. (2018). Robots para el cuidado de personas mayores. Taxonomía de una promesa. *Aula. Especial Gerontecnología y Educación.*, 24(0), 43. <https://doi.org/10.14201/aula2018244360>
- Amazon. (2017). *Lynx – Smart Home Robot con reconocimiento facial*. Recuperado el 8 de noviembre de 2020 de: <https://www.amazon.com/-/es/Alexa-Permitido-Smart-reconocimiento-facial/dp/B077CWPTQB>
- Arksey, H., y O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology: Theory and Practice*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Bloom, D., Chattejeri, S., Kowal, P., Lloyd-Sherlock, P., Mckee, M., Rechel, B., Rosenberg, L. y Smith, J. P. (2015). Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses. *Lancet*, 385(9968), 649–657. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61464-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61464-1)
- Čaić, M., Odekerken-Schröder, G. y Mahr, D. (2018). Service robots: value co-creation and co-destruction in elderly care networks. *Journal of Service Management*, 29(2), 178–205. <https://doi.org/10.1108/JOSM-07-2017-0179>
- Danieleescu, A. (2020). Eschewing Gender Stereotypes in Voice Assistants to Promote Inclusion. *ACM International Conference Proceeding Series*, 1–3. <https://doi.org/10.1145/3405755.3406151>
- Díez, J. (2015). *Heka, mucho más que un robot*. Pontificia Universidad Católica Del Perú. Recuperado el 16 de octubre de 2020 de: <https://puntoedu.pucp.edu.pe/noticias/heka-mucho-mas-que-un-robot/>
- Domínguez-Alcón, C. (2017). Editorial. Ética del cuidado y robots. *Cultura de Los Cuidados*, 21(47), 9–13.
- Eggert, M., y Stanke, M.-A. (2020). Adoption of Integrated Voice Assistants in Health Care – Requirements and Design Guidelines. En *WI2020 Zentrale Tracks*, 1156–1171. Berlín: GITO mbH Publishing. [https://doi.org/10.30844/wi\\_2020\\_k2-eggert](https://doi.org/10.30844/wi_2020_k2-eggert)
- Fry, H. (2018). *Hello World: How to be Human in the Age of the Machine*. London: Transworld.
- Goodrich, M. A., y Schultz, A. C. (2007). Human-robot interaction: A survey. En *Foundations and Trends in Human-Computer Interaction* (Vol. 1, Issue 3). <https://doi.org/10.1561/1100000005>

- Hwang, G., Oh, C. Y., Lee, J. y Lee, J. (2019). It sounds like a woman: Exploring gender stereotypes in South Korean voice assistants. *Conference on Human Factors in Computing Systems - Proceedings*, 1–6. <https://doi.org/10.1145/3290607.3312915>
- Jesús-Azabal, M., Medina-Rodríguez, J. A., Durán García, J. y García Pérez, D. (2020a). Remembranza Pills: Using Alexa to Remind the Daily Medicine Doses to Elderly. En J. García-Alonso y C. Fonseca (Eds.), *Gerontechnology Second International Workshop, IWoG 2019, Cáceres, Spain, September 4–5, 2019, Revised Selected Papers*. Cham: Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-41494-8\\_15](https://doi.org/10.1007/978-3-030-41494-8_15)
- Jesús-Azabal, M., Rojo, J., Moguel, E., Flores-Martin, D., Berrocal, J., García-Alonso, José., y Murillo, J. M. (2020b). Voice Assistant to Remind Pharmacologic Treatment in Elders. En J. García-Alonso y C. Fonseca (Eds.), *Gerontechnology. IWoG 2019. Communications in Computer and Information Science, vol 1185*. Cham: Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-41494-8\\_12](https://doi.org/10.1007/978-3-030-41494-8_12)
- Manchado Garabito, R., Tamames Gómez, S., López González, M., Mohedano Macías, L., D'Agostino, M. y Veiga de Cabo, J. (2009). Revisión Sistemática Exploratoria. *Medicina y Seguridad Del Trabajo*, 55(216), 12–19.
- McGinn, C., Bourke, E., Murtagh, A., Donovan, C., Lynch, P., Cullinan, M. F., y Kelly, K. (2020). Meet Stevie: a Socially Assistive Robot Developed Through Application of a 'Design-Thinking' Approach. *Journal of Intelligent and Robotic Systems: Theory and Applications*, 98(1), 39–58. <https://doi.org/10.1007/s10846-019-01051-9>
- Milliez, G. (2018). Buddy: A Companion Robot for the Whole Family. *ACM/IEEE International Conference on Human-Robot Interaction*, 40. Nueva York: IEEE Press. <https://doi.org/10.1145/3173386.3177839>
- Nass, C. y Brave, S. (2007). *Wired for Speech: How Voice Activates and Advances the Human-Computer Relationship*. Cambridge: MIT Press.
- Natale, S. (2020). To believe in Siri: A critical analysis of AI voice assistants. En *Communicative Figurations Working Papers* (Vol. 32, pp. 1–17). Research network Communicative Figurations. Bremen: University of Bremen.
- Nomura, T. (2020). A possibility of inappropriate use of gender studies in human-robot Interaction. *AI and Society*, 35(3), 751–754. <https://doi.org/10.1007/s00146-019-00913-y>
- Nordic, V. (2019). *Meet Q. The first genderless voice*. Recuperado el 9 de noviembre de 2020 de: <https://www.genderlessvoice.com/>
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe sobre el Envejecimiento y la Salud*. Ginebra: Ediciones de la OMS. Recuperado el 11 de octubre de 2020 de: <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
- Pandey, A. K. y Gelin, R. (2018). A Mass-Produced Sociable Humanoid Robot. Pepper: the First Machine of Its Kind. *IEEE Robotics and Automation Magazine*, 25(3), 40–48. <https://doi.org/10.1109/MRA.2018.2833157>

- Pérez Vidal, A., Castro González, A., Alonso Martín, F., Castillo, J. C. y Salichs, M. A. (2017). Evolución de la robótica social y nuevas tendencias. En H. López García (Ed.), *XXXVIII Jornadas de Automática* (pp. 836–843). Oviedo: Universidad de Oviedo. <https://doi.org/https://doi.org/10.17979/spudc.9788497497749.0836>
- Phan, T. (2017). The Materiality of the Digital and the Gendered Voice of Siri. *Transformations Journal*, 29, 23–33. Recuperado el 11 de octubre de 2020 de: [www.transformationsjournal.org](http://www.transformationsjournal.org)
- Portet, F., Vacher, M., Golanski, C., Roux, C. y Meillon, B. (2013). Design and evaluation of a smart home voice interface for the elderly: Acceptability and objection aspects. *Personal and Ubiquitous Computing*, 17(1), 127–144. <https://doi.org/10.1007/s00779-011-0470-5>
- Pruchno, R. (2019). Technology and Aging: An Evolving Partnership. *Gerontologist*, 59(1), 1–5. <https://doi.org/10.1093/geront/gny153>
- Rakow, L. (1988). Gendered Technology , Gendered Practice. *Critical Studies in Mass Communication*, 5, 57–70.
- Robertson, J. (2010). Gendering humanoid robots: Robo-sexism in Japan. *Body and Society*, 16(2), 1–36. <https://doi.org/10.1177/1357034X10364767>
- Sánchez Aragón, S. (2017). Evolución del mundo material en los cuidados de enfermería: siglos XVIII al XX. *Cultura de Los Cuidados*, 21(49), 81–90. <https://doi.org/10.14198/cuid.2017.49.09>
- Schiebinger, L. (2013). *What genders a robot?* (pp. 1–5). Stanford University. Recuperado el 11 de noviembre de 2020 de: [https://web.stanford.edu/dept/HPS/Schiebinger AWIS Robots 2019.pdf](https://web.stanford.edu/dept/HPS/Schiebinger%20AWIS%20Robots%202019.pdf)
- Tay, B., Jung, Y. y Park, T. (2014). When stereotypes meet robots: The double-edge sword of robot gender and personality in human-robot interaction. *Computers in Human Behavior*, 38, 75–84. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.05.014>
- Trovato, G., Lucho, C., & Paredes, R. (2018). She’s electric-The influence of body proportions on perceived gender of robots across cultures. *Robotics*, 7(3). <https://doi.org/10.3390/robotics7030050>
- van Kemenade, M. A. M., Hoorn, J. F., y Konijn, E. A. (2019). Do you care for robots that care? Exploring the opinions of vocational care students on the use of healthcare robots. *Robotics*, 8(1). <https://doi.org/10.3390/robotics8010022>
- Vercelli, A., Rainero, I., Ciferri, L., Boido, M., y Pirri, F. (2017). Robots in Elderly Care. *Scientific Journal on Digital Cultures*, 2, 37–50. <https://doi.org/10.4399/97888255088954>
- Wajcman, J. (2000). Reflections on Gender and Technology Studies: In What State is the Art? *Social Studies of Science*, 30(3), 447–464. Recuperado el 19 de noviembre de: <https://www.jstor.org/stable/285810>
- Weber, J., y Bath, C. (2007). “Social” robots & “emotional” software agents:

Gendering processes and de-gendering strategies for “technologies in the making.” En Zorn, I., Maas, S., Rommes, E., Schirmer, C., Schelowe, H. (Ed.), *Gender Designs IT: Construction and Deconstruction of Information Society Technology* (pp. 53–63). Wiesbaden: Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-531-90295-1\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-531-90295-1_3)

- West, M., Kraut, R. y Chew, H. (2019). *I'd blush if I could. Closing gender divides in digital skills trough education* (Vol. 306, p. 146). París. UNESCO.
- Wu, Y. H., Fassert, C. y Rigaud, A. S. (2012). Designing robots for the elderly: Appearance issue and beyond. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(1), 121–126. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2011.02.003>

## Significados y representaciones sociales atribuidos a los miedos de los hijos: Promoción de la parentalidad positiva

Meanings and social representations attributed to children's fears: promotion for positive parenting

Significados e representações sociais atribuídos aos medos dos filhos: promoção para a parentalidade positiva

Rita Fernandes<sup>1</sup>, Alda Mendes<sup>2</sup>, Joana Ferreira<sup>3</sup>, Florbela Neto<sup>4</sup>, Adriana Navarro<sup>5</sup>, Goreti Marques<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Doutoramento em Enfermagem, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde Santa Maria, Portugal. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9870-2128>. Correo electrónico: [rita.fernandes@santamariasaude.pt](mailto:rita.fernandes@santamariasaude.pt)

<sup>2</sup>Mestrado em Enfermagem, Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4434-402X>. Correo electrónico: [alda@esenf.pt](mailto:alda@esenf.pt)

<sup>3</sup>Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Doutoranda em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Professora Assistente Convidada na Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2879-2375>. Correo electrónico: [up201501614@icbas.up.pt](mailto:up201501614@icbas.up.pt)

<sup>4</sup>Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Doutoranda em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Professora Assistente Convidada na Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8148-5588>. Correo electrónico: [up201501613@icbas.up.pt](mailto:up201501613@icbas.up.pt)

<sup>5</sup>Licenciatura em Enfermagem, Registered Nurse na empresa University Hospitals Plymouth NHS Trust, Inglaterra. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1342-4916>. Correo electrónico: [adriana.munoz-navarro@nhs.net](mailto:adriana.munoz-navarro@nhs.net)

<sup>6</sup>Doutoramento em Enfermagem, Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde Santa Maria, Portugal. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1342-4916>. Correo electrónico: [goreti.marques@santamariasaude.pt](mailto:goreti.marques@santamariasaude.pt)

Correspondencia: Rita Fernandes. Rua Quinta da Corga nº107, Águas Santas. 4425-286 Maia. Correo electrónico de contacto: [rita.fernandes@santamariasaude.pt](mailto:rita.fernandes@santamariasaude.pt)

Para citar este artículo: Fernandes, R., Mendes, A., Ferreira, J., Neto, F., Navarro, A., & Marques, G. (2021). Significados y representaciones sociales atribuidos a los miedos de los hijos: Promoción de la parentalidad positiva. *Cultura de los Cuidados*, 25(61). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.61.13>

Recibido: 23/06/2021 Aceptado: 10/09/2021



## RESUMEN

**Objetivo:** Conocer las representaciones sociales y los significados de los padres en lo que respecta a los miedos de los hijos, para definir intervenciones que promuevan la parentalidad positiva en este área de dificultades del desarrollo infantil. **Método:** Estudio descriptivo basado en la Teoría de las Transiciones de Meleis y en la Teoría de las Representaciones Sociales de Abric. La evaluación diagnóstica se realizó entre mayo y junio de 2019, utilizando una recopilación libre de palabras a través del estímulo inductor – miedo de los niños y adolescentes. La muestra fue constituida por 143 padres de hijos  $\leq$  a 18 años. **Resultados:** Se identificaron los significados cuánto a la posición en el núcleo central y periférico, que ayudaron en la categorización de seis tipos de parentalidad: parentalidad en sufrimiento, parentalidad con dificultades, parentalidad positiva, parentalidad atenta, parentalidad preocupada y parentalidad desconectada. **Conclusiones:** El proyecto de promoción para la parentalidad positiva en relación al miedo de los hijos basado en el conocimiento de los significados atribuidos permitió no solo entender la dimensión del problema, cómo desarrollar intervenciones y materiales adecuados, así como indicar el mejor abordaje para promover la parentalidad positiva en relación a los miedos de los hijos.

**Palabras clave:** Responsabilidad parental; miedo; niño; adolescente; enfermería pediátrica

## ABSTRACT

**Objective:** Know the social representations and the meanings attributed to children's fears by the parents, for delineate interventions that promote positive parenting in this area of child development difficulties. **Method:** descriptive study based on Meleis' Theory of Transitions and Abric's Theory of Social Representations. A diagnostic evaluation was performed between May and June of 2019, using a free word evocation through the stimulus inductor – children's and adolescents' fears. The sample consisted of 143 parents of children  $\leq$  18 years. **Results:** the meanings were identified by the position in the central and peripheral nucleus, which helped in the categorization of six types of parenting: parenting in distress, parenting with difficulties, positive parenting, attentive parenting, concerned parenting, and disconnected parenting. **Conclusions:** The project for positive parenting promotion in relation to children's fears based on the knowledge of the meanings attributed allowed not only to understand the dimension of the problem, but also to develop appropriate interventions and materials, as well as indicate the best approach to promote positive parenting in relation to children's fears.

**Keywords:** Parenting; fear; child; adolescent; pediatric nursing

## RESUMO

**Objetivo:** conhecer as representações sociais e os significados dos pais no que diz respeito aos medos dos filhos, para delinear intervenções que promovam a parentalidade positiva nesta área de dificuldades do desenvolvimento infantil. **Método:** estudo descritivo baseado na Teoria das Transições de Meleis e na Teoria das Representações Sociais de Abric. Foi realizada a avaliação diagnóstica entre maio e junho de 2019, com recurso à evocação livre de palavras através do estímulo inductor – medo das crianças e adolescentes. A amostra foi constituída por 143 pais de filhos  $\leq$  a 18 anos. **Resultados:** identificaram-se os significados quanto à posição no núcleo central e periférico, que auxiliaram na categorização de seis tipos de parentalidade: parentalidade em sofrimento, parentalidade com dificuldades, parentalidade positiva, parentalidade atenta, parentalidade preocupada e parentalidade desligada. **Conclusões:** O projeto de promoção para a parentalidade positiva em relação ao medo dos filhos baseado no conhecimento dos significados atribuídos permitiu não só entender a dimensão do problema, como desenvolver intervenções e materiais adequados, tal como indicar a melhor abordagem para promover a parentalidade positiva em relação aos medos dos filhos.

**Palavras-chave:** Poder parental; medo; criança; adolescente; enfermagem pediátrica

## INTRODUCCIÓN

El miedo y las preocupaciones son considerados respuestas normales a diversas situaciones y objetos, formando parte del instinto de supervivencia (Kruuse & Kalmus, 2016). Los miedos varían a lo largo del desarrollo, según la fase de desarrollo infantil en la que se encuentran y por ello, del universo simbólico del niño, relacionados con las tareas de desarrollo (Hockenberry & Wilson, 2014). Las respuestas a los miedos pueden verse influenciadas por creencias, significados y representaciones sociales (Gartstein *et al.*, 2016). Los miedos del desarrollo pueden convertirse en patológicos con origen multicausal (Buss, Davis, Kiel, Brooker, Beekman & Early, 2013), siendo las perturbaciones de la ansiedad consideradas una manifestación creciente a nivel nacional (DGS, 2014) y a nivel internacional (Borelli *et al.*, 2014) en edades jóvenes. Las perturbaciones de la ansiedad son los problemas mentales más comunes en los niños en edad escolar, asociadas al prejuicio de desarrollo psicosocial, dificultades escolares y ansiedad social y otros problemas mentales en la vida adulta, señalando la relación directa que existe entre la ansiedad de los padres y de los hijos y la necesidad de programas de intervención preventiva para proporcionar las herramientas para ajustar y regular las respuestas de los niños al factor del estrés ((Borelli *et al.*, 2014). Otras búsquedas también refuerzan la necesidad de programas preventivos para que los padres tengan cuidado en la expresión de los miedos en presencia de sus hijos (Cleberg & Öst, 2015; Kochanska, Coy & Murray, 2001; Kochanska, Aksan & Joy, 2007).

A pesar de que los miedos en la niñez y adolescencia formaron parte del desarrollo infantil, la intensidad de los miedos y esencialmente la respuesta a estos miedos, tales como la forma de confrontación presentan variaciones culturales y esencialmente parentales, evidenciando la influencia del ambiente en los miedos de los niños y adolescentes (Dunne, Reynolds & Askew, 2017), teniendo la parentalidad un papel predominante en el enfrentamiento de los miedos de los hijos. Los contactos próximos y continuos en las consultas de salud infantil entre enfermero y familia permite tener un papel importante en la promoción de la parentalidad positiva, especialmente en relación al miedo de los niños/adolescentes. Así, se pretende realizar una recogida de las representaciones sociales/significados de los padres en lo que respecta a los miedos de



los niños/adolescentes, para definir intervenciones que promuevan la parentalidad positiva en esta área del desarrollo infantil.

### **Teoría de las Transiciones**

La Teoría de las Transiciones de Meleis (Meleis, 2015), define la transición como un pasaje de una fase de vida, condición o estado a otro/a, requiere incorporación de conocimientos y capacidades, modificación de su comportamiento (actitudes) y cambio de sentido del Yo (identidad). Definido por la autora como siendo un proceso complejo y multifacético, incluyendo naturaleza de las transiciones (tipos, patrones y propiedades), condicionantes facilitadoras y/o dificultadoras de la transición (personales, comunidad y sociedad), patrones de respuesta (indicadores de proceso y de resultados) e intervenciones terapéuticas o preventivas de enfermería. La parentalidad se define como una transición de desarrollo basado en el ciclo de vida manifestado por el desempeño de nuevas funciones, afectando la salud y el bienestar de las personas, donde la intervención de los enfermeros puede ser significativa en este proceso (Meleis, 2010).

Las condiciones previas de esta teoría que son esenciales en este estudio están basadas en las nociones de que las respuestas de las personas están influenciadas por las interacciones con otros significativos o grupo de referencia; las acciones terapéuticas o preventivas influyen los resultados de las transiciones; los individuos tienen la capacidad de aprender y desempeñar nuevos documentos influenciados por el ambiente (Meleis, 2010). En este sentido, la teoría viene a reforzar la idea de la fuerte influencia de los padres en la respuesta de sus hijos a los miedos; que los enfermeros pueden intervenir de forma preventiva y/o terapéutica en el proceso de transición hacia la parentalidad frente al miedo de los niños/adolescentes y que los padres pueden de hecho asumir nuevas funciones para ayudar a sus hijos en el desarrollo – modelos o ensayo de estrategias para hacer frente a los miedos.

De esta manera, para intervenir de manera más efectiva a lograr efectos en los procesos de resultado (maestría y definición de identidad) fue necesario efectuar la evaluación diagnóstica de los conocimientos y clarificación de los significados asociados a los miedos de los niños, para después implementar intervenciones que permitan la adquisición de conocimientos, desarrollo de capacidades y consecuentemente la

alteración de comportamientos, que puedan ayudar a los padres a alcanzar la maestría en la parentalidad positiva frente a los miedos de sus hijos.

### **Teoría de las Representaciones Sociales**

Con la intención de conocer los significados que los padres atribuyen al miedo en los niños/adolescentes se recurrió a la Teoría de las Representaciones Sociales, también llamada Teoría del Núcleo Central o Teoría de la Significación (Abric & Moliner, 2015), que permite explorar los significados atribuidos a un objeto o situación. Las representaciones sociales “son sistemas de significación, permitiendo interpretar el curso de los acontecimientos y relaciones sociales” (Jodelet, 2018:430) y además “expresan la relación que los individuos y los grupos mantienen con su “mundo de vida” y los otros actores sociales” (Jodelet, 2018:430). De esta manera, se consideró una trayectoria válida para conocer las significaciones de padres atribuidas a los miedos de sus hijos y sus formas de lidiar con estas situaciones.

De hecho, se demuestra en otros estudios que buscaron conocer las representaciones sociales de algunos grupos para reconocer la implicación que puede tener en la práctica de los cuidados de enfermería. (Mota, Nogueira, Fernandes, Silva, Ferreira & Freitas, 2018; Jiménez Arroyo & Rangel Flores, 2017; Carrasquilla Baza & Pérez Quintero, 2018)

La representación social está compuesta por sistemas - núcleo central y periféricos – en los cuales la representación social está organizada, estabilizando el significado atribuido a esa situación u objeto y permitiendo simultáneamente algunas divergencias individuales (Abric & Moliner, 2015). El núcleo central está constituido por un número limitado de creencias y/o significados consensuados en grupo y estables en el tiempo; en el núcleo periférico se integran más variedad de creencias o significados diferentes y con mayor probabilidad de cambios a lo largo del tiempo. El núcleo central, además de otras, tiene la función organizadora que permite entender las conexiones entre los significados de los elementos centrales y periféricos, tal como el significado entre los diferentes elementos periféricos. Al clarificar y modificar los significados del núcleo central, el significado atribuido a la representación social asociada cambia, siendo estos los

elementos más difíciles de alterar; son los elementos periféricos que permiten más fácilmente alteraciones y cambios en el núcleo central, es decir, esas alteraciones de los elementos periféricos se difuminan entre el grupo y se vuelven más consensuadas, consiguiendo pequeñas transformaciones, que modificarán progresivamente los elementos del núcleo central (Abric & Moliner, 2015).

Con la técnica de la asociación libre de palabras, a través de un estímulo inductor de la situación u objeto se consigue acceder a la significación que los individuos atribuyen a algo – solicitando palabras que afloren de su pensamiento acerca de ese estímulo – en el caso de este estudio los significados acerca de los miedos de los niños/adolescentes, para a continuación clasificar los significados en jerarquías y realizar análisis de los núcleos central y periféricos de esa representación social (Abric & Moliner, 2015). Esta técnica debe ser complementada con otros análisis exploratorios, que este estudio realizará a través de la identificación de tipologías de parentalidad basadas en los significados atribuidos a los miedos por los padres. A través del conocimiento de las representaciones sociales y de los significados atribuidos por los padres a los miedos desarrollados de los niños/adolescentes, será posible delinear un plan de intervención que permita clasificar y cambiar esos significados y representaciones, haciendo posible el desarrollo de capacidades para lidiar con estas situaciones, a través de conocimientos, estrategias, recursos y soporte de los enfermeros, consiguiendo promover parentalidades positivas en esta área de actuación de la enfermera especialista en salud infantil y pediátrica, especialmente en cuidados de salud primaria.

## **METODOLOGÍA**

Estudio transversal descriptivo, transcurrido en contexto comunitario, en una Unidad de Salud en el distrito de Oporto, Portugal. El instrumento de recogida de datos utilizado para la realización del diagnóstico de salud en este área de creencias, representaciones sociales y significados de los padres en relación a los miedos de los niños/adolescentes, permitió realizar intervenciones específicas para la promoción de la parentalidad en relación a los miedos, en la comunidad parental de la Unidad de Salud, es un cuestionario compuesto por dos partes: por los datos sociodemográficos y por la propuesta de evocación libre de por lo menos 3 palabras acerca del estímulo inductor – el

miedo de los niños y adolescentes. La recogida de datos (evaluación diagnóstica) transcurrió entre mayo y junio del 2019.

Se recurrió a la muestra no probabilística por conveniencia, formando parte de la muestra de los padres con hijos  $\leq$  a 18 años que acudieron a la Unidad de Salud. Para el tratamiento de los datos se consideró el orden por el cual los sujetos nombraron o escribieron en los cuestionarios y se recurrió al programa openEvoc 0,84 de Hugo Cristo. El tratamiento de datos en este programa permitió identificar los elementos centrales y periféricos más mencionados, así como el orden de las apariciones relativamente a los significados. Seguidamente, se categorizaron las respuestas en tipologías de parentalidad recurriendo al análisis del contenido (Bardin, 2015), permitiendo entender e interconectar los resultados de los significados atribuidos para elaborar propuestas de intervención en la promoción hacia la parentalidad positiva.

Como en cualquier estudio en el que la muestra implica seres humanos, se tuvieron en consideración los principios de la declaración e Helsinki, revisados en 2013. Se garantizó la confidencialidad de los datos y el anonimato de los sujetos de la muestra, todos los procedimientos fueron explicados, los participantes firmaron su consentimiento informado para el tratamiento de los datos y publicación científica de los resultados, fue explicada la posibilidad de negarse a participar sin interferencia en los cuidados de la Unidad de Salud y tuvo un informe favorable de la Comisión de Ética de la ARS Norte.

## RESULTADOS

Participaron 143 padres con media de 37,4 años de edad, entre 17 y 59 años, en que 24% son de sexo masculino y 76% son de sexo femenino. La mayoría de los padres tienen 1 hijo (59,44%), con una media de edades de los hijos de 6,39 años, entre 3 días y 18 años de edad, en que la edad de 20,77% se encuentran entre los 3 días hasta los 11 meses, 47,83% tienen edades comprendidas entre 1 año y 9 años y 65% están en la adolescencia.

Después de la introducción de las palabras mencionadas en un total de 444 evocaciones y 130 léxicos, colocadas según el orden de aparición y considerando el orden de importancia, se recurrió al *software* openEvoc 8.3 para realizar el *Rangmot* o tabla de

frecuencia y orden, con indicación de frecuencia mínima de 0,5, frecuencia de 1,5 y orden 2.

Las palabras más mencionadas y consideradas más importantes se encuentran en el núcleo central correspondiendo a las palabras de la esquina superior izquierda de la tabla 1.; las palabras más citadas, pero de menor importancia son consideradas los elementos de primera periferia y se encuentran en la esquina superior derecha; las palabras poco citadas, pero consideradas importantes son los elementos de segunda periferia, se encuentran en la esquina inferior izquierda y los menos frecuentes y con menor grado de importancia son los elementos de tercera periferia y están representados en la esquina inferior derecha (Sant'Anna, 2012). Así, en la siguiente tabla (Tabla 1.) se presentan los elementos del núcleo central y de las periferias, considerando que los elementos de tercera periferia se incluyen en un subgrupo.

En el núcleo central se encuentran los elementos más acordados y estáticos de las representaciones sociales relativamente al miedo de los niños y adolescentes, este núcleo expresa valores comunes del grupo de padres participantes, en las que destaca el miedo, la ansiedad, siguiendo a la muerte, angustia, impotencia, pero existiendo también la inseguridad y la aflicción.

En los elementos de primera periferia se encuentran los significados más dinámicos interrelacionados con el núcleo central, con elementos como preocupación, pero también enfermedad, tristeza, frustración, temor, seguido de pánico, oscuro y formas de lidiar con el miedo de los hijos cómo ayudar y tranquilizar.

Los elementos de segunda periferia se refieren a la existencia de un subgrupo de significados, que aunque menos frecuentes, fueron considerados muy importantes, que se ramifica en subgrupos con atribución de diferentes significados: como resolver; definiciones más problemáticas que provocan el sufrimiento o malestar como terror, pérdida, aterrador y pavor; el evitamento con el reconocimiento de ausencia de miedos; y nuevamente, formas más positivas para lidiar como tranquilizar y comprensión.

**Tabla 1.** Tabla de frecuencia X orden de evocación (N=143)

	Orden de Evocación <2			Orden de Evocación ≥2		
	Frecuencia	Palabras	OE	Frecuencia	Palabras	OE
Frecuencia ≥1.5	<b>Núcleo Central (++)</b>			<b>Primera Periferia (++)</b>		
	8.56%	miedo	1.82	10.59%	preocupación	2.09
	6.31%	ansiedad	1.93	2.25%	enfermedad	2
	3.83%	muerte	1.76	2.25%	tristeza	2.3
	3.83%	angustia	1.76	2.03%	frustración	2
	2.25%	impotencia	1.9	2.03%	temor	2.11
	1.58%	inseguridad	1.86	1.8%	oscuro	2
	1.58%	aflicción	1.86	1.8%	pánico	2
				1.8%	ayudar	2.75
				1.58%	tranquilizar	2.29
Frecuencia <1.5	<b>Segunda Periferia (-+)</b>			<b>Tercera Periferia (--)</b>		
	Frecuencia	Palabras	OE	Frecuencia	Palabras	OE
	1.35%	resolver	1.5	1.35%	protección	2
	1.13%	terror	1.4	1.35%	estrés	2
	0.9%	pérdida	1.5	1.35%	apoyar	3.17
	0.9%	ausencia	1.5	1.13%	violencia	2.2
	0.68%	aterrador	1.67	1.13%	normal	2.2
	0.68%	pavor	1.67	1.13%	atención	2.4
	0.68%	tranquilizar	1.67	0.9%	futuro	2.25
	0.68%	comprensión	1.67	0.9%	dificultades	3
				0.68%	accidente	2.33
				0.68%	consolar	2.33
				0.68%	entender	2.33
				0.68%	nerviosismo	2.33
				0.68%	<i>bullying</i>	2.33
			0.68%	soledad	2.67	
			0.68%	explicar	2.67	
			0.68%	socorro	3	

Fuente: elaboración propia – datos del estudio

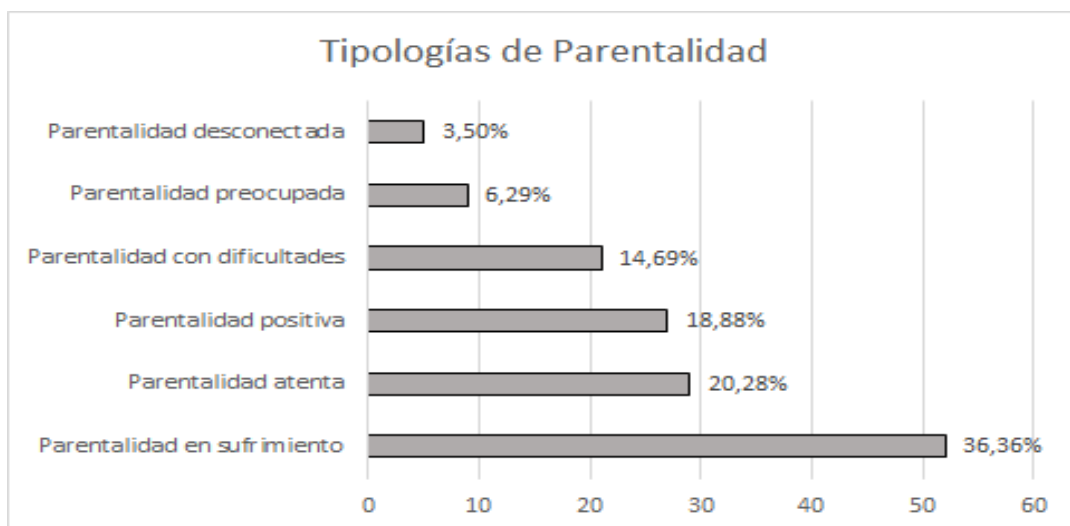
Los elementos de tercera periferia se relacionan esencialmente con maneras de lidiar con la situación como protección, apoyar, atención, consolar, entender, explicar; en la identificación de los tipos de miedos de sus hijos (violencia, accidente, bullying), en la constatación de dificultades en lidiar con el problema y algunas proyecciones de sus propios miedos como nerviosismo, estrés, dificultades, socorro y soledad que pueden

representar los efectos de las dificultades que presenta lidiar con sus propios miedos y los de sus hijos, con miedo de implicaciones en el futuro, pero también siendo considerados normales por algunos participantes.

Así, en el núcleo central se constata la necesidad consensual y apremiante de intervención enfermera en este área de intervención (considerada como miedo, ansiedad y angustia), en la primera periferia se encuentran las posibilidades de cambio (a pesar de la preocupación, de la tristeza, de la frustración y el miedo, también se reconoce la importancia en ayudar a los hijos a superar la dificultad – ayudar y tranquilizar) y en la segunda periferia se identifican subgrupos de padres que recorren a la evasión (ausencia), otros que lo enfrentan como sufrimiento (terror, aterrador, pavor) y además otros que lo enfrentan de manera más positiva (resolver, tranquilizar y comprensión).

Después de conocer la posición de diversos elementos que representan la significación de los padres asociada a los miedos de los hijos, fueron explorados los significados en términos de categorización y se encontraron seis tipologías de parentalidad (Gráfico 1.) que permiten complementar los datos anteriores.

**Gráfico 1.** Tipologías de parentalidad



Fuente: elaboración propia – datos del estudio.

La parentalidad más frecuente es una parentalidad en sufrimiento y corresponde a 52 padres, que verbalizan signos de extrema preocupación con los miedos de sus hijos (miedo, pánico, angustia) desvelando fragilidades. Seguida de la parentalidad atenta de 29 padres que también demuestra una parentalidad que aparentemente puede ser efectiva

si es receptiva, identificando los miedos de sus hijos. La parentalidad positiva se encuentra mucho más próxima en término de número de padres, es decir, 27 padres que perciben los miedos de los hijos como normal y citan las estrategias que utilizan para lidiar con el miedo de sus hijos. A posterior, se identifica la parentalidad con dificultades y con esta se identifican 21 padres que revelan los efectos de esas dificultades como impotencia y frustración frente al problema. La parentalidad preocupada, respecto a 9 padres, también puede ser considerada eficaz una vez que demuestra preocupación y miedo en grado moderado, que permite buscar o tener receptividad a la información para aumentar conocimientos y desarrollar capacidades de respuesta. El último grupo de padres es de menor cantidad, 5 padres, revela una parentalidad desconectada que no reconoce el problema o dificultad de desarrollo de sus hijos y recurre a la evasión del problema como solución.

## DISCUSIÓN

Este estudio se basó en dos teorías: en la función de simbolización de las representaciones sociales que permite acceder a los conocimientos, a los significados y a los sentidos que el objeto adquiere para los sujetos (Jodelet, 2018), para la evaluación diagnóstica y en la Teoría de las Transiciones de Meleis que permite entender las condiciones facilitadoras e inhibidoras de la transición, con el fin de desarrollar el planteamiento y la implementación de intervenciones de enfermería que apoyen en la transición hacia la parentalidad.

La Teoría de las Transiciones de Meleis permite explicar y entender el proceso de transición para la parentalidad de desarrollo, constatando que las intervenciones de los profesionales de la salud permiten a las madres asumir un papel activo en la responsabilidad de las necesidades de sus hijos y así aumentar la autoconfianza (Barimani, Vikström, Rosander, Forslund-Frykedal & Berlin, 2017). Afirmando que los padres reciben el soporte y obtienen estrategias para lidiar con la nueva situación. A pesar de que los miedos se consideran marcos de desarrollo, las respuestas al miedo frente a un objeto o situación pueden ser aprendidas a través de la observación de la respuesta al estímulo de los padres, adquiriendo con estas un aprendizaje de respuesta al estímulo (Dunne, Reynolds & Askew, 2017).



Relaciones positivas entre padres e hijos, responsabilidad materna y confianza básica resultan en sentimientos de seguridad por parte de los hijos o confianza en la protección y cooperación en la influencia de los padres en su socialización, siendo los miedos de desarrollo del niño una manera de adaptarse y socializar del mismo, así como un proceso de posibilidad de estrechamiento de lazos y respuestas mutuas entre padres e hijos (Mark, Bakermans-Kranenburg & Ijzendoorn, 2002). Una estrategia de intervención no sirve para todos, ciertas influencias de parentalidad tienen diferentes efectos con relación al temperamento de los niños e influencias ambientales o ecológicas (Mark, Bakermans-Kranenburg & Ijzendoorn, 2002). Considerando el concepto de diversidad y de multiculturalidad en el concepto de parentalidad o parentalidades.

En otro estudio (Kochanska, Coy & Murray, 2001), los padres interfieren en la autorregulación de los hijos principalmente hasta la edad escolar, en sus orientaciones positivas en oposición a las prohibiciones. Algunas de las diferencias individuales (género, temperamento, edad) y ambientales (disciplina parental o control, desarrollo de confianza, relaciones parentales y sociales, entre otras) pueden interferir en el proceso, considerándose necesario una parentalidad sensitiva y amable, pero a la misma vez requiriendo de firme disciplina (Mark, Bakermans-Kranenburg & Ijzendoorn, 2002).

En este sentido, este estudio permitió identificar seis tipologías de parentalidad, siendo la identidad más prevalente la identidad en sufrimiento que nos desvelan los padres extremadamente preocupados y con extremas dificultades en lidiar con la situación que les provoca sentimientos de pánico y angustia, siendo estos padres beneficios con la implementación de intervenciones enfermeras que puedan ayudar a adquirir la *maestría* (Meleis, 2015) en la situación y conseguir el bien estar.

En la parentalidad con dificultades, los padres también sienten frustración e impotencia, estando patente la necesidad de intervenciones enfermeras, que podrán tener una buena adhesión por parte de los padres, esencialmente en el *conocimiento y capacitación de estrategias* (Meleis, 2015) para lidiar con el problema.

La parentalidad positiva se encuentra adaptada a la situación con algunos *conocimientos y capacidades*, que los enfermeros podrán detectar si existe margen para

la mejora, con la *concienciación y significación* como *factores facilitadores de la transición* (Meleis, 2015).

En la parentalidad atenta, al identificar los miedos en los hijos, los padres expresan que reconocen la existencia del problema y por eso podrán ser padres sensibles que pueden tener o no *conocimiento y capacidades* (Meleis, 2015) para lidiar con los miedos de sus hijos. En la parentalidad preocupada, las intervenciones enfermeras deberán direccionarse hacia el aumento de estos *conocimientos y capacidades*, una vez que la *concienciación* frente a la situación aparece como *condición facilitadora del proceso* (Meleis, 2015).

En la parentalidad desconectada los padres revelan evasión, indicando que la *concienciación y la significación* son *inhibidoras del proceso de transición* (Meleis, 2015) de la parentalidad positiva frente a los miedos de los hijos, requiriendo de intervenciones en la deconstrucción de *creencias* y clarificación de esos *significados*.

Los padres actúan frente a las ansiedades y/o los miedos en los niños de forma diversa, variando de modelación positiva (sirviendo como ejemplo proporcionar información acerca de cómo enfrentar la situación), sobreprotección, rechazo, castigo (tomándose privilegios) o fuerza (forzar físicamente a enfrentar la situación de miedo) (20). Las anteriores formas de lidiar con los miedos de los hijos aumentan los niveles de ansiedad y miedo en estos, a pesar de ser las menos utilizadas por los padres; y la primera respuesta es más efectiva y positiva para lidiar con situaciones potencialmente propensas de generar estrés en los niños (Casline *et al.*, 2018). En este estudio las diversas influencias de los estilos parentales en las respuestas de los niños a eventos estresantes, como los miedos de desarrollo, tienen impacto en la medida que permiten entender las maneras en que los padres lidian con esos eventos, aumentando la autonomía del niño a alentar a sus hijos a que se enfrenten a los miedos y que no los eviten (Casline *et al.*, 2018). Por consiguiente, las intervenciones de enfermería preventivas y terapéuticas frente a los miedos de los niños y adolescentes, pasan por promover una parentalidad positiva, concretamente, en la clarificación de los *significados*, promoción de la *maestría* para lidiar con la situación de miedo en el niño/adolescente, modelación de funciones y ayuda en la respuesta a cuestiones acerca de los sentidos de *transición* (Meleis, 2015).

La promoción hacia la parentalidad en relación con el miedo de los hijos es poco explorada a nivel de intervención enfermera infantil y pediátrica, sin embargo, el miedo de los niños y adolescentes es transversal en todas las fases del desarrollo, aunque con identificaciones e intensidades diferentes y potenciador de promoción para la parentalidad positiva por parte de los enfermeros.

Este estudio de evaluación diagnóstica permite percibir la necesidad de más atención e intervención por parte de los enfermeros para este problema de desarrollo que, como desvelan los resultados, pocos padres están preparados para lidiar con la situación y pueden ser objetivo de intervenciones para mejorar o aumentar conocimientos y capacidades. También fue posible reconocer los significados más consensuados y más dinámicos de los padres, así como conocer subgrupos, y de ahí se constata la necesidad de trabajar estas representaciones sociales acerca de las significaciones de los miedos de los niños/adolescentes en los elementos de la comunidad (abuelos, tíos, vecinos) dónde están incorporados padres e hijos, con la elaboración de una película para el equipo, para proyección y visualización en la sala de espera de la Unidad de Salud para los pacientes, con la intención de reformular significados, fortaleciendo conocimientos y desarrollando capacidades con enseñanza y visualización de estrategias (modelación) que puedan ser utilizadas para respaldar los componentes más nuevos de las comunidades, pero también los otros.

Las diferentes parentalidades encontradas fueron importantes para reconocer la necesidad de generar intervenciones basadas en los significados atribuidos, así como en la individualización y personalización de las intervenciones para la promoción de la parentalidad positiva frente a los miedos de los hijos, que podrán encontrar su espacio y momentos en las consultas de vigilancia en salud infantil. Los enfermeros en estos momentos tienen la oportunidad de deconstrucción de significados, modelación y divulgación de prácticas parentales. Con la intención de ayudar y complementar las sesiones de educación para la salud - individualizada y en grupo - fueron desarrollados materiales (folleto y libro-guía para padres) para su consulta y utilización en el domicilio, proporcionando seguridad en la utilización de las estrategias aconsejadas y la búsqueda

de recursos de salud incentivando la resolución de dudas, de dificultades, pero también de logros.

## CONCLUSIONES

Este estudio diagnóstico permite percibir que no existe una única forma de intervenir en la promoción y capacitación hacia la parentalidad positiva en relación a los miedos de los niños, que las intervenciones necesitan una evaluación diagnóstica previa para conocer el significado atribuido que nos indica si la concienciación y significación frente a la situación son inhibitoras o facilitadora del proceso - identificación de las tipologías de parentalidad - para intervenir de forma personalizada e individualizada, con el soporte de contenidos y materiales desarrollados, tal como el encaminamiento y apoyo por parte de los enfermeros en las dudas, dificultades y logros de los padres e hijos.

El estudio puede ayudar en la práctica de enfermería en las consultas de salud infantil y pediátrica, concretamente, en la promoción de la parentalidad positiva en relación con el miedo de los hijos. Las limitaciones se relacionan con la temporalidad del proyecto de intervención, pero permiten una continuación en la promoción y capacitación de los padres gracias a la implicación del equipo multidisciplinar.

**Conflicto de intereses:** ninguno declarado.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abric, J.C., & Moliner, P. (2015). Central core theory. In Sammut G, Andreouli E, Gaskell G, Valsiner J. eds. *The Cambridge handbook of social representations* (pp. 83-95). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bardin, L. (2015). Análise de conteúdo. 3ª edição. Lisboa: Edições 70.
- Barimani, M., Vikström, A., Rosander, M., Forslund-Frykedal, K., & Berlin, A. (2017). Facilitating and inhibiting factors in transition to parenthood - ways in which health professionals can support parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(3), 537–46. Recuperado de: <https://doi.org/10.1111/scs.12367>.
- Borelli, J.L., Smiley, A.P., Bond, D.K., Buttitta, K.V., DeMeules, M., Perrone, L., et al. (2014). Parental anxiety prospectively predicts fearful children's

- physiological recovery from stress. *Child Psychiatry & Human Development*, 46(5), 774–85. Recuperado de: <https://doi.org/10.1007/s10578-014-0519-6>.
- Buss, K.A., Davis, E.L., Kiel, E.J., Brooker, R.J., Beekman, C., & Early, C.M. (2013) Dysregulated fear predicts social wariness and social anxiety symptoms during Kindergarten. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(5), 603–16. Recuperado de: <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.769170>.
  - Carrasquilla Baza, D., & Pérez Quintero, C. (2018). Experiencias del cuidado de enfermería en contexto intercultural. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 22(51). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.51.14>.
  - Casline, E.P., Pella, J., Zheng, D., Harel, O., Drake, K.L., & Ginsburg, G.S. (2018). Parental responses to children's avoidance in fear-provoking situations: relation to child anxiety and mediators of intervention response. *Child & Youth Care Forum*, 47(4), 443–62. Recuperado de: <https://doi.org/10.1007/s10566-018-9440-7>.
  - Clefberg, L., & Öst, L.G. (2015). The relation between fears and anxiety in children with specific phobia and parental fears and anxiety. *Journal of Child and Family Studies*, 25 (2), 598–606. Recuperado de: <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0222-7>.
  - Direção Geral da Saúde (DGS) - Portugal. *Saúde Mental em números – 2014*. Programa Nacional para a Saúde Mental. Lisboa: DGS. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2014-pdf.aspx>.
  - Dunne, G., Reynolds, G., & Askew, C. (2017). Stimulus fear relevance and the speed, magnitude, and robustness of vicariously learned fear. *Behaviour Research and Therapy*, 95, 1–18. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.05.002>.
  - Gartstein, M., Carranza, J.A., González-Salinas, C., Ato, E., Galián, M.A., Erickson, N.L., et al. (2016). Cross-Cultural comparisons of infant fear: a multi-method study in Spain and the United States. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 47(9), 1178–93. Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/0022022116663851>.
  - Hockenberry, M., Wilson, D. & Rodgers, C. (2018). *Wong fundamentos de Enfermagem pediátrica*. 10º edição. Rio de Janeiro: Elsevier Editora.
  - Jiménez Arroyo, V., & Rangel Flores, Y.Y. (2017). Las representaciones sociales como marco para comprender las respuestas humanas en el cuidado enfermeiro. *Cultura de los Cuidados*, 0(49), 147-154. Recuperado de: <https://doi.org/10.14198/cuid.2017.49.16>.
  - Jodelet, D. Ciências sociais e representações: estudo dos fenômenos representativos e processos sociais, do local ao global. *Revista Sociedade e Estado*. 2018 33 (2), 423 – 42. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-699220183302007>.

- Kochanska, G., Aksan, N., & Joy, M. (2007). Children's fearfulness as a moderator of parenting in early socialization: two longitudinal studies. *Developmental Psychology*, 43(1), 222–37.
- Kochanska, G., Coy, K.C., & Murray, K.T. (2001). The development of self-regulation in the first four years of life. *Child Development*, 72(4), 1091–111. Recuperado de: <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00336>. Recuperado de: <https://doi.org/10.1037/0012-1649.43.1.222>.
- Kruise, K. & Kalmus, V. (2016). Supernatural creatures, accidents, and war. *Television & New Media*, 18(3), 252–68. Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/1527476416652692>.
- marco para comprender las respuestas humanas en el cuidado enfermero. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 21(49). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.49.16>.
- Mark, I.L., Bakermans-Kranenburg, M.J., & Ijzendoorn, M.H. (2002). The role of parenting, attachment, and temperamental fearfulness in the prediction of compliance in toddler girls. *British Journal of Developmental Psychology*, 20(3), 361–78. Recuperado de: <https://doi.org/10.1348/026151002320620299>.
- Meleis, A.F. (2010). *Transitions Theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A.F. (2015). *Transitions Theory*. In: Smith M, Parker M. eds. *Nursing theories & nursing practice* (pp. 361-80). Philadelphia: F. A. Davis Company, 4 th edition.
- Mota, S., Nogueira, J., Fernandes, B., Silva, H., Ferreira, M., & de Freitas, M. (2018). Enfoque estructural de las representaciones sociales de los adolescentes sobre el envejecimiento y las personas mayores. *Cultura de los cuidados*, 0(50), 118-126. Recuperado de: <https://doi.org/10.14198/cuid.2018.50.11>.
- Sant'Anna, H. C. (2012). openEvoc: Um programa de apoio à pesquisa em Representações Sociais. In L. Avelar, M. Ciscon-Evangelista, M. Nardi, A. Nascimento, & P. Neto (Orgs.), *Psicologia Social: Desafios contemporâneos*. GM Gráfica e Editora.

## TEORÍA Y MÉTODO

### Promoción y prevención en unidad de cuidado neonatal: diseño y pilotaje del Programa Neopadres

#### Promotion and prevention in a neonatal care unit: design and piloting Neopadres Program

#### Promoção e prevenção em unidade de cuidados neonatal: projeto e piloto do Programa Neopadres

Leidy Johanna Rodríguez-Riaño<sup>1</sup>, Luz Astrid Celis Castañeda<sup>2</sup>, Fanny Galindo Triana<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Fonoaudióloga. Magister en Neurociencias. Docente Investigadora. Facultad de Salud, Universidad Manuela Beltrán. Bogotá, Colombia. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2033-3393>. Correo electrónico: leidy.rodriguez@docentes.umb.edu.co

<sup>2</sup> Médico Pediatra y Neonatóloga. Unidad de Recién Nacidos, Unidad de Servicios de Salud Simón Bolívar. Bogotá, Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-9327-4777> Correo electrónico: urn.simon@subrednorte.gov.co

<sup>3</sup> Fonoaudióloga, Especialista en Gerencia y Administración en Salud. Unidad de Recién Nacidos, Unidad de Servicios de Salud Simón Bolívar. Bogotá, Colombia. Orcid: no disponible. Correo electrónico: fannygalti@gmail.com.

Correspondencia: Avenida Circunvalar (carrera 1) # 60 - 00, Bogotá – Colombia. Correo electrónico de contacto: leidy.rodriguez@docentes.umb.edu.co

Para citar este artículo: Rodríguez-Riaño, L.J., Celis L.A., & Galindo F. (2021). Promoción y prevención en unidad de cuidado neonatal: diseño y pilotaje del Programa Neopadres. *Cultura de los Cuidados*, 25(61). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.61.14>

Recibido: 03/07/2021 Aceptado: 07/10/2021



## RESUMEN

La estancia en unidades de cuidado neonatal coexiste con condiciones físicas, cognitivas y/o emocionales para los recién nacidos y sus familias. Los programas de promoción y prevención ofrecen estrategias de cuidado y seguimiento al recién nacido. Introducción: La educación en salud demuestra beneficios para el cuidado de los bebés con participación de padres, contribuye al bienestar y favorece el apego. Material y métodos: La metodología de marco lógico, delimitó las

necesidades de la población, con la evidencia se diseñó el programa. Los participantes voluntarios fueron padres, madres y cuidadores de neonatos en unidad de cuidado neonatal, el pilotaje se realizó en seis semanas. Resultados: El Programa Neopadres se diseñó desde cuatro temáticas en conversatorios diferentes, con momentos diferenciados. El pilotaje registró 188 asistencias de madres (48,8%) y padres (14,0%). La encuesta de percepción del programa se aplicó al 45% de los padres y 90% de los profesionales, mostró alto nivel de percepción positiva con los aspectos del programa. Conclusiones: Ratifica la necesidad de acciones de promoción y prevención en unidades de cuidado crítico y el valor de educar sobre el desarrollo y transferir estrategias durante su estancia y egreso de la unidad. Los profesionales confirmaron aportes para fomentar el cuidado adecuado.

**Palabras clave:** Cuidado intensivo neonatal; promoción de la salud; servicios preventivos de salud; educación en salud.

## ABSTRACT

The stay in neonatal care units coexists with the physical, cognitive and / or emotional conditions of the newborn and his family. Promotion and prevention programs offer strategies for the care and monitoring of the newborn. Introduction: Health education shows benefits for the care of the baby with the participation of parents, contributes to well-being and promotes attachment. Material and methods: The logical framework methodology defined the needs of the population, with evidence that the program was designed. The volunteer participants were fathers, mothers and caregivers of neonates in the neonatal unit, the piloting was carried out in six weeks. Results: The Neoparentes Program was developed from four topics in different conversations, with different moments. The pilot registered 188 visits from mothers (48.8%) and fathers (14.0%). The program perception survey was applied to 45% of the parents and 90% of the professionals, showing a high level of positive perception with aspects of the program. Conclusions: Ratifies the need for promotion and prevention actions in critical units. The value for parents of knowing the development and transfer strategies during the stay and departure from the unit. Professionals confirmed contributions to promote adequate care.

**Keywords:** Neonatal intensive care; health promotion; preventive health services; health education.

## RESUMO

A permanência em unidades de cuidados neonatais convive com condições físicas, cognitivas e / ou emocionais do recém-nascido e de sua família. Os programas de promoção e prevenção oferecem estratégias para o cuidado e o acompanhamento do recém-nascido. Introdução: A educação em saúde mostra benefícios para o cuidado do bebê com a participação dos pais, contribui para o bem-estar e favorece o apego. Material e métodos: A metodologia do quadro lógico delimitou as necessidades da população, com as evidências de que o programa foi desenhado. Os participantes voluntários foram pais, mães e cuidadores de neonatos na unidade neonatal, a pilotagem foi realizada em seis semanas. Resultados: O Programa Neoparentes foi elaborado a partir de quatro tópicos em diferentes conversas, com momentos distintos. A pilotagem registrou 188 atendimentos de mães (48,8%) e pais (14,0%). A pesquisa de percepção



do programa foi aplicada a 45% dos pais e 90% dos profissionais, evidenciando alto nível de percepção positiva com os aspectos do programa. Conclusões: Ratifica a necessidade de ações de promoção e prevenção em unidades críticas. O valor para os pais conhecerem o desenvolvimento e as estratégias de transferência durante a permanência e saída da unidade. Os profissionais confirmaram contribuições para promover o cuidado adequado.

**Palavras chave:** Terapia intensiva neonatal; promoção da saúde; serviços preventivos de saúde; educação em saúde.

## INTRODUCCIÓN

El desarrollo infantil temprano reúne las condiciones con que los niños logran su desarrollo integral para adquirir las habilidades cognoscitivas, lingüísticas socioemocionales. Los cuidados nutricionales, de salud física y emocional desde el nacimiento garantiza este desarrollo de manera potenciada hasta los 3 años de vida y su efectividad es proporcional a la crianza y cuidado de acuerdo con las necesidades de los niños (Pérez-Escamilla et al., 2017). La estancia de los neonatos en unidades de cuidado intensivo, pueden generar situaciones que influyen negativamente en la calidad de vida y desarrollo del niño, incluso problemas de salud mental y alteraciones psicosociales (Carter, 2005). La evidencia, además, reporta que las estancias prolongadas en unidad de cuidado intensivo, puede ser un predictor de disminución en la calidad de vida, ya que los recién nacidos suelen tener mayor prevalencia de enfermedades crónicas, deterioro o alteración cognitiva, como signos de déficits en el neurodesarrollo e incluso alta mortalidad (Benavides Zuñiga et al., 2006).

Los padres de neonatos en unidad de recién nacidos están expuestos a la expectativa del nacimiento que ya de por sí, implica un cambio en la realidad familiar, sumado a las condiciones frágiles de salud de sus hijos que genera miedos y cambio de planes frente al final del embarazo y su alta del hospital. Estas condiciones, el contexto hostil y de acceso limitado de estas unidades y la separación de su hijo generan condiciones de estrés en padres y madres (Campo González et al., 2018).

En los últimos años se ha generado evidencia respecto a la importancia de la educación en salud a padres y el impacto de las acciones de promoción y prevención en esta población y en el desarrollo de sus hijos. El objetivo se centra en la relación inicial entre padres y neonatos y en estrategias basadas en la promoción de la salud y prevención de condiciones desfavorables para el desarrollo de los niños (Díaz-Gordon et al., 2015). Las unidades de cuidado neonatal se han planteado nuevos retos hacia procesos de promoción y prevención de alteraciones en los neonatos, que garanticen el desarrollo

adecuado, minimicen secuelas y disminuya tiempos de estancia. Los nuevos enfoques de trabajo interdisciplinar dentro de la unidad de cuidado neonatal, promueve cuidados centrados en el desarrollo y en la familia, con el objetivo de favorecer todo el proceso de vinculación con los padres y facilitar el desarrollo neurosensorial y emocional del recién nacido. Estos procesos de apego temprano y educación a padres permiten identificar riesgos de presentar problemas en el desarrollo, ya sean de crecimiento, neurológicos, sensoriales o psicológicos. En consonancia para los padres tener información de primera mano, conocer e identificar condiciones de su bebé y de cómo estimular su desarrollo, libera el estrés de la estancia prolongada, facilita los procesos de seguimiento y adaptación, y promueve la salud mental y los procesos de crianza.(Pallás Alonso, 2012)

Los programas de promoción y prevención desde la consejería, asesoría y consultoría fomentan la interdisciplinaria. Así como otras disciplinas, la fonoaudiología desarrolla acciones de promoción y prevención en unidades de cuidado neonatal, orientadas a padres y otros profesionales, que permiten replicar y orientar información básica pero fundamental para el reconocimiento por parte de padres y cuidadores. Las pautas sobre el desarrollo del neonato, signos de riesgo, estimulación adecuada, permiten que los padres apliquen acciones durante su estancia y a su egreso de la unidad, lo que minimiza errores o riesgos para los bebés (Velasco Vargas et al., 2014).

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio desde la metodología de marco lógico para el diseño del Programa Neopadres, basado en tres momentos: 1) definición de necesidades y objetivos desde un árbol de problemas, 2) revisión de evidencia y legislación para orientar enfoque del programa desde las variables definidas, 3) Diseño del programa, temas, conversatorios y apoyos audiovisuales, 4) Evaluación del programa desde un pilotaje con la participación de un grupo de padres, madres y cuidadores (Ortegón et al., 2005). El árbol de problemas se construyó identificando necesidades y oportunidades para el desarrollo del programa en el escenario de unidad cuidado neonatal, se realizó un diagnóstico de necesidades, de acuerdo con indagaciones y observaciones iniciales a los profesionales de la unidad.

La revisión bibliográfica se realizó con una búsqueda en la base de datos EBSCO entre 1 de junio al 30 de agosto de 2018, con el objetivo de identificar evidencia sobre

programas de promoción y prevención y/o de educación en salud en población neonatal. La estrategia se planteó con los boléanos: unidad de cuidado neonatal combinado con promoción, prevención y educación mediante el conector AND. Seleccionando documentos publicados en los últimos 6 años en español e inglés que dieran cuenta de programas de promoción y prevención en escenarios hospitalarios, orientados a padres y madres de neonatos y lactantes, logrando establecer de esta revisión, estructura, duración y estrategias de estos antecedentes como ejes direccionadores del diseño. Se complementó el ejercicio con la identificación de estrategias, mandatos y recomendaciones sobre atención neonatal, al lactante y a la primera infancia direccionadas por la OMS y políticas, modelos y rutas de atención materno perinatal del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Los consensos profesionales de atención a la madre y el neonato en procesos de promoción de la salud para la prevención de alteraciones durante el desarrollo infantil, fueron el eje de su estructura (Tabla 1).

El pilotaje del Programa Neopadres, se estructuró en 6 ciclos con pausas de una semana entre ellos permitiendo la rotación de padres cada semana. Se convocó a padres, madres y cuidadores de neonatos que se encontraban hospitalizados en la unidad de cuidado neonatal, quienes participaron voluntariamente, aceptando con consentimiento la asistencia, durante algunas o todas las cuatro sesiones que conformaban un ciclo. Se excluyeron padres de neonatos de otros servicios como consulta externa, programa canguro. Los conversatorios se desarrollaron en cuatro momentos que permitían informar, sensibilizar y entrenar a padres en los temas relacionados (Figura 1). Como incentivo a la participación, al final de cada ciclo se entregó a los padres/madres con asistencia de por lo menos tres conversatorios, un reconocimiento por su persistencia. Al final del conversatorio se resolvieron dudas puntuales que surgían por parte de los familiares, recibían un plegable que contenía la información concreta de la temática abordada y algunos decidían contestar la encuesta respecto a su percepción frente al programa.

**Figura 1. Momentos de desarrollo de los conversatorios**



Fuente: creación propia

Se midieron variables relacionadas con la participación de padres, madres y cuidadores en el pilotaje del programa: número de asistencias a conversatorios, número de asistentes por temas de conversatorios, número de participantes por ciclos, número de participantes que terminaron un ciclo completo y número de participantes que respondieron la encuesta.

Otras variables relacionadas con la percepción de padres, madres, cuidadores y profesionales de la unidad se midieron a través de dos encuestas (padres y profesionales) donde se indagó sobre la pertinencia de la metodología, el dominio del profesional, los recursos usados y el interés de continuar con el programa.

Se usaron como instrumentos de recolección de información: (1) registros de asistencia de padres, madres y cuidadores a cada conversatorio, solicitando datos genéricos como edad, género, parentesco con el neonato, número de cama. Para la jornada de socialización a profesionales de la unidad, el registro incluía años de experiencia en la unidad, profesión y turno de trabajo. (2) Encuesta a asistentes: incluía cinco preguntas acerca de la percepción del tema, las herramientas, el socializador y los tiempos de desarrollo del programa, además de un espacio para observaciones adicionales. Las

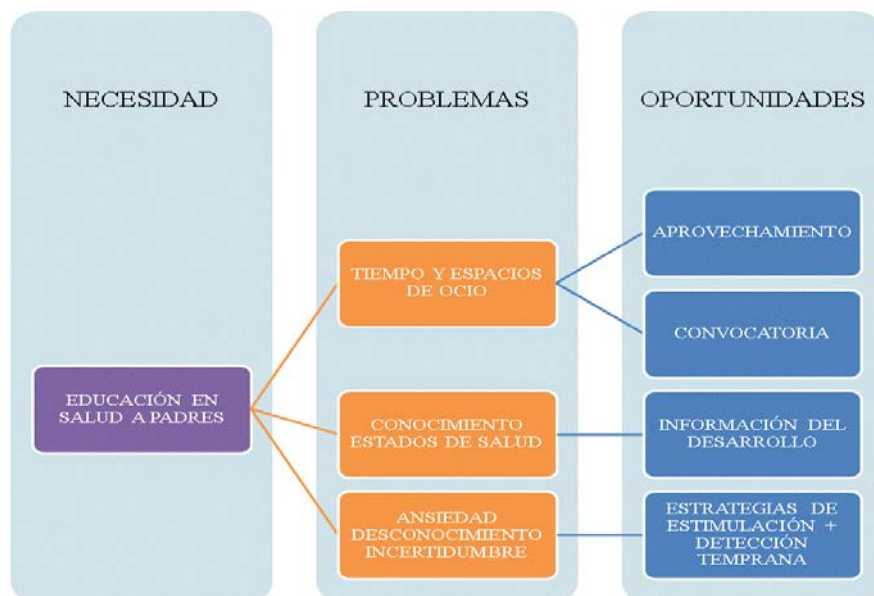
respuestas eran de si o no y fueron diligenciada por asistentes voluntarios. La versión para profesionales: incluía cuatro preguntas acerca de la percepción del desarrollo del programa, temas, tiempos, coherencia y pertinencia con el objetivo del programa y la posibilidad de replicarse en otras unidades de cuidado neonatal, además de un espacio para observaciones adicionales.

El análisis de la información se realizó un análisis estadístico descriptivo, mostrando la frecuencia de aparición de las distintas variables de acuerdo con los datos registrados de asistencia y las respuestas de la población de estudio.

## RESULTADOS

El diagnóstico de necesidades generó el árbol de problemas evidenciado escasas acciones de promoción y prevención de la salud en la unidad de cuidado neonatal y la necesidad de acompañamiento a padres durante la estancia y el uso efectivo de los tiempos de ocio (Figura 2).

**Figura 2. Árbol de problemas**



Fuente: creación propia

Dentro de los resultados de la revisión de evidencia se identificaron programas de promoción y prevención principalmente orientados a cuidados diarios de los neonatos y promoción lactancia materna. Fundamentalmente se han propuesto desde enfermería con

objetivos de promoción del cuidado. Frente a legislación nacional e internacional se identificaron lineamientos orientados al cuidado y garantía de derechos de los padres e hijos.

Se estructuró el Programa Neopadres, de promoción de la salud oromotora y auditivo comunicativa y prevención de alteraciones deglutorias y comunicativas con los temas: desarrollo comunicativo y auditivo, desarrollo oromotor y lactancia materna, en consonancia con las necesidades, estrategias y temáticas obtenidas del proceso previo (Tabla 2).

**Tabla 1. Políticas y legislación base del Programa Neopadres**

Plan de acción Todos los Recién Nacidos (ENAP) (Organización Mundial de la Salud OMS & UNICEF, 2014)
Plan de Acción para la Salud de la Mujer, el Niño, la Niña y Adolescentes 2018-2030. (Organización Mundial de la Salud OMS, 2017)
Guías para el continuo de la atención de la mujer y el recién nacido (Organización Panamericana de la Salud OPS, 2019)
Abordaje y la prevención de errores que ocurren en el cuidado de los recién nacidos (Organización Panamericana de la Salud OPS, 2018 )
Sistema Informático Perinatal (SIP): programas utilitarios y diagrama de redes: instrucciones de configuración del sistema (Fescina et al., 2011)
Estrategias para el abordaje de la salud materna y perinatal en el próximo decenio: una visión desde la salud pública: reporte (Organización Panamericana de la Salud OPS, 2012)
Guía de práctica clínica del recién nacido sano (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012)
Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016a)
Rutas integrales de atención en salud – RIAS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b)
Lineamiento para la implementación de la Atención Integral en Salud a la primera infancia, infancia y adolescencia (Social, 2014)
Plan Decenal Lactancia Materna (Social, 2009)

Fuente: creación propia.

**Tabla 2. Temas y conversatorios**

CONVERSATORIO/TEMA	OBJETIVO
Comunicación Temprana	Favorecer la interacción entre padres e hijos en la etapa temprana a través de estrategias de estimulación comunicativa y cognitiva diversas durante los momentos de desarrollo del bebé.
Lactancia Materna	Promover la importancia de la lactancia humana a partir de estrategias que favorezcan una alimentación segura y el vínculo entre madre e hijo, así como la participación familiar en el desarrollo integral del neonato.
Desarrollo auditivo	Concientizar sobre la necesidad e importancia del desarrollo auditivo en el proceso comunicativo de los neonatos, educando en estrategias de estimulación que promuevan el desarrollo auditivo, comunicativo y cognitivo.
Desarrollo oromotor y de alimentación	Educar sobre el desarrollo oromotor y de alimentación, reconociendo etapas de desarrollo y consistencia de alimentación para cada etapa, identificando signos de malos hábitos orales en las diferentes etapas para la alimentación y su función oromotora.

Fuente: creación propia.

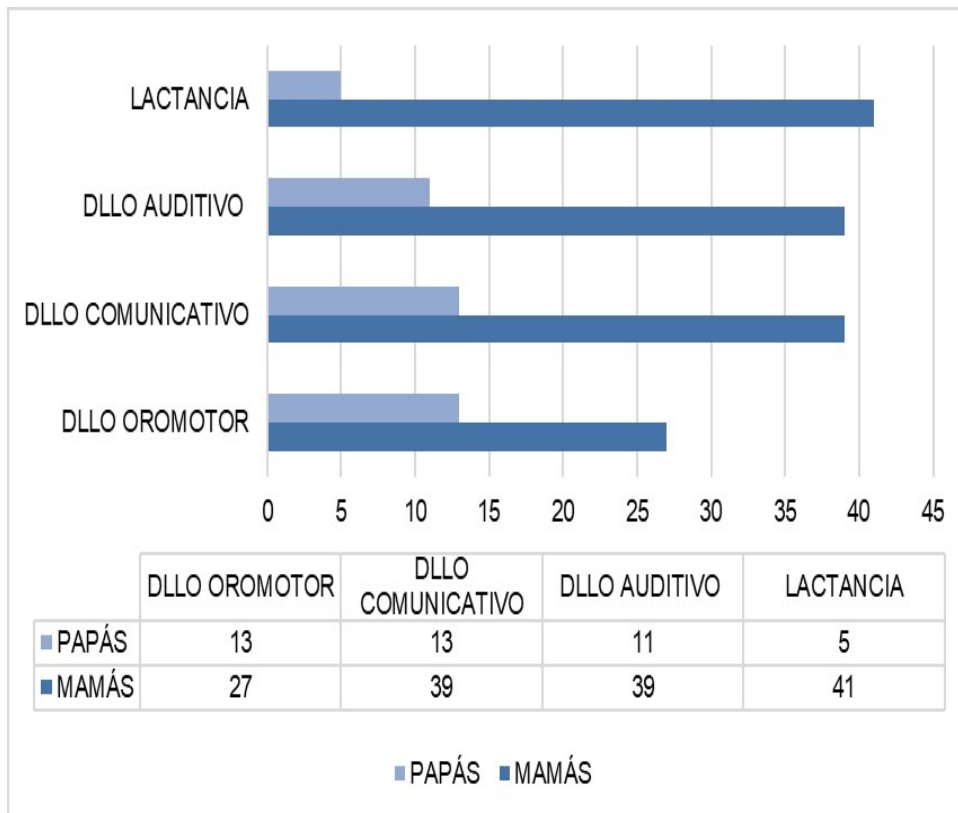
El diseño del programa se estructuró de esta forma:

- Un ciclo de cuatro conversatorios desarrollados en 30 minutos cada uno, aprovechando espacios previos a lactancia o canguero para evitar interrumpir estos espacios.
- Cada conversatorio sobre un tema diferente: lactancia, desarrollo auditivo, desarrollo comunicativo, desarrollo oromotor y de la alimentación, los nombres fueron adaptados para recordación de los participantes.
- Desarrollo de cada conversatorio en 5 momentos diferentes que permitían sensibilizar, adaptar y consolidar información a padres, madres y cuidadores.
- Al completar cada ciclo se motivó a los padres con un reconocimiento que certificaba su participación a más de 3 conversatorios dentro de un ciclo.

El pilotaje del Programa Neopadres tuvo como propósito identificar la adherencia de los padres frente al contenido propuesta y a las estrategias usadas durante los conversatorios. Este ejercicio incluía socializar a profesionales el programa y los resultados del pilotaje. Los 6 ciclos se llevaron a cabo en 6 semanas con una semana intermedia de descanso. En total se registraron 188 asistencias, que corresponden a padres y madres que habitualmente repetían su asistencia cada ciclo. Los registros mostraron

asistencia de 146 mujeres (48.8%) y 42 hombres 42 (14.0%). En todos los ciclos predominó la asistencia de las madres sobre la de los padres, por aspectos relacionados con la estrategia canguro compartida, la ausencia de figura paterna o la inasistencia de padres en el horario de los conversatorios. La asistencia general se mantuvo similar entre los diferentes temas de conversatorios (Figura 3).

**Figura 3. Asistencia madres vs padres por tema**



Fuente: creación propia.

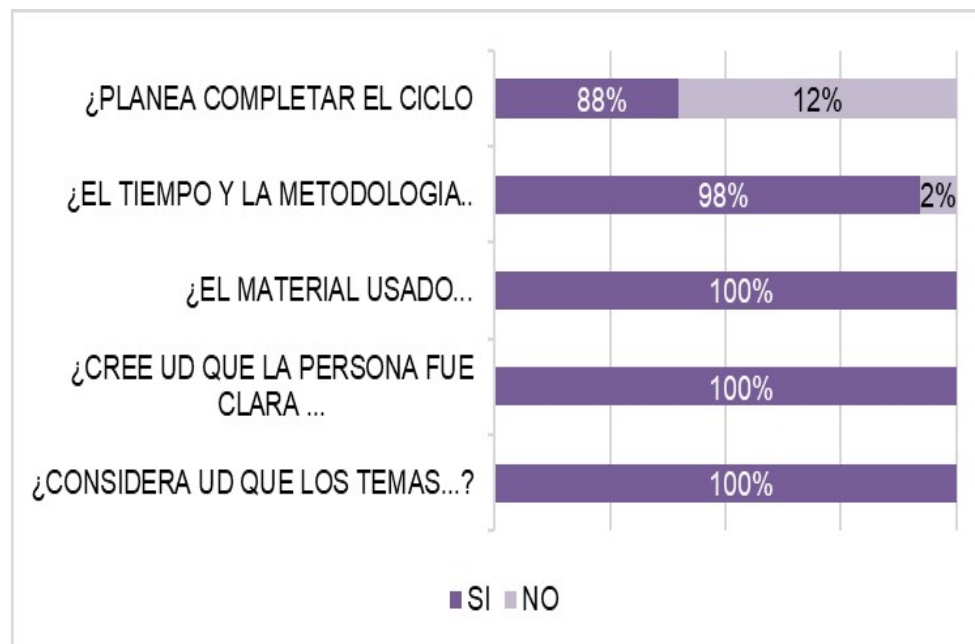
Durante todo el pilotaje 17 padres y/o madres recibieron el incentivo de certificación y en todos los ciclos se otorgó certificación a padres, con un promedio tres padres certificados por ciclo.

El 45% (n=64) de los padres plasmaron su percepción frente al programa en la encuesta al final de los conversatorios. Se logró establecer un alto nivel de conformidad con todos los aspectos del programa y algunas sugerencias sobre el uso del tiempo, la metodología



y los recursos empleados en los conversatorios, todos los padres manifestaron estar entusiasmados y motivados por los temas presentados (Figura 4).

**Figura 4. Encuesta percepción programa padres**



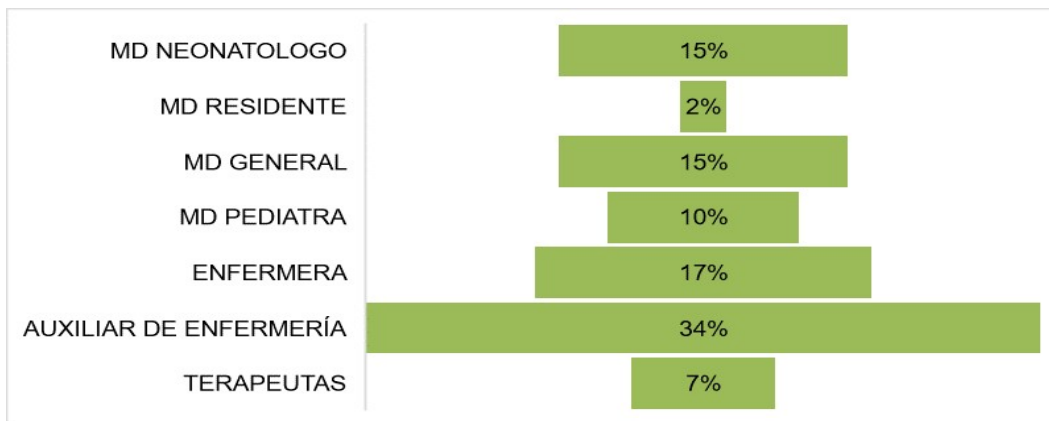
Fuente: creación propia

La mayoría de los padres esperaba o planeaba completar al menos tres conversatorios para obtener su certificado, algunos marcaban esta opción como negativa por motivos como: alta del bebé, imposibilidad de asistir por tiempos de canguero o por citas médicas. Como parte del pilotaje se realizaron cuatro jornadas de socialización a profesionales de la unidad de recién nacidos mostrando sus resultados, ellos también tuvieron la oportunidad de dar a conocer su percepción sobre el programa. Se registró la participación de 41 profesionales de la salud de diversas disciplinas (Figura 5).

La encuesta de percepción de los profesionales frente al programa fue diligenciada por 37 (90%) participantes y reveló alto nivel de conformidad con todos los aspectos del programa, se registraron sugerencias de mejora frente al horario y el tiempo propuesto para la implementación, dada la necesidad de extender las jornadas de implementación, para incrementar la oportunidad de conocer y participar a padres y profesionales. Se

planteó como reto la creación de un apoyo virtual (APP o blog) donde los padres puedan ampliar los temas y reforzar las estrategias.

**Figura 5. Encuesta percepción profesionales UCN**



Fuente: creación propia

## DISCUSIÓN

El diseño del programa y del pilotaje, permite identificar en nivel inicial de la validez. Los resultados del pilotaje aportaron a las necesidades de educación en salud y de promoción y prevención de un grupo poblacional vulnerable dentro de los servicios de hospitalización, contribuyendo a minimizar o identificar factores de riesgo tempranos para establecer acciones oportunas para el desarrollo adecuado de los bebés. Es necesario establecer estudios de implementación en tiempos válidos y escenarios multivariados que permitan confirmar los resultados de un programa de promoción y prevención en la unidad de cuidado neonatal. Se comprueba que un programa que provee estrategias de estimulación de la comunicación temprana, de lactancia materna y de desarrollo de la alimentación a los padres permite sustentar el vínculo afectivo entre madre-hijo, posicionando el apego como condición natural (Pinto, 2007), marcador determinante en el desarrollo cognitivo, motor y emocional del niño (Sánchez Pérez et al., 2014).

Proporcionar información útil desde la estancia en unidad de cuidado neonatal, permite además reconocer riesgos y detectar condiciones adversas de manera temprana, y/o implementar estrategias para favorecer el desarrollo de sus hijos. El programa diseñado se centró en la educación a padres y madres de neonatos, sin embargo, es posible

evidenciar que fomenta la interdisciplinariedad gracias a las experiencias de transferencia dentro de la unidad, lo que permite que padres y profesionales desarrollen acciones durante su estancia y a su egreso de la unidad, disminuyendo riesgos para los bebés (Aguilar Cordero et al., 2012).

Esta experiencia confirma que el actuar del fonoaudiólogo en unidades de cuidado neonatal va más allá de la atención directa a pacientes, demanda generar estrategias de consejería, promoción y prevención para cuidadores, familiares, y profesionales (Ramírez-Gómez & Sampallo-Pedroza, 2017). En estas condiciones se favorece el entorno familiar del neonato, apoyando interacciones afectivas y efectivas fundamentales para el bienestar de todos los involucrados en el proceso de cuidado del bebé, desde dinámicas de comunicación claras entre neonatos, padres, cuidadores y profesionales de la salud (Rodríguez-Riaño & Duarte-Valderrama, 2018).

## CONCLUSIONES

El pilotaje del *Programa Neopadres* permitió fomentar la visibilidad de estrategias de promoción y prevención en niveles de atención diferentes a consulta externa y primer nivel. Aprovechar momentos de ocio de los padres en la sala de espera, permitió ocupar dicho tiempo y entrenarlos en acciones que podrían transferir a los bebés dentro de las unidades en los tiempos de atención y de visita., e incluso a su egreso.

Las estrategias de estimulación de la comunicación temprana, de lactancia materna y de desarrollo de la alimentación, fueron acogidas por los padres y ellos se encargaron de contar su experiencia indicando, que implementan dentro de la unidad las estrategias aprendidas. Durante la socialización de los resultados del pilotaje, los profesionales corroboraron estas experiencias con padres e identificaron acciones de transferencia de estrategias aprendidas.

Este tipo de programas fomenta la interdisciplinariedad y beneficia acciones conjuntas para el manejo de los neonatos y sus familias. Esto implica que divulgar información de primera mano, estratégicamente presentada a los padres, madres y cuidadores, permite afianzar conocimientos antes del egreso institucional, que finalmente se llevan como plan casero a su hogar, previniendo errores o riesgos en la atención y promoviendo acciones para el desarrollo de los bebés.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar Cordero, J., Batram Ahmed, S. M., Padilla López, C., Guisado Barrilao, M., & Gómez García, C. (2012). Lactancia materna en bebés pretérminos; cuidados centrados en el desarrollo en el contexto palestino. *Nutrición Hospitalari*, 27(6), 1940-1944.
- Benavides Zuñiga, A., Franco, G. C., Gallardo, L., & Ruiz, G. V. (2006). Factores que prolongan la estancia hospitalaria en el Hospital Nacional PNP Luis NN. *Revista de Medicina Humana*, 6(2), 3-12.
- Campo González, A., Amador Morán, R., Alonso Uría, R., & Ballester López, I. (2018). Estrés en madres de recién nacidos ingresados en unidad de cuidados intensivos. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 44(2), 1-12.
- Carter, J. D. (2005). Infants in a neonatal intensive care unit parental response. *Arch. Dis. Child.*, 90(2), F109-13.
- Díaz-Gordon, P., Abreu-Peralta, P., Gómez-Dáz, L. A., & Sandoval-Gómez, C. C. (2015). El buen apego favorece los lazos afectivos entre la madre y su hijo, existen prácticas como la lactancia materna que promueven este efecto, lo que contribuye a su vez a proceso de alimentación efectivos y naturales. (Organización Mundial de la Salud OMS,. *Med UNAB*, 17(3), 53-56.
- Pallás Alonso, C. R. (2012). Actividades preventivas y de promoción de la salud para niños prematuros con una edad gestacional menor de 32 semanas o un peso inferior a 1500 g. Del alta hospitalaria a los siete años (1.a parte). *Pediatría Atención Primaria*, 14(54), 153-166. doi:dx.doi.org/10.4321/S1139-76322012000300010
- Pérez-Escamilla, R., Rizzoli-Córdoba, A., Alonso-Cuevas, A., & Reyes-Morales, H. (2017). Avances en el desarrollo infantil temprano: desde neuronas hasta programas a gran escala. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 74(2), 86-97. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.bmhmx.2017.01.007
- Pinto, F. L. (2007). Apego y lactancia natural. *Revista Chilena de Pediatría, Supl 1*, 96-102. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v78s1/art08.pdf>
- Ramírez-Gómez, K. E., & Sampallo-Pedroza, R. M. (2017). Fonoaudiología y lactancia humana. (U. N. Colombia, Ed.) *Revista Facultad de Medicina*, 65(2), 297-304. doi:http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.56269
- Rodríguez-Riaño , L. J., & Duarte-Valderrama, A. (Enero - Marzo de 2018). Fonoaudiología/logopedia en cuidado intensivo: el valor de la comunicación, más allá de las alteraciones de deglución. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 38(1), 84-91. doi:10.1016/j.rlfa.2017.08.002
- Sánchez Pérez, M., Arévalo Mendoza, M. M., Figueroa Olea, M., & Nájera Nájera, R. M. (2014). *Atención del neonato prematuro en la UCIN Centrada en la prevención de factores de riesgo de daño neurológico y promoción del neurodesarrollo*. Coyoacán: Manual Moderno S.A de C.V. Obtenido de

<https://ebookcentral.proquest.com/lib/biblioumb/reader.action?docID=3226401&ppg=38>

- Velasco Vargas, K. S., Delacruz, J. M., León, V., & Lemus, Y. (2014). Rol del fonoaudiólogo en unidades de cuidados intensivos neonatales. *Revista Areté*, 14(1), 54-64.

## Ronda interdisciplinaria en cuidado intensivo: la visión de la enfermera\*

Interdisciplinary round in intensive care: the nurse perspective

Rodada interdisciplinar em terapia intensiva: a enfermeira e sua visão

Katerine Herrera Corpas<sup>1</sup> & Edna Gómez Bustamante<sup>2</sup>

\*Este artículo de investigación se deriva del estudio titulado: Interacción enfermera - equipo interdisciplinario de salud, en una unidad de cuidado intensivo adulto. Cartagena, 2018. Este último, ha sido entregado en el repositorio institucional de la Universidad de Cartagena

<sup>1</sup> Enfermera, Magister en Enfermería. Especialista en cuidado crítico. Docente Facultad de Enfermería. Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0539-2408> Correo electrónico: [kherrerac@unicartagena.edu.co](mailto:kherrerac@unicartagena.edu.co).

<sup>2</sup> Enfermera, Doctora en Ciencias de la Educación. Magister en Enfermería. Docente Facultad de Enfermería. Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-8951-7262>. Correo electrónico: [egomez@unicartagena.edu.co](mailto:egomez@unicartagena.edu.co).

Correspondencia: Facultad de Enfermería. Campus de la Salud, Zaragocilla, Cartagena. Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia

Para citar este artículo: Herrera Corpas, K., & Gómez Bustamante, E. (2021). Ronda interdisciplinaria en cuidado intensivo: la visión de la enfermera. *Cultura de los Cuidados*, 25(61). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.61.15>

Recibido: 11/06/2021 Aceptado: 12/09/2021



### RESUMEN

La unidad de cuidado intensivo es un servicio especializado de alta complejidad en el cual se hace necesario una interacción constante entre la enfermera y el equipo interdisciplinario de salud. En este contexto las enfermeras identifican a la ronda interdisciplinaria como un mecanismo para comunicarse y establecer planes de cuidados. Objetivo: Presentar la categoría: Ronda interdisciplinaria: acto de mayor interacción entre la enfermera y el equipo de salud.

Metodología: Estudio cualitativo con las herramientas analíticas de la Teoría Fundamentada según Corbin y Strauss, realizado con enfermeras de una unidad de cuidado Intensivo adulto a

través de entrevista en profundidad. Resultados: La ronda interdisciplinaria es uno de los encuentros de mayor interacción entre la enfermera y el equipo de salud, es un espacio académico alrededor del cuidado en el cual es reconocido el saber y labor de enfermería buscando valorar y tomar decisiones para los pacientes. Conclusiones: Las enfermeras consideran que la ronda interdisciplinaria promueve la comunicación con el equipo de salud. Es una rutina clínica formal y programada en la cual cada disciplina tiene la oportunidad de intervenir desde sus conocimientos y experiencias.

**Palabras clave:** Enfermería; grupo de salud interdisciplinario; rondas de enseñanza; cuidado intensivo. (Fuente: DeCS, BIREME).

## ABSTRACT

The intensive care unit is a specialized service of high complexity, where communication between nurses and interdisciplinary healthcare workers is necessary. In this context, nurses identify the interdisciplinary round as a mechanism to communicate and to establish care plans. Objective: To present the category Interdisciplinary round: The moment with the most interaction between nurses and healthcare workers. Methodology: A qualitative study, using grounded theory (Corbin and Strauss) analytical tools, carried out with nurses from an adult intensive care unit through in-depth interviews. Results: The interdisciplinary round is one of the meetings with most interaction between nurses and healthcare workers. It is healthcare based academic setting, where both the knowledge and the hard work of nurses are recognized, seeking to evaluate and make decisions to better help the patients. Conclusions: Nurses consider that interdisciplinary rounds promote constant communication with the healthcare team. It is a clinical routine, formal and scheduled, where each discipline has the opportunity to participate from their knowledge and experiences.

**Keywords:** Nursing; interdisciplinary healthcare teams; teaching rounds; intensive care. (Source: DeCS BIREME).

## RESUMO

A unidade de terapia intensiva é um serviço especializado de alta complexidade, na qual é necessária uma interação constante entre o enfermeiro e a equipe interdisciplinar de saúde. Nesse contexto, as enfermeiras identificam a rodada interdisciplinar como um mecanismo de comunicação e estabelecimento de planos de cuidados. Objetivo: Apresentar a categoria: Rodada interdisciplinar: ato de maior interação entre a enfermeira e o equipe de saúde. Metodologia: Estudo qualitativo com as ferramentas analíticas da Teoria Fundamentada segundo Corbin e Strauss, realizado com enfermeiras de uma Unidade de Terapia Intensiva para adultos através da entrevista em profundidade. Resultados: A rodada interdisciplinar é um dos encontros de maior interação entre a enfermeira e a equipe de saúde, é um espaço acadêmico em torno do cuidado no qual é reconhecido o saber e trabalho de enfermagem procurando valorizar e tomar decisões para os pacientes. Conclusões: As enfermeiras consideram que a rodada interdisciplinar promove a comunicação constante com a equipe de saúde. É uma rotina clínica formal e programada na qual cada disciplina tem a oportunidade de intervir desde seus conhecimentos e experiências.

**Palavras-chave:** Enfermagem; equipe de assistência ao paciente; visitas com preceptor; cuidados críticos. (Fuente: DeCS, BIREME).

## INTRODUCCIÓN

La unidad de cuidado intensivo (UCI) es un servicio que brinda cuidado integral a personas en condiciones críticas de salud, de una forma ininterrumpida, con un equipo interdisciplinario (Pérez y Rodríguez, 2015). Es un ambiente considerado complejo debido a las múltiples situaciones vivenciadas como son: la condición crítica de los pacientes, frecuentes interacciones entre el equipo de salud, pacientes y familiares, procedimientos, estrés. (Pietro y Torre, 2019). En este contexto es necesario un trabajo colaborativo para brindar cuidados de forma rápida, garantizar la calidad y continuidad de la atención. Del equipo de salud que labora en estas unidades los enfermeros permanecen la mayor parte del tiempo con el paciente, por esto tienen el papel de integrar los elementos que influyen en el cuidado (Camelo y Chaves, 2013).

En este servicio la enfermera se enfrenta a circunstancias complejas que exigen actuar a una velocidad y precisión indispensables, requiriendo liderazgo, capacidad técnico-científica, asertividad en la toma de decisiones, trabajo en equipo e interacción colaborativa (Camelo y Chaves, 2013; Henriques, 2012). La interacción es un proceso comprendido por la percepción, comportamientos y encuentros regulares entre las personas con objetivos comunes, en el cual la comunicación ocupa un lugar central (Rizo, 2006). Al respecto King (King, 1984) documenta que, la comunicación es el medio por el cual se lleva a cabo la interacción social entre individuos; cuando es eficaz, satisface las necesidades básicas de reconocimiento y participación en un entorno de respeto mutuo y comprensión. En cuidados intensivos la colaboración interprofesional es piedra angular para la atención brindada, es un área dinámica en donde hay constante interacción entre los profesionales de la salud que trabajan (Urisman, García y Harris, 2018). Desde el interaccionismo simbólico se comprenden los roles sociales, las percepciones, realidad e interpretaciones de las personas basadas en sus interacciones humanas. Se enfoca en los significados que los hechos tienen para las personas, los cuales emergen y son producto de la interacción social (Natera, Guerrero, Ledesma y Ojeda, 2017).

En cuidado intensivo el abordaje interdisciplinario es fundamental, diversas investigaciones evidencian una mejoría en el cuidado de los pacientes, cuando participan de forma colaborativa varias disciplinas (Pietro et al., 2015). Una herramienta de



participación y comunicación en UCI son las rondas clínicas, éstas representan un mecanismo de interacción entre diferentes disciplinas para tomar decisiones conjuntamente alrededor del cuidado de los pacientes (Pietro y Torre, 2019). Las rondas interdisciplinarias son reuniones enfocadas en el tratamiento y seguimiento diario que le permite al equipo realizar observaciones e intervenciones precisas para construir un plan de atención integral. Algunos autores reportan como las rondas interdisciplinarias pueden reducir las variaciones en la atención brindada a los pacientes, su implementación permite estandarizar el cuidado, distribución de responsabilidades, establecer metas respecto a variables hemodinámicas, identificar problemas y dar soluciones, es una oportunidad para mejorar la comunicación interprofesional y el papel de la enfermera en la planificación y evaluación del cuidado. En las rondas se admite también socialización de información sobre las últimas tendencias del cuidado (Hoke y Falk, 2012; Stey, Wybourn, Lyndon, Knudson, Adams, Liu, Bongiovanni y Ryan, 2020; Urisman et al., 2018).

Al brindar cuidado desde un enfoque interdisciplinar se genera una comprensión compartida del paciente y su plan. Estudios describen el impacto positivo de intervenciones de comunicación como la ronda sobre readmisiones y satisfacción del paciente (Townsend, Cornell, y Vardaman 2014).

En este contexto, el proceso de interacción es esencial cuando la complejidad del servicio es mayor a la capacidad de una sola persona; cuando es necesario tomar decisiones de una forma más rápida desde una visión colectiva entre profesiones (Pietro y Torre, 2019).

En el proceso de interacción entre la enfermera y el equipo interdisciplinario de la UCI, desde la literatura se reportan situaciones concernientes con las barreras que dificultan la colaboración interprofesional y el trabajo en equipo, problemas de la comunicación, el desconocer las responsabilidades de otros miembros del equipo, desconfianza, falta de respeto y relaciones jerárquicas de poder (Shimizu y Ciampone, 2004; Hartog y Benbenishty, 2015; Azoulay et al., 2009; Del Barrio y Reverte, 2010; Araujo, Silva, Zanin, Andrade y Moraes, 2016; Ferreira, Henriques y De Assis, 2016). Burdick (Burdick et al., 2017) describió mayor participación durante las rondas clínicas del médico frente a la poca participación de los otros miembros del equipo interdisciplinario. Se documenta desde algunos estudios ciertos desafíos enfrentados por la enfermera para su participación en la ronda como lo son el tiempo y necesidades inmediatas de los pacientes. Cuando las

rondas se implementan de forma no efectiva se pueden presentar fallas en la transferencia de la información, de los tratamientos y ocurrencia de eventos adversos (Urisman et al., 2018; Miller, Scheinkestel, Limpus, Joseph, Karnik y Venkatesh, 2009)

En Colombia Bejarano (Bejarano, 2014), reporta Inexactitud en la comunicación en el servicio de UCI. En Cartagena según la literatura, no se reportan estudios específicamente y desde un enfoque cualitativo de los procesos de interacción entre enfermeras y el equipo interdisciplinario de salud en UCI adultos; se han realizado algunas investigaciones que reflejan aspectos referentes a las condiciones laborales de trabajo, relaciones interpersonales, comunicación y coordinación en distintos servicios hospitalarios (Cogollo y Bustamante, 2010; Montalvo, Rojas, Sánchez, Sánchez A, Rojas y Bustillo, 2015; Castillo, Torres, Ahumada, Cárdenas y Licon, 2014; Puello y Rondon, 2016 )

A partir de las anteriores consideraciones se realizó una investigación, la cual tuvo como objetivo comprender el proceso de interacción entre la enfermera y el equipo interdisciplinario de salud (Médico especialista y fisioterapeuta) en una UCI adulto de la ciudad de Cartagena desde la visión de las enfermeras y para este artículo presentar la categoría: Ronda interdisciplinaria: acto de mayor interacción entre la enfermera y el equipo de salud.

## **METODOLOGÍA**

Estudio cualitativo en el cual se utilizó como herramienta de análisis la teoría fundamentada, la cual guía y posibilita la exploración de fenómenos que acontecen en las interacciones desde la interioridad de las personas y está fundamentada en el interaccionismo simbólico (Natera et al., 2017; Strauss y Corbin, 2002).

Participaron 12 enfermeras de una unidad de cuidados intensivos adulto de la ciudad de Cartagena. El muestreo fue teórico, intencionado. La selección de las participantes estuvo orientada según la construcción de la teoría en evolución y en el concepto de hacer comparaciones (Strauss y Corbin, 2002; Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Se utilizó la entrevista en profundidad para la recolección de la información (Charmaz, 2014), se diseñó una guía de entrevista utilizando como referencia aspectos importantes en el proceso de interacción. Para revisar la pertinencia de las preguntas orientadoras,

oportunidad, ambiente, conducción de la entrevista, calidad de la grabación, el manejo en cuanto a la transcripción, se realizó una entrevista preliminar a 2 enfermeras, las cuales no participaron en el estudio. Las entrevistas fueron grabadas, organizadas y transcritas textualmente por la investigadora principal, tuvieron una duración promedio de 40 Min y fueron realizadas en un tiempo de 3 meses desde octubre a diciembre de 2018.

Para la vinculación de las participantes se solicitó inicialmente autorización y aprobación por parte de la institución. Posterior a ello, se procedió a visitar la unidad y contactar a las enfermeras, a quienes se les explicó con detalle la información de la investigación. Se identificaron las personas que voluntariamente desearon participar, se concertaron citas en horarios distintos a los turnos que ellas tenían programados. Se les solicitó el consentimiento informado y se entrevistó a cada enfermera de forma separada, garantizando un ambiente de privacidad. Ninguna de las enfermeras contactadas se retiró de la investigación.

Para el análisis de los datos se utilizó simultáneamente los parámetros de codificación abierta y axial propuestos por Strauss y Corbin (Strauss y Corbin, 2002).

Se realizó la transcripción exacta de las entrevistas, se procedió a identificar los códigos iniciales, separando incidente por incidente y luego frase por frase, para determinar el mayor número de códigos posibles en cada una. A cada fragmento y frase se le asignó un número de codificación dado por el de identificación de la entrevista, el del párrafo y número de página, lo cual permitió mantener ordenada la información. Los datos de cada entrevista fueron examinados línea por línea fragmentando la narración y señalando los incidentes que se presentaran. Los datos se examinaron detalladamente, comparándolos en busca de similitudes y diferencias hasta que fueron emergiendo las categorías y subcategorías.

En la codificación axial se relacionaron las categorías con sus subcategorías para encontrar explicaciones más precisas y completas sobre el fenómeno de estudio. En todo el proceso de análisis de la información se recurrió al método comparativo constante en el que se compararon una y otra vez, de manera sistemática, los códigos con los nuevos obtenidos. El muestreo teórico orientó el análisis de los datos, a medida que se recababa, analizaba y comparaba la información, se fueron vinculando nuevas participantes hasta que se logró la saturación de éstos, en la cual no emergieron nuevos conceptos (Strauss y

Corbin, 2002; Hernández et al, 2014). La información fue transcrita y organizada en tablas en formato Word y Excel

### **Consideraciones éticas**

Las participantes firmaron el consentimiento informado, se garantizó el uso confidencial de la información. Para conservar la privacidad, confidencialidad, anonimato de los participantes se establecieron códigos numéricos. Esta investigación fue clasificada sin riesgos según la resolución 008430 de octubre 4 de 1993 (Ministerio de Salud, 1993).

La investigación además se orientó por los principios de respeto por la autonomía, dignidad humana, la privacidad, confidencialidad, anonimato. Se siguieron los criterios de rigor de credibilidad y confirmabilidad (Hernández et al., 2014; Arias y Giraldo, 2011). Los resultados de esta investigación son producto de fuentes reales sustentados en las entrevistas, además fueron socializados con las participantes quienes confirmaron y estuvieron de acuerdo con la interpretación, considerándolos coherente con su realidad. Los hallazgos fueron comparados, examinados y discutidos con la literatura y revisado constantemente entre las investigadoras. El estudio fue aprobado por el comité de investigaciones y autorizado por la institución.

### **RESULTADOS**

Participaron 12 enfermeras, con edades comprendidas entre los 23 y 55 años con una media de 35,4 años; tiempo de laborar en la UCI del estudio entre 8 meses y 10 años, con un promedio de 3 años. En cuanto a su formación postgradual el 16,6 % (2) contaba con estudios de especialización.

En el proceso de codificación y análisis de la información emergieron varias categorías las cuales posteriormente en el transcurso de la reducción y comparación se integraron a otras más generales. En este artículo se presenta una de las categorías: “Ronda interdisciplinaria: acto de mayor interacción entre la enfermera y el equipo de salud”. De acuerdo con las participantes la ronda clínica es uno de los encuentros de mayor interacción entre todos los miembros del equipo que les permite compartir experiencias, opiniones y diagnósticos de manera conjunta. Es un espacio en donde tienen la oportunidad de valorar y revisar detalladamente el estado general del paciente en un

ambiente académico que les permite fundamentar y debatir diferentes visiones respecto al cuidado de los pacientes. Desde sus voces manifiestan:

[...] La ronda donde está el médico, donde está la enfermera, donde está la terapeuta, el intensivista ...allí es donde cada uno va aportado sus conocimientos, para poder definir al paciente, para poder decir: bueno esto es lo que se le va hacer al paciente, lo vamos a manejar de esta forma y allí toditos nos ponemos de acuerdo [...] E8.

Esta categoría está conformada por las siguientes subcategorías:

**Espacio académico alrededor del cuidado del paciente.**

La ronda interdisciplinaria es un punto de encuentro programado y estructurado de distintos saberes, experiencias, opiniones respecto a los pacientes valorados, es una oportunidad para cuestionar y ampliar conocimientos de manera conjunta en un contexto de enseñanza y aprendizaje continuo. Las participantes expresan:

[...] La verdad este es un espacio bastante académico. Entonces es una oportunidad para que ellos como están con su parte académica, como que contagian a uno y también nos preguntan a nosotros, por ejemplo, cuando vamos a hablar de PVC, la enfermera allí te habla qué es la PVC, si le dio tanto, ella qué hizo [...] E10.

[...] Algo que me gusta y es que tú tienes una duda y ellos te dicen, vamos a revisar el tema y allí decidimos qué podríamos mejorar nosotros, por ejemplo, esto de los pacientes con SDRA de pronarlos es algo muy nuevo [...] E2. [...] Enfermería tiene liderazgo en la ronda, tiene participación, además de eso deja muchas enseñanzas... es una cúpula completa, tienes que ir bien preparado [...] E11.

Las participantes revelan además que, para la ronda interdisciplinaria es necesario una preparación previa y preliminar, en donde deben valorar a los pacientes, revisar y organizar información referente al estado de salud de estos. Lo manifiestan así:

[...] Nosotros enseguida estamos pendiente, revisamos, analizamos y damos también nuestra interpretación, de qué está pasando con ese paciente, para hacer un plan de cuidados en el momento, que el paciente lo amerita, antes de que de pronto pase la ronda y en el momento de la ronda nosotros decimos, bueno, el paciente, si tuvo alguna dificultad, se le hizo esto y esto, ha evolucionado de tal manera, “como un plan de acción enseguida” [...] E4.

### **Espacio de reconocimiento al saber y hacer profesional**

Durante la ronda interdisciplinaria la enfermera sustenta, expone y fundamenta sus conocimientos y cuidados. La intervención de la enfermera en la ronda es importante, su participación es necesaria, ella emite juicios, percepciones y realiza sus planes de cuidado con los pacientes. Es un espacio donde es escuchada, sus acciones y aportes son tenidos en cuenta de manera prioritaria por el resto de equipo de salud. La enfermera en la ronda clínica interactúa con el equipo de salud en un ambiente de respeto y de colaboración. Desde sus voces expresan:

[...] Cuando me parece inadecuado o me parece que debería ser mejor o me parece que hay que ponerle más analgesia porque el paciente está sintiendo dolor, les manifiesto lo que podría suceder y ellos dependiendo a lo que escuchen y dependiendo a lo que diga, ellos hacen algún tipo de cambio [...] E2. [...] Todos son muy respetuosos, muy abiertos a recibir opiniones y a colaborar con el grupo interdisciplinario, son muy colaboradores todos, igual que nosotras [...] E6.

[...] Nosotras a veces decimos no doctor, vamos a quitarle esto...si tienen muy en cuenta lo que uno les dice, en la ronda tienen muy en cuenta lo que enfermería dice [...] E8.

[...] La enfermera tiene una participación muy importante en la ronda y tiene mucha credibilidad [...] E10. [...] Ellos se dirigen a enfermería en cuanto el plan que tienen del tratamiento del paciente y los planes de cuidado, que le haces tú como enfermera, en qué lo ayudas [...] E11.

### **Valorando, debatiendo y tomando decisiones conjuntamente para los pacientes.**

Las participantes afirman que en la ronda interdisciplinaria evalúan detalladamente la condición clínica de cada paciente de forma individual por cubículo de manera participativa. Cada profesional del equipo tiene su espacio y oportunidad para presentar y evidenciar sus valoraciones, reportar toda la evolución y novedades que van teniendo los pacientes, intervenir, aportar y dar recomendaciones. Revisan y valoran los exámenes de laboratorio, estudios diagnósticos, antecedentes clínicos, evolución clínica, planes de cuidado. Al mismo tiempo se van estableciendo y cumpliendo intervenciones y metas, se realizan las modificaciones y cambios en todos los tratamientos. Todos pueden expresarse en un ambiente agradable y de compañerismo en el cual se generan debates y discusiones

académicas para finalmente tomar decisiones, llegar a acuerdos, definir los cuidados y tratamientos óptimos para los pacientes. Lo expresan así:

[...] La participación de enfermería es muy importante en la ronda médica, la verdad es una participación amena, siempre estamos pendiente de los cambios que se le van a hacer [...] E5.

[...] Se presenta el paciente, cada disciplina tiene, un espacio en el que hablar, decir cómo está el paciente, qué cosas nuevas hay con él, entonces sí, habla el médico, la enfermera, fisioterapia, qué se le puede hacer, que recomendaciones tiene cada uno [...] E6.

[...] Nosotras si podemos decirlo, y uno expresa, todos pueden colaborar porque para eso la enfermera puede decir, la terapeuta también allá no es que de pronto impongan la voluntad de ellos, porque de pronto en la misma ronda se dan como, como discusiones, entre varias personas del equipo, pero siempre tratan de llegar a un término que favorezca al paciente [...] E8.

[...] Todo el equipo en la ronda; en la ronda es donde más interactuamos y allí mismo, se aprovecha, doctor se le va a hacer esto, la terapeuta si se va a extubar; no, no se va a extubar, tiene tantos parámetros, no estuvo alimentándose bien, no continua con tal cosa, hay que ponerle dextrosa, allí mismo todos vamos [...] E9.

## DISCUSIÓN

En el área del cuidado intensivo las intervenciones y la atención de los pacientes son continuas y dependientes de acciones colectivas. Ante este contexto el equipo interdisciplinario de salud en su búsqueda de establecer metas y cuidados realiza una visita a la cabecera del paciente, destinada a identificar necesidades e instaurar tratamientos óptimos (Pietro y Torre, 2019). En la UCI del presente estudio, un encuentro y acto importante entre la enfermera y el equipo de salud es la ronda clínica interdisciplinaria. Para las enfermeras es un espacio académico, una rutina programada que les exige una preparación preliminar, donde interactúan alrededor del cuidado, que les permite compartir opiniones y evaluar el estado hemodinámico del paciente y llegar a un consenso. Estas consideraciones son similares a las de autores que describen a las rondas interdisciplinarias como un mecanismo diario formal de reunión de diferentes disciplinas para el desarrollo de planes de atención al paciente (Bhamidipati et al., 2016; Kim et al., 2010). Las rondas interdisciplinarias en donde hay claramente una

organización estructurada son esenciales para la planificación del cuidado, se constituyen en un intercambio conciso de la condición actual del paciente (Terra, 2015).

En algunos estudios se develan intervenciones precisas dentro de su implementación como su realización a una hora fija programada diaria, el uso de formatos estandarizados para fomentar discusiones entre disciplinas eficientes en el tiempo, un orden secuencial para la presentación de los pacientes con la participación médica, de enfermería, terapeutas y el equipo de UCI (Urisman, et al, 2018).

El manejo de los pacientes con este enfoque está asociado a mejoría de la seguridad y calidad, disminución de la mortalidad, cumplimiento de metas, mejoría de la colaboración entre enfermeros y médicos (Bhamidipati et al., 2016; Kim et al., 2010).

Costa (Costa, Barg, Asch y Kahn, 2014) revela que, para las participantes las rondas clínicas son imprescindibles para el cuidado brindado, en ella todos los miembros del equipo participan y se mantienen informados con los cambios realizados, las enfermeras por ejemplo expresaron un gusto por la ronda porque al tener dudas, cuentan con alguien que responda y se da en un contexto académico donde se originan discusiones sobre el tratamiento de los pacientes. Contrario a lo anterior Ferreira (Ferreira et al., 2016) reporta que, en ocasiones los médicos realizaban cambios en las dosis de vasoactivos o suspensión de estos directamente en las bombas de infusión sin informar a ninguna persona del equipo de salud.

Para las enfermeras de este estudio en la ronda interdisciplinaria se da un reconocimiento a su saber profesional, se convierte en una oportunidad para tener una participación e intervención clave dentro del equipo. Semejante a los anteriores hallazgos Henneman (Henneman, Gawlinski y Giuliano, 2012) describe que, las enfermeras realizan vigilancia en tiempo real del paciente y entorno mediante la participación en rondas con el equipo interdisciplinario. También Lopera (Lopera, Forero, Paiva y Cuartas, 2016) devela que, en la ronda la enfermera muestra su visión y percepción de los pacientes, se espera de ella que sus conocimientos sean completos. Autores describen como la enfermera tiene una intervención diferente en rondas unidisciplinarias en comparación con interdisciplinarias en las cuales integra más datos e información respecto a la condición clínica del paciente. En los procesos de rondas estructuradas el



papel de la enfermera es central teniendo su espacio para realizar sus aportes e intervenciones (Miller et al., 2009; Hoke y Falk, 2012; Stey et al., 2020; Urisman et al., 2018)

En las rondas interdisciplinarias diarias se valora cada aspecto de la condición clínica de los pacientes. Las enfermeras del presente estudio expresaron que, en este espacio cada profesional puede emitir sus juicios y opiniones de manera libre, revisan y evalúan la evolución de los pacientes para establecer sus cuidados y tratamientos. Thoferhrn (Thofehrn et al., 2014), refiere que los enfermeros identificaron estrategias para el trabajo en equipo, entre ellas la planeación de la asistencia en conjunto y el establecimiento de momentos para reuniones entre profesionales para brindar un cuidado eficaz. Durante las rondas, el grupo interdisciplinario revisa toda la información sobre el paciente, incluida la información médica, la historia, el curso operatorio y una evaluación de sistemas con el objetivo de implementar las mejores prácticas y eliminar variaciones en la atención de pacientes. La alta participación de los miembros del equipo interdisciplinario fomenta responsabilidades compartidas con gran compromiso (Hoke y Falk, 2012; Stey et al., 2020)

Contrario a estos resultados Araujo (Araujo et al., 2016) reveló que, algunas veces los profesionales no respetan las opiniones de los otros profesionales, no valoran los conocimientos del otro miembro del equipo, lo cual lo perciben como superioridad y no reconocen la importancia de la profesión del otro.

La ronda clínica se constituye entonces en un acto donde el equipo interdisciplinario participa y se comunica de manera activa para la toma de decisiones referente al cuidado integral de los pacientes.

## **CONCLUSIONES**

Las enfermeras en su interacción con el equipo interdisciplinario de salud en la unidad de cuidado intensivo adulto consideran a la ronda interdisciplinaria como un encuentro académico, programado, diario, el cual requiere una preparación previa, permite a todos los miembros del equipo de salud compartir opiniones, dudas y tomar conjuntamente las mejores decisiones respecto al cuidado de los pacientes. Es una rutina que promueve el aprendizaje constante, admite evaluar a la cabecera de los pacientes su estado hemodinámico y su evolución. La ronda clínica se convierte en una oportunidad para el

reconocimiento al saber y hacer profesional de enfermería, sus intervenciones son válidas y tenidas en cuenta por el resto del equipo de salud. Se convierte en una oportunidad para seguir logrando un mayor posicionamiento de la profesión de la enfermera en cuidado intensivo y en otros contextos donde es pertinente esta práctica.

Este estudio permitió develar aspectos importantes para el cuidado integral y desempeño profesional como lo es la comunicación interdisciplinar y la ronda clínica como un momento clave de participación mutua del equipo de salud. Podrá ser un referente teórico -metodológico para promover otras investigaciones que estudien este fenómeno en otros escenarios o desde la visión de los otros miembros del equipo. Teniendo en cuenta que Enfermería es una disciplina de carácter social, esta investigación ofrece fundamentos para la formación de los enfermeros y la practica con grupos sociales en un contexto de interdisciplinariedad.

**Conflicto de intereses:** Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

- Araújo, J., Silva, I., Zanin, L., Andrade, A., & Moraes, K. (2016). Profesionales sanitarios de la unidad de cuidados intensivos: percepción de factores restrictivos de la actuación multiprofesional. *Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza*, 29(1), 43-50. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40846964007>.
- Arias, M & Giraldo, C. (2011). El rigor científico en la investigación cualitativa. *Invest Educ Enferm*, 29(3), 500-514. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105222406020>.
- Azoulay, E., Francxois, J., Sprung, Ch., Soares, M., Rusinova, K., Lafabrie, A., & Schlemmer, B. (2009). Prevalence and Factors of Intensive Care Unit Conflicts. *Am J Respir Crit Care Med*, 180, 853–860. doi: <https://doi.org/10.1164/rccm.200810-1614OC>.
- Bejarano, D. (2015). Comunicación y Coordinación en el Rol interdependiente de Enfermería en una IPS con servicios de alta complejidad de Bogotá, en el primer semestre de 2014. Tesis de Maestría. Recuperado de <http://bdigital.unal.edu.co/49000/1/Tesis%20Maestria%20Diana%20Fernanda%20Bejarano%20Ramirez.pdf>
- Bhamidipati, VS., Elliott, DJ., Justice, EM., Belleh, E., Sonnad, S.S. & Robinson, E.J. (2016). Structure and outcomes of interdisciplinary rounds in hospitalized medicine patients: a systematic review and suggested taxonomy. *J Hosp Med*, 11(7), 513–23. doi: 10.1002/jhm.2575.

- Burdick, A., Kara, A., Ebright, P., & Meek, J. (2017). Bedside Interprofessional Rounding: The View from the Patient's Side of the Bed. *Journal of Patient Experience*, 4(1), 22-27. doi:[10.1177/2374373517692910](https://doi.org/10.1177/2374373517692910)
- Camelo, S., & Chaves, L. (2013). Teamwork as a nursing competence in Intensive Care Units. *Invest Educ Enferm*, 31(1), 107-115
- Castillo, I., Torres, N., Ahumada, A., Cárdenas, K & Licon, S. (2014). Estrés laboral en enfermería y factores asociados. Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte*, 30 (1), 34-43.
- Charmaz, K. (2014). Interviewing in grounded theory studies. In: *Constructing Grounded Theory*. 2 ed. Calif: Thousand oaks. SAGE.
- Cogollo, Z & Bustamante, E. (2010). Condiciones laborales en enfermeras de Cartagena Colombia. *Av. Enferm*, 23 (1), 31-38.
- Colombia. Ministerio de Salud. (1993). Resolución 008430 de 1993, octubre 4. Por medio del cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá.
- Costa, D., Barg, F., Asch, D & Kahn, J. (2014). Facilitators of an Interprofessional Approach to Care in Medical and Mixed Medical/Surgical ICUs: A Multicenter Qualitative Study. *Research in Nursing & Health*, 37, 326-33. doi: [10.1002/nur.21607](https://doi.org/10.1002/nur.21607)
- Del Barrio, M y Reverte, M. (2010). Evaluación del trabajo en equipo en seis unidades de cuidados intensivos de dos hospitales universitarios. *Enferm. Intensiva*, 21(4), 150–160. doi:[10.1016/j.enfi.2010.03.003](https://doi.org/10.1016/j.enfi.2010.03.003).
- Ferreira, B., Henriques, S., De Assis, A & Dias, L. (2016). Teamwork in a Coronary Care Unit: facilitating and hindering aspects. *Rev Esc Enferm USP*, 50(3), 479-486. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400015>
- Hartog, C & Benbenishty, J. (2015). Understanding nurse–physician conflicts in the ICU. *Intensive Care Med*, 41, 331–333. doi: <https://doi.org/10.1007/s00134-014-3517z>.
- Henneman, E.A., Gawlinski, A & Giuliano, K.K. (2012). Surveillance: a strategy for improving patient safety in acute and critical care units. *Crit Care Nurse*, 32(2), 9-18. doi:[Http://dx.doi.org/10.4037/ccn2012166](http://dx.doi.org/10.4037/ccn2012166)
- Heriques, S. (2012). Competencias profesionales de los enfermeros para trabajar en unidades de cuidados intensivos: una revisión integradora. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 20(1).
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación. 6<sup>a</sup> ed. México D.F.: Mc Graw Hill Interamericana.
- Hoke, N y Falk, S. (2012). Interdisciplinary Rounds in the Postanesthesia Care Unit. *Anesthesiology Clin*, 30, 427–431. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anclin.2012.07.008>
- Kim, M.M., Barnato, A., Angus, D., Fleisher, L y Kahn, J. (2010). The effect of multidisciplinary care teams on intensive care unit mortality. *Arch Intern Med*, 170(4), 369-76. doi:[10.1001/archinternmed.2009.521](https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.521).

- King, I. (1984). *Enfermería como profesión: Filosofía, principios y objetivos*. México: Limusa.
- Lopera, M., Forero, C., Paiva, L., & Cuartas, V. (2016). El quehacer cotidiano de la enfermera significa soportar la carga. *Rev Cuid*, 7(2), 1262-70. doi:<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.320>
- Miller, A., Scheinkestel, C., Limpus, A., Joseph, M., Karnik, A., & Venkatesh, B. (2009). Uni- and Interdisciplinary Effects on Round and Handover Content in Intensive Care Units. *Human Factors*. 51 (3), 339-353. doi: 10.1177/0018720809338188
- Montalvo, A., Rojas, M., Sánchez, L., Sánchez, A., Rojas, J., & Bustillo, M. (2015). Riesgo psicosocial en el personal de Enfermería. *Duazary*, 12(1), 32-40.
- Natera-Gutiérrez, S.I., Guerrero-Castañeda, R.F., Ledesma-Delgado, M.A.E., & Ojeda-Vargas, M.G. (2017). Interaccionismo simbólico y teoría fundamentada: un camino para enfermería para comprender los significados. *Cultura de los Cuidados*, 21(49). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.49.21>.
- Pérez, N., & Rodríguez, E. (2015). Talento humano en unidades de cuidado intensivo: adaptación de un modelo de estándares para Colombia basado en la evidencia científica. *Acta Colomb Cuid Intensivo*.15(2), 80-102. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.acci.2015.02.006>
- Pietro, R y Torre, M. (2019). *Enfermería en cuidados intensivos. Practicas integradoras*. Buenos Aires: Panamericana.
- Pietro, R., Pereira, V., De Oliveira, M., Sampaio, M., Leal, M., & Regina, K. (2015). Desvelando competências do enfermeiro de terapia intensiva. *Enferm. Foco*, 6 (1/4), 46-50.
- Puello, A., Prieto, R., & Rondon, V. (2016). Comunicación y coordinación en enfermería en una institución de salud de alta complejidad en Cartagena. *Av. Enferm.* 34(1), 19-29.
- Rizo, M. (2006). La interacción y la comunicación desde los enfoques de la psicología social y la sociología fenomenológica. Breve exploración teórica. *Anàlisi*, 33, 45-62.
- Shimizu, H., & Ciampone, M. (2004). As representações dos técnicos e auxiliares de enfermagem acerca do trabalho em equipe na unidade de terapia intensiva. *Rev Latino-am Enfermagem*, 12(4), 623-30. doi:<https://doi.org/10.1590/S010411692004000400007>
- Stey, M., Wybourn, C., Lyndon, A., Knudson, M., Adams, R., Liu, P., Bongiovanni, T y Ryan, G. (2020). How care decisions are made among interdisciplinary providers caring for critically injured patients: A qualitative study. *Surgery*, 167, 335-339. doi:<https://doi.org/10.1016/j.surg.2019.11.009>
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa, técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia: Universidad de Antioquia.

- Terra, M. (2015). Interdisciplinary Rounds the Key to Communication, Collaboration, and Agreement on Plan of Care. *Professional Case Management*. 20(6), 299 – 307. doi:10.1097/NCM.0000000000000116
- Thofehrn, M., López, M., Amestoy, S., Porto, A., Bettin, A., Fernandes, J., & Marzena, M. (2014). Trabajo en equipo: visión de los enfermeros de un hospital de Murcia/España. *Enfermería Global*, 36: 223-237.
- Townsend, M. Cornell, P., & Vardaman, J. (2014). Interdisciplinary Rounds and Structured Communication Reduce Re-Admissions and Improve Some Patient Outcomes. *Western Journal of Nursing Research*. 36(7), 917–928
- Urisman, T. Garcia, A., & Harris, H. (2018). Impact of surgical intensive care unit interdisciplinary rounds on interprofessional collaboration and quality of care: Mixed qualitative–quantitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 44, 18–23.

## **Modelo de práctica de enfermería para fortalecer la capacidad de cuidado de los pacientes y sus cuidadores**

**Nursing practice model to strengthen the capacity of care of patients and their caregivers**

**Modelo de prática de enfermagem para fortalecer a capacidade de cuidado dos pacientes e seus cuidadores**

**Aracelly Serna Restrepo<sup>1</sup> ;Yudy Andrea Rojas Castañeda<sup>2</sup> ;María Patricia Monroy Rubiano<sup>3</sup>; Leyda Verbel Vergara<sup>4</sup> ;Claudia Esperanza Suárez Acuña<sup>5</sup>; Beatriz Sánchez – Herrera<sup>6</sup>**

<sup>1</sup>Enfermera, Especialista en Gestión Humana, Ex -Líder de Departamento de Enfermería Fundación Cardio Infantil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0758-6342>. Correo electrónico: aserna@cardioinfantil.org

<sup>2</sup>Enfermera, Especialista Epidemiología, Líder de Departamento de Enfermería Fundación Cardio Infantil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5939-3457>. Correo electrónico: jrojasc@cardioinfantil.org

<sup>3</sup> Enfermera Especialista en Cuidado Crítico Pediátrico, Coordinadora de Unidades de Cuidado Intensivo Pediátrico, Cardiovascular Pediátrico y Neonatal Fundación Cardio Infantil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7140-8607>. Correo electrónico: N.D.

<sup>4</sup>Enfermera, Especialista en Cuidado Crítico Adulto, ex Jefe Servicios de Hospitalización Adulto y Pediatría. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5616-5523>. Correo electrónico: N.D.

<sup>5</sup>Enfermera, Mg en Enfermería. Especialista en Cuidado Crítico Pediátrico, Profesora, Coordinadora de la Especialización en Cuidado Crítico, Facultad de Enfermería y Rehabilitación, Universidad de La Sabana. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5175-6057>. Correo electrónico: N.D.

<sup>6</sup> Enfermera, MScN, GNP. Profesora de Alto Prestigio. Facultad de Enfermería y Rehabilitación, Universidad de La Sabana. Orcid:<https://orcid.org/0000-0002-8029-7187>. Correo electrónico: clara.sanchez@unisabana.edu.co

Correspondencia: Beatriz Sánchez – Herrera. Edificio H, Campus del Puente del Común, Km. 7, Autopista Norte de Bogotá. Chía, Cundinamarca, Colombia. Correo electrónico de contacto: clara.sanchez@unisabana.edu.co

Para citar este artículo: Serna Restrepo A., Rojas Castañeda, Y.A., Monroy Rubiano, M.P., Verbel Vergara, L., Suárez Acuña, C., & Sánchez-Herrera B. (2021). Modelo de práctica de enfermería para fortalecer la capacidad de cuidado de los pacientes y sus cuidadores. *Cultura de los Cuidados*, 25(61). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.61.16>

Recibido:11/06/2021 Aceptado: 12/09/2021



## RESUMEN

En la Fundación Cardioinfantil Instituto de Cardiología (FCI -IC), que es un Hospital Universitario colombiano de alta complejidad, se identificó que el trabajo en alianza docente – asistencia para el desarrollo de un modelo de práctica de enfermería podría orientar mejor este ejercicio en sus diferentes roles. Con el objetivo de describir el desarrollo conceptual logrado, el presente artículo documenta la investigación metodológica en enfermería que incluyó cuatro fases: la revisión de antecedentes institucionales en el empleo de modelos de enfermería; la revisión de literatura mundial sobre los modelos de práctica de enfermería; la construcción colectiva del modelo de práctica de enfermería; y la validación interna y externa de dicho modelo. El Modelo de práctica de enfermería para fortalecer la capacidad de cuidado de los pacientes y sus cuidadores, FCI – IC, responde a lecciones intra y extrainstitucionales aprendidas; su desarrollo es coherente con el estado del arte y su contenido refleja tanto el consenso institucional como la derivación teórica lograda a partir de la identificación de los conceptos paradigmáticos y supuestos de cuidado, ajustados durante la validación. Este modelo ha permitido mayor apropiación y liderazgo de enfermería en la práctica, a la que se espera aportar indicadores que permitan evaluar los diferentes roles.

**Palabras clave:** Investigación metodológica en enfermería; enfermería, teoría de enfermería; atención de enfermería; competencia clínica; *DeCS*.

## ABSTRACT

In the Fundación Cardioinfantil Institute of Cardiology (FCI -IC), which is a high complexity Colombian University Hospital, it was identified that the work between academics and clinical nurses for the development of a nursing practice model, could improve nursing in its different roles. In order to describe the conceptual development achieved, this article documents the nursing methodology research that included four phases: the review of institutional backgrounds in the use of conceptual models of nursing; the review of world literature on nursing practice models; and the collective construction of the nursing practice model; and the internal and external validation of the developed model. The Practice Nursing Model to strengthen the caring capacity of patients and their caregivers FCI - IC responds to lessons learned internally and externally; its development is consistent with the state of the art and its content reflects both the institutional consensus and the theoretical derivation achieved from the identification of the paradigmatic concepts and care assumptions, adjusted during the validation. This model has allowed greater appropriation and nursing leadership in practice. We expect to provide indicators to evaluate and improve the different roles of nursing in the near future.

**Keywords:** Nursing Methodology Research; nursing; theory of nursing; nursing care; clinical competence; *DeCS*.

## RESUMO

Na Fundação Cardioinfantil Instituto de Cardiologia (FCI -IC), que é um Hospital Universitário colombiano de alta complexidade, identificou-se que o trabalho em uma aliança docente-assistencial para o desenvolvimento de um modelo de prática de enfermagem poderia orientar melhor este exercício em seus diferentes papéis. A fim de descrever o desenvolvimento conceitual alcançado, este artigo documenta a pesquisa metodológica de enfermagem que incluiu quatro fases: a revisão de fundamentos institucionais no uso de modelos conceituais de

enfermagem; a revisão da literatura mundial sobre modelos de prática de enfermagem; e a construção coletiva do modelo de enfermagem; e a validação interna e externa do referido modelo. O Modelo de prática de enfermagem para fortalecer a capacidade assistencial do pacientes e cuidadores FCI - CI responde às lições aprendidas interna e externamente; seu desenvolvimento é consistente com o estado da arte e seu conteúdo reflete tanto o consenso institucional quanto a derivação teórica alcançada a partir da identificação dos conceitos paradigmáticos e pressupostos de cuidado, ajustados durante a validação. Este modelo permitiu maior apropriação e liderança de enfermagem na prática, o que se espera que forneça indicadores para avaliar os diferentes papéis. **Palavras-chave::** Pesquisa Metodológica em Enfermagem; Enfermagem; teoria da enfermagem; cuidados de enfermagem; competência clínica; DeCS.

## INTRODUCCIÓN

A nivel mundial los modelos de práctica de enfermería han sido reconocidos como una estrategia para mejorar la práctica en diferentes escenarios (Hudacek, DiMattio, Turkel, 2017), incrementar el trabajo interprofesional (Bender, 2017), en especial frente a una mejor calidad en el cuidado del paciente Meehan, , Timmins, Burke, 2018); Hagle, Dwyer, Gettrust, Lusk, Peterson, Tennies, 2020) y de sus familiares (Eskes, Schreuder, Vermeulen, Nieveen, Chaboyer, 2019) y para mejorar la visibilidad del aporte profesional en la salud global (Wilson et al., 2016).

En el ámbito Latinoamericano, se ha señalado que es necesaria una enfermería con mayor liderazgo y capacidad de innovación (Álvarez, 2015) y en tal sentido, se han empleado los modelos de práctica como uno de los caminos requeridos. Algunas experiencias exitosas con el empleo de este tipo de modelos en la región respaldan su utilidad a nivel institucional (Alarcón et al., 2014; Carvajal, Sánchez, 2018; Montoya, Montoya , Sánchez, 2016), responden a la necesidad de generar un conocimiento dinámico de enfermería que cualifique la práctica en sus diferentes roles (De Villalobos, 2014) y que permita hacer sinergias a partir de las alianzas docencia – asistencia (Carvajal, Pérez, Sánchez, 2017).

La FCI-IC, como un hospital líder en el cuidado de la salud cardiovascular en la región fue el primer hospital colombiano en emplear modelos conceptuales de enfermería en la práctica asistencial. Sin embargo, el avance en el desarrollo de dicha práctica ha hecho evidente la necesidad de contar con un modelo ajustado a la cultura institucional y que permita dar una respuesta a los retos vigentes: mejorar de manera continua la calidad del cuidado de enfermería y tener mayor impacto en la salud de las personas. El presente



trabajo tuvo como objetivo describir y validar el modelo de práctica de enfermería para fortalecer la capacidad de cuidado de los pacientes y sus cuidadores, FCI-IC.

## **METODOLOGÍA**

Esta es una investigación metodológica en enfermería (Polit, Hungler, 2000), realizada en alianza entre la FCI- IC y la Universidad de La Sabana, 2017 - 2018, que buscó la forma de obtener, organizar y analizar los datos para lograr el desarrollo de un modelo de práctica de enfermería que pudiera orientar su desempeño profesional en la institución. La FCI-IC es un hospital universitario especializado privado, sin ánimo de lucro, de alta complejidad, con acreditación nacional e internacional de calidad, es Centro internacionalmente reconocido por la Implementación de buenas prácticas de enfermería y cuenta con 352 camas, 473 enfermeras, 47% con formación de posgrado y 673 auxiliares de enfermería.

El grupo investigador fue conformado por las líderes saliente y entrante del equipo de enfermería, dos coordinadoras del Hospital y dos profesoras del Grupo de Cuidado de Enfermería Unisabana quienes tenían estudiantes en práctica dentro de la institución.

El proceso se inspiró en planteamientos teóricos de Bender (Bender, 2018) y (Bahramnezhad, 2015 ) sobre los elementos comunes en que confluye la enfermería y que deben ser identificados para asumir la responsabilidad frente al cuidado de la experiencia de salud de las personas. La metodología se desarrolló en cuatro etapas: la primera, una revisión de antecedentes institucionales en uso de modelos teóricos de enfermería con base en entrevistas y fuentes secundarias de información. La segunda, una revisión integradora de la literatura mundial sobre el empleo y utilidad de los modelos de práctica para enfermería, en revistas arbitradas, 2015 – 2017 bajo parámetros de Christmas (Christmas, Gross, 2017) con una calificación de la evidencia bajo parámetros de Lobiondo y Haber (2014). La tercera, una construcción colectiva del modelo de práctica de enfermería a partir de la identificación de los conceptos centrales o paradigmáticos y los supuestos que los relacionaran para lograr la práctica esperada. En este caso, se trabajó con tres guías desarrolladas por la Universidad. En el desarrollo de la guía inicial, identificación de conceptos, participaron 240 enfermeros de la FCI- IC identificándolos desde su práctica y el texto resultante fue sintetizado por el grupo coordinador y validado con los mismos participantes para garantizar que reflejara la esencia del contenido propuesto (Weiss, 2017). La guía intermedia se desarrolló por

servicios, en forma grupal, con el apoyo de las coordinaciones de enfermería y con base en ella se identificaron los supuestos de enfermería a partir de la relación de los conceptos esenciales de la práctica para lograr los resultados esperados. La última guía que empleó técnica IgO (Mojica, Restrepo, 1991), permitió a los participantes priorizar los supuestos de acuerdo con el nivel de importancia y gobernabilidad para la enfermería.

Es así como se concluyó con un proceso de construcción teórica, culturalmente apropiada, que facilitara la explicación y comprensión de las situaciones y los hechos relacionados con la práctica deseada de enfermería en la FCI –IC . En la cuarta fase, se hizo un validación de los planteamientos del modelo de práctica de enfermería contrastando sus afirmaciones con los reportes del sistema de quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones de los usuarios atendidos en la FCI- IC para saber si se respondía a su llamado. En esta fase se validó además el modelo de práctica con el personal de enfermería, con representantes del equipo interdisciplinario de salud, con las directivas de la institución, y con pares nacionales e internacionales a través de un evento institucional dedicado a esta temática. La versión definitiva fue analizada por el Grupo de investigación de la Universidad, experto en el tema, bajo criterios de Im (Im, 2015) y planteamientos de Walker y Avant (Walker y Avant, 2011).

## **RESULTADOS**

En la primera fase, como antecedentes institucionales en el empleo de modelos conceptuales de enfermería, se encontró que la FCI- IC, fue el primer hospital universitario colombiano en aplicar un modelo conceptual de enfermería como guía de la práctica asistencial para la institución. Estrategias documentadas a nivel institucional, entre 2002 y 2017, asociadas con el proceso de enfermería, la historia clínica, estudio, revisiones, inducciones, aplicación en casos clínicos y políticas del Departamento de Enfermería, reflejaron el uso de los modelos de Adaptación de Callista Roy en Unidades de cuidado intensivo y el de Autocuidado de Dorothea Orem, inicialmente en hospitalización y luego definido como modelo institucional único (Departamento de Enfermería, 2017). En 2017 y dados los cambios en la plataforma estratégica de la FCI- IC, se buscó valorar el nivel de apropiación e impacto del modelo empleado encontrando que si bien había sido útil, este no respondía totalmente a la cultura y proyectos de

enfermería en la institución. Sin embargo, los antecedentes en el trabajo de autocuidado aportaban un desarrollo que enfermería debía considerar.

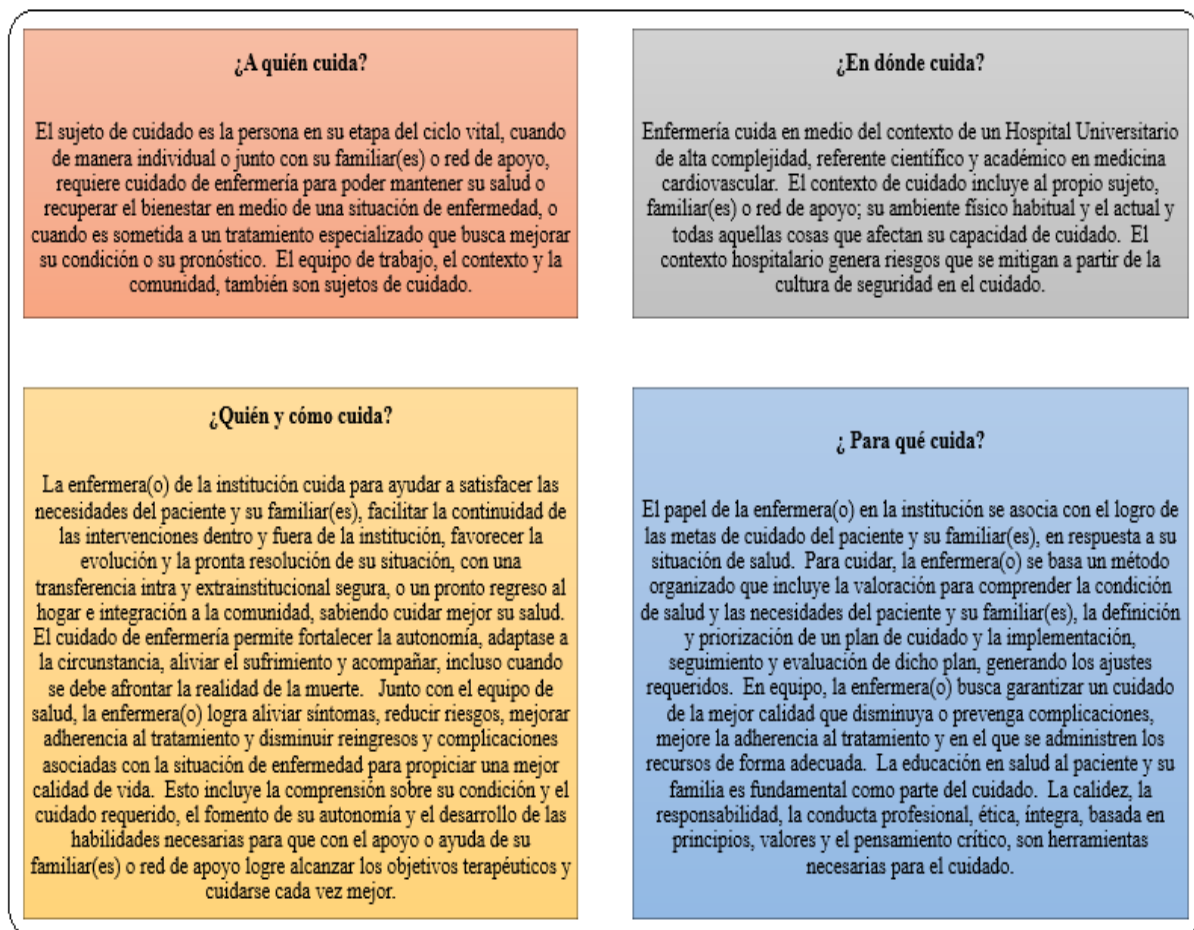
En la segunda fase, por medio de la revisión de literatura mundial sobre los modelos de práctica para enfermería se encontraron estudios de modelos de práctica como guías relevantes para la práctica asistencial en Australia Chan, Bowes, Barton, 2017; Slatyer, Coventry, Davis, 2016), Estados Unidos (Glassman 2016; English, 2016; Bender, 2016; Schaffner, Tillett, Volz, 2016; Rheingans ,2016; Hodge, Campbell, Tobar, 2016), Canadá 2 (Roche, Spence, Duffield, 2015), entre Australia y Canadá 1 (Roche, Spence, Duffield, 2015) y entre Suiza y Canadá (Mathieu, Bell, Ramelet, Morin, 2016). Sin embargo, el nivel de evidencia de estos estudios es débil con una mayoría de tipo descriptivo o estudios de caso lo que permite sugerir la necesidad de continuar en esta construcción con miras a fortalecer la práctica profesional asistencial. A partir de su análisis es posible afirmar que estos modelos de práctica, conocidos también como modelos funcionales o de práctica profesional, se encuentran bajo el metaparadigma enfermero “Cuidado de la experiencia de la salud de las personas” (Bender,2018), no reemplazan a los modelos conceptuales de nivel macro teórico con los que incluso pueden ser complementarios . Los modelos de práctica de enfermería están en un nivel teórico de mediano rango, lo que facilita su aplicación ya que están más cercanos a la realidad de la enfermería en la práctica clínica. Para su implementación, es indispensable que las condiciones de la práctica y el bienestar de enfermería sean atendidas y que su desarrollo sea participativo, si se espera lograr identificación y apropiación con los mismos. Los modelos de práctica se focalizan en los receptores del cuidado pero reconocen a la enfermera individual y colectivamente y fomentan el liderazgo, desarrollo y empoderamiento profesional, así como la capacidad de trabajo en equipo. A nivel institucional estos modelos han generado un lenguaje común que permite comunicar el desarrollo y favorece el pensamiento sistémico.

En la tercera fase, a través de la construcción colectiva del modelo de práctica de enfermería, se identificaron los cuatro conceptos meta paradigmáticos: persona, contexto, enfermería y salud (Figura 1).

Luego, a partir de los supuestos, se identificaron tres tipos de relaciones: la primera, la relación equipo interdisciplinario - enfermera- sujeto de cuidado, la cual señala que el cuidado integral dado al sujeto en la Fundación Cardioinfantil demanda a la

enfermera tener claridad en los valores personales, profesionales e institucionales, una conducta ética, la identificación de procesos, idoneidad, desarrollo de la habilidad y

**Figura 1. Conceptos del Modelo de práctica de enfermería para fortalecer la capacidad de cuidado de los pacientes y sus cuidadores, FCI – IC**



Fuente: elaboración propia, 2018.

capacidad de trabajo como parte fundamental del equipo de salud. El personal auxiliar de enfermería es parte integrante y fundamental del equipo que da cuidado de enfermería y en tal sentido, debe estar orientado, motivado, capacitado y respaldado por la enfermera para garantizar idoneidad en su labor de cuidado al sujeto. Son esenciales, la valoración adecuada como fundamento de un plan integral de cuidado de enfermería y la interacción enfermera – paciente y familia(r). El plan de cuidado de enfermería en la Fundación Cardioinfantil es una herramienta esencial para el desempeño profesional de enfermería que debe contar con metas realistas, ser desarrollado con participación protagónica del

sujeto de cuidado, ser ejecutado, comunicado, evaluado y registrado. Este plan puede ser parcialmente estandarizado por cuanto cada sujeto tiene condiciones únicas a las cuales se debe atender. El cuidado adecuado exige de la enfermera, reconocer al sujeto y tener para él manifestaciones amenas y tranquilas que le inspiren confianza. La enfermera debe garantizar los derechos del sujeto, teniendo en cuenta su voluntad antes de tomar una decisión y buscando el mejor resultado terapéutico o el bienestar, aun cuando la curación no sea posible. Educar al sujeto de cuidado permite establecer con él, un vínculo terapéutico que le ayuda a transformar la capacidad de cuidar para buscar mejorar su condición de vida. La enfermera es reconocida en la FCI-IC por el paciente y su familia(r) a través del cuidado cualificado que les genera un impacto positivo. Centrar su quehacer en el cuidado del sujeto, hace de la enfermera una mejor persona, un mejor profesional y un mejor integrante de la Fundación Cardioinfantil. Enfermería se auto reconoce si tiene la certeza de haber cuidado lo mejor posible. A través del liderazgo en el cuidado del paciente y su familia(r), la enfermera en la Fundación Cardioinfantil, da un aporte único como integrante del equipo de salud.

La segunda, la enfermera frente al logro de las metas de cuidado del sujeto, señala que en la Fundación Cardioinfantil, la autonomía y la dignidad del sujeto de cuidado se fortalecen, mediante un plan de cuidado de enfermería que incluya la identificación y el fortalecimiento de su capacidad de cuidar. Fomentar la autonomía y respetar la dignidad del sujeto de cuidado, exige a la enfermera identificar su etapa del ciclo vital, su condición de salud y las características de su contexto habitual. La enfermera sabe que, si el sujeto de cuidado es conocedor de su situación de salud y está empoderado, se facilita el logro de los resultados esperados y la continuidad en el cuidado. En tal sentido, si bien, cualquier espacio de encuentro entre la enfermera y el sujeto de cuidado genera una oportunidad para fortalecer mutuamente la capacidad de cuidar, la educación para el cuidado de la salud transversal al proceso de atención constituye un elemento central que favorece la promoción de su salud, la adherencia terapéutica, la prevención de complicaciones y la adecuada rehabilitación de este sujeto.

La tercera y última, el ambiente adecuado como parte del cuidado, el ambiente adecuado como parte del cuidado, establece que en la FCI-IC debe facilitar la experiencia de atención al sujeto de cuidado, privilegiar y responder a sus necesidades durante su transición en el proceso de atención. Esto implica, que sea acogedor para el equipo de salud, incluido en este el sujeto de cuidado, los profesionales, los técnicos y tecnólogos y

el talento humano en formación. Para el cuidado que busca dar la enfermera de la FCI-IC, se hace necesario contar con los recursos adecuados (tecnológicos, físicos, tiempo y capacitación) y garantizar entre todos los integrantes de la institución la intimidad, la privacidad, la seguridad y el respeto por las prácticas culturales y creencias religiosas del sujeto. Enfermería por su parte, buscará expresar su sentido de pertenencia institucional al cuidar con los más altos estándares de calidad. Su autonomía profesional le exige voluntad, pensamiento crítico y toma de decisiones adecuada y su liderazgo en el cuidado se refleja en la idoneidad, seguridad y con la capacidad de valorar y mejorar continuamente los propios conocimientos e incrementar y compartir su capacidad de cuidado. Si bien los criterios de admisión, las políticas, guías y protocolos institucionales orientan el cuidado de enfermería en la Fundación Cardioinfantil, para dar cuidado especializado, es necesaria la capacitación, el reconocimiento institucional y el clima laboral adecuado, que, en conjunto, faciliten el trabajo en equipo y el logro de los objetivos del cuidado centrado en el sujeto. El ambiente de cuidado de la Fundación Cardioinfantil debe favorecer la comunicación entre el equipo de salud, incluido el sujeto de cuidado en todo el proceso de atención y este equipo, debe comprometerse con el buen uso de los recursos institucionales, su imagen y su proyección.

Con base en la validación interna y externa del modelo de práctica de enfermería, este fue denominado “ Modelo de práctica de enfermería para fortalecer la capacidad de cuidado de los pacientes y sus cuidadores, *FCI-IC*” verificando que se reconociera en él la búsqueda de los atributos y el slogan institucionales de calidez, honestidad, solidaridad, ética, compromiso y excelencia, bajo el lema institucional “El poder de lo nuestro”. Para identificar y apropiar el modelo desarrollado por enfermería, se pensó en un slogan que incluyera siempre la frase “Para fortalecer tu capacidad de cuidado”. A este slogan se añade una condición o una acción que lo permita hacer visible, por ejemplo: “Para fortalecer tu capacidad de cuidado: enfermería FCI-IC”; “Para fortalecer tu capacidad de cuidado: vigilamos tus condiciones de seguridad”; “Para fortalecer tu capacidad de cuidado: te invitamos a la sesión educativa sobre cómo ser un mejor cuidador familiar”.

En síntesis, este modelo de práctica de enfermería responde y ayuda a hacer visibles los pilares fundamentales que soportan y orientan la práctica de enfermería en la

FCI-IC , donde no solo se fortalece al paciente y a su cuidador familiar en su capacidad de cuidado, sino que, al hacerlo, se fortalece la propia enfermería dando un mejor aporte a la institución como parte de un equipo interprofesional.

El análisis del Modelo desarrollado bajo los criterios recopilados por Im (2015) confirmó que este responde a parámetros internacionales vigentes.

## DISCUSIÓN

El Modelo de práctica de enfermería para fortalecer la capacidad de cuidado de los pacientes y sus cuidadores, FCI – IC, responde al concepto de modelo de práctica planteado por Chamberlain y cols., (2013). De acuerdo con criterios clásicos de Kim y cols.(1990), se encontró que es un modelo de rango medio, integral, aplicable al servicio, de filosofía humanista, que representa la cotidianeidad del quehacer enfermero en la institución y puede permitir hacerle seguimiento.

Los hallazgos del presente estudio se suman al trabajo reciente en modelos de práctica de enfermería describiendo el esquema teórico y su desarrollo (Slatyer, Coventry, Twigg, Davis, 2016; Glassman,2016; English,2016; Bender2016; Schaffner, Tillett, Volz, 2016; Rheingans, 2016; Hodge, Campbell, Tobar, 2016; Rhéaume et al., 2015; Duhamel, Dupuis, Turcotte, Martinez, Goudreau, 2015; Roche, Spence, Duffield, 2015). A diferencia de otras experiencias (Mathieu, Bell, Ramelet, Morin, 2016; Wilson et al., 2016) , esta ha sido desarrollada nacionalmente y es comparable con otras que han cualificado la práctica de enfermería en Colombia (Carvajal, Sánchez, 2018; Arroyo, Guevara, Pérez, Sánchez, 2018). Aunque este tipo de desarrollos teóricos ha demostrado incidir en una mejor práctica avanzada en enfermería a nivel mundial (Wood, 2020; Kostas y cols, 2015), es preciso señalar que esta modalidad de práctica no está legalmente reconocida en el contexto local. Sin embargo, puede ser orientador de la práctica en general con diferentes niveles de especialidad, como sucede en la FCI-IC.

Este impulso deberá continuar la articulación del modelo de práctica profesional con un modelo conceptual de mayor jerarquía como el de Autocuidado de Orem (España, 2016), que ha tenido amplio uso dentro de la institución. Será también un reto comenzar a generar los indicadores para la medición del cuidado (Dubois et al.,2017), de forma tal que su implementación pueda ser validada en la práctica, mejorando así tanto la experiencia de salud de las personas, como el nivel de evidencia que respalda el quehacer enfermero.

## CONCLUSIONES

El modelo de práctica de enfermería denominado “*Modelo de practica de enfermería para fortalecer la capacidad de cuidado de los pacientes y sus cuidadores, FCI-IC*”, es un modelo construido colectivamente a través de una alianza entre la FCI-IC y la Universidad de La Sabana. Este desarrollo conceptual responde a lecciones aprendidas a nivel interno y externo, es coherente con los planteamientos del estado del arte en este campo y refleja tanto el consenso institucional, como la derivación teórica lograda a partir de la identificación de los conceptos paradigmáticos y supuestos de cuidado, ajustados durante la validación. Su evaluación refleja tanto la sinergia que ha generado el trabajo en alianza docencia – asistencia, la apropiación y fomento del liderazgo profesional que podrá llevar al mejoramiento de la práctica a partir de un modelo acorde con la cultura institucional y que servirá de base para desarrollar indicadores de evaluación de la práctica de enfermería en sus diferentes roles.

Desde el punto de vista de los aportes para la enfermería se puede señalar que este trabajo es útil para los pacientes y sus familiares porque la práctica autónoma y bien orientada beneficia su cuidado, para el personal de enfermería por cuanto clarifica lineamientos de cuidado, para el talento en formación, por cuanto guía su práctica de manera sencilla a partir de un conocimiento aplicado, y para las instituciones, al permitir el avance disciplinar y profesional de enfermería. El trabajo apoya su desarrollo epistemológico de enfermería y articula los diferentes niveles de la jerarquía del conocimiento enfermero, aportando como novedad una forma diferente de articular la teoría con la práctica asistencial y docente en el ámbito de un hospital universitario para lograr su mejoramiento permanente.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón, A. M., Barrera-Ortiz, L., Carreño, S. P., Carrillo, G. M., Farías, R. E., González, G. Santamaría, N. (2014). Development of a functional model of



- nursing care in cancer. *Investigacion Y Educacion En Enfermeria*, 32(2), 206–215. doi: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v32n2a03>.
- Álvarez Yañez, D. M. (2015). Enfermería en América Latina: una mirada al horizonte / Nursing in Latin America: a look at the horizon / Enfermagem na América Latina: um olhar para o horizonte. *Avances En Enfermería*, (2), 295. doi: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v33n2.37032>
  - Arroyo, M. L. P., Guevara, L. M., Pérez, G. B., & Sánchez, H. B. (2018). Commitment and a sense of humanity for the adaptation of patients during hospital care. *Journal of Nursing Management*, 26(5), 548.
  - Bahramnezhad, F. , Shiri, M. , Asgari, P. and Afshar, P. (2015) A Review of the Nursing Paradigm. *Open Journal of Nursing*, 5, 17-23. doi: 10.4236/ojn.2015.51003.
  - Bender M. Re-conceptualizing the nursing metaparadigm: Articulating the philosophical ontology of the nursing discipline that orients inquiry and practice. *Nurs Inq.* 2018 Jul;25(3):e12243. doi: 10.1111/nin.12243. Epub 2018 Apr 10. PMID: 29637709.
  - Bender, M. (2016). Clinical Nurse Leader Integration Into Practice: Developing Theory To Guide Best Practice. *Journal Of Professional Nursing: Official Journal Of The American Association Of Colleges Of Nursing*, 32(1), 32–40. doi: <https://doi-org.ez.unisabana.edu.co/10.1016/j.profnurs.2015.06.007>.
  - Bender, M. (2017). Clinical Nurse Leader-Integrated Care Delivery: An Approach to Organizing Nursing Knowledge Into Practice Models That Promote Interprofessional, Team-Based Care. *Journal of Nursing Care Quality*, 32(3), 189.
  - Carvajal Hermida, E. Y., Sánchez-Herrera, B. (2018). “Nursing Care with a Human Approach”: A Model for Practice with Service Excellence. *Aquichan*, 18(2), 149–159. doi: <https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.2.3>
  - Carvajal-Hermida, E. Y., Pérez-Giraldo, B., Sánchez-Herrera, B. (2017). Fortalecimiento de las alianzas docencia-servicio para el avance de la enfermería en Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 16(32), 96–107. doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-32.fads>.
  - Chamberlain, B., Bersiclobk, E., Cole, D., Craig, J., Cummins, K., Duffy, M., ... Skeahan, L. (2013). Practice models: A concept analysis. *Nursing Management - Illinois Then Springhouse-*, (10), 16.
  - Chan, R. J., Bowers, A., & Barton-Burke, M. (2017). Organizational Strategies for Building Capacity in Evidence-Based Oncology Nursing Practice: A Case Report of an Australian Tertiary Cancer Center. *The Nursing Clinics Of North America*, 52(1), 149–158. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2016.10.001>
  - Christmals, Christmal Dela, Gross, Janet J. An integrative literature review for postgraduate nursing research reviews. *European Journal of Research in Medical Sciences*, 2017, Vol.5(1), pp.7 – 15.
  - De Villalobos, M. M. D. (2014). La renovación del conocimiento y la práctica. *Aquichan*, 14(1), 5-6.

- Departamento de Enfermería, Fundación Cardioinfantil Instituto de Cardiología. (2002 – 2016) *Informes anuales de Gestión*.
- Dubois, C.A., D'amour, D., Brault, I., Dallaire, C., Déry, J., Duhoux, A., ... Zufferey, A. (2017). Which priority indicators to use to evaluate nursing care performance? A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*, 73(12), 3154–3167. doi: <https://doi-org.ez.unisabana.edu.co/10.1111/jan.13373>.
- Duhamel, F., Dupuis, F., Turcotte, A., Martinez, A.-M., & Goudreau, J. (2015). Integrating the Illness Beliefs Model in clinical practice: a Family Systems Nursing knowledge utilization model. *Journal Of Family Nursing*, 21(2), 322–348. doi: <https://doi-org.ez.unisabana.edu.co/10.1177/1074840715579404>.
- English, R. (2016). By Faculty for Faculty: Evidence-based Teaching Tactics for Frontline Staff Using the Clinical Nurse Scholar Model. *The Journal for Nurse Practitioners*, 12, e1–e5. doi: <https://doi-org.ez.unisabana.edu.co/10.1016/j.nurpra.2015.08.033>
- Eskes, A. M., Schreuder, A. M., Vermeulen, H., Nieveen van Dijkum, E. J. M., & Chaboyer, W. (2019). Developing an evidence-based and theory informed intervention to involve families in patients care after surgery: A quality improvement project. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(4), 352–361. doi: <https://doi-org.ez.unisabana.edu.co/10.1016/j.ijnss.2019.09.006>
- España López, A. M. (2016). Correlación entre el modelo conceptual y el modelo profesional del cuidado. *Ene*, 10(2), 0-0. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2016000200009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200009&lng=es).
- Glassman, K.S. (2016). Developing and Implementing a Professional Practice Model. *Nurs Sci Q.*, 29(4):336–339.
- Hagle, M., Dwyer, D., Gettrust, L., Lusk, D., Peterson, K., & Tennies, S. (2020). Development and Implementation of a Model for Research, Evidence-Based Practice, Quality Improvement, and Innovation. *Journal of Nursing Care Quality*, 35(2), 102–107.
- Hodge, M. B., Campbell, P., & Tobar, K. (2016). Engaging Nurses in the Development and Implementation of a Professional Practice Model Through Nursing Salons. *The Journal Of Nursing Administration*, 46(9), 425–427. doi: <https://doi-org.ez.unisabana.edu.co/10.1097/NNA.0000000000000370>.
- Hudacek, S. S., DiMattio, M. J. K., & Turkel, M. C. (2017). From Academic-Practice Partnership to Professional Nursing Practice Model. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 48(3), 104–112. doi: <https://doi.org/10.3928/00220124-20170220-05>.
- Im EO. (2015). The current status of theory evaluation in nursing. *J Adv Nurs*, 71(10), 2268-2278. doi: <https://doi.org/10.1111/jan.12698>. Epub 2015 May 28. PMID: 26016592.

- Kostas-Polston, E. A., Rawlett, K., Miedema, J., & Dickins, K. (2018). An integrative review of nurse practitioner education models: Part three of a four-part series on critical topics identified by the 2015 Nurse Practitioner Research Agenda. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 30(12), 696–709. doi: <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000150>
- Lobiondo-Wood G, Haber J. (2014) Nursing Research: Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice. *Journal of Nursing Regulation*; 5(1):60.
- Mathieu, L., Bell, L., Ramelet, A.-S., & Morin, D. (2016). Les compétences de leadership pour la pratique infirmière avancée : proposition d'un modèle de développement pour la formation et la pratique clinique. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 2(2), 105.
- Meehan, T. C., Timmins, F., & Burke, J. (2018). Fundamental care guided by the Careful Nursing Philosophy and Professional Practice Model ©. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11–12), 2260–2273. <https://doi.org.ez.unisabana.edu.co/10.1111/jocn.14303>
- Mojica, F.J., & Restrepo, G.(1991). *La prospectiva: técnicas para visualizar el futuro*. Legis Editores. Recuperado de <https://search-ebshost-com.ez.unisabana.edu.co/login.aspx?direct=true&AuthType=ip&db=cat06493a&AN=sab.000013416&lang=es&site=eds-live&scope=site>
- Montoya Restrepo, I., Montoya Restrepo, A., & Sánchez Herrera, B. (2016). Prospectiva estratégica para fortalecer un convenio docencia- servicio de enfermería. *Investigacion En Enfermeria: Imagen y Desarrollo*, 18(1), 149.
- Parker M. (1990). *Nursing Theories in Practice*. NY:NLN.
- Polit D, Hungler B (2000). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Principios y Métodos*. Boston: McGraw – Hill Interamericana. Pág. 203
- Rhéaume, A., Dionne, S., Gaudet, D., Allain, M., Belliveau, E., Boudreau, L., & Brown, L. (2015). The changing boundaries of nursing: a qualitative study of the transition to a new nursing care delivery model. *Journal Of Clinical Nursing*, 24(17–18), 2529–2537. doi: <https://doi.org.ez.unisabana.edu.co/10.1111/jocn.12846>.
- Rheingans J (2016). The Nursing Professional Development Practice Model. *J Nurses Prof Dev*. United States;32(5),278–81.
- Roche, M. A., Spence Laschinger, H. K., & Duffield, C. (2015). Testing the Nursing Worklife Model in Canada and Australia: a multi-group comparison study. *International Journal Of Nursing Studies*, 52(2), 525–534.
- Schaffner, L. D., Tillett, N. L., & Volz, T. M. (2016). Empowerment works! Clinical nurses and the professional practice model. *Nursing Management*, 47(7), 11–14. doi: <https://doi.org.ez.unisabana.edu.co/10.1097/01.NUMA.0000484481.52349.39>.
- Slatyer, S., Coventry, L. L., Twigg, D., & Davis, S. (2016). Professional practice models for nursing: a review of the literature and synthesis of key components. *Journal of Nursing Management*, (2), 139.

- Walker LO, Avant KC (2011). Strategies for theory construction in nursing. Upper Sadder River, N. J.: Prentice H., Weiss, E. (2017). Hermenéutica Y Descripción Densa Versus Teoría Fundamentada. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 22(73), 637–654.
- Wilson, L., Acharya, R., Karki, S., Budhwani, H., Shrestha, P., Chalise, P., & Gautam, K. (2016). Evidence-Based Practice Models to Maximize Nursing's Contributions to Global Health. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 6(1), 41.
- Wood, S. K. (2020). Keeping the Nurse in the Nurse Practitioner: Returning to Our Disciplinary Roots of Knowing in Nursing. *Advances in Nursing Science*, 43(1), 50–61.

## Fortalezas y debilidades de los sistemas de gestión de la calidad implantados en los centros de personas mayores en España

**Strengths and weaknesses of the quality management systems implemented in nursing homes for the elderly in Spain**

**Pontos fortes e fracos dos sistemas de gestão da qualidade implementados nos centros para os idosos em Espanha**

**Rocío Martínez Fernández<sup>1</sup>; Evaristo Barrera Algarín<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Doctora por la Universidad Pablo de Olavide. Miembro del grupo de investigación Trabajo Social y Nuevas Tecnologías para la Intervención Social. GITTEC (SEJ-608). Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8683-5487>. Correo electrónico: rmarfer@alu.upo.es

<sup>2</sup> Doctor por la Universidad Pablo de Olavide. Profesor Titular de Universidad del Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Director Académico del Máster en Gerontología y Dirección y gestión de Centros gerontológicos. Director del grupo de investigación Trabajo Social y Nuevas Tecnologías para la Intervención Social. GITTEC (SEJ-608). Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8201-9423>. Correo electrónico: ebaralg@upo.es  
Correspondencia: Universidad Pablo de Olavide. Carretera de Utrera, km, 1. C.P

Para citar este artículo: Martínez Fernández, R., & Barrera Algarín, E. (2021). Fortalezas y debilidades de los sistemas de gestión de la calidad implantados en los centros de personas mayores en España. *Cultura de los Cuidados*, 25(61). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.61.17>

Recibido:30/06/2021 Aceptado: 29/09/2021



### RESUMEN

El presente artículo se basa en una investigación que ha tenido como objetivo analizar las características de los Sistemas de Gestión de la Calidad implantados en los Centros de Personas Mayores en España. Su hipótesis principal ha sido que los Sistemas de Gestión de la Calidad implantados en España no miden en su totalidad todos los aspectos relacionados con la atención de calidad. Para ello, se ha utilizado el instrumento CALCERIS001 (marca registrada M3706458) que, a través de un cuestionario de 24 variables (Alfa de Cronbach de .830), ha recogido información del personal de Centros de Personas Mayores en el territorio español (N=359). Los resultados han puesto de manifiesto que la implantación de estos Sistemas de Gestión de la Calidad se ha traducido en una mejora de la calidad efectiva para estos centros y al mismo tiempo se recoge que estos modelos se basan principalmente en aspectos médico-sanitarios y de organización y gestión de los recursos humanos quedando en un segundo plano aspectos como

las relaciones interpersonales y las necesidades educativas. Los autores de artículo abogarán por un sistema basado en un Modelo de Calidad Integrada, que abarque todas las dimensiones posibles.

**Palabras clave:** Centro de personas mayores; calidad integrad; sistema de gestión de la calidad.

## ABSTRACT

This article is based on an investigation that has aimed to analyze the characteristics of the Quality Management Systems implemented in the Centers for the Elderly in Spain. Its main hypothesis has been that the Quality Management Systems implemented in Spain do not fully measure all aspects related to quality care. To do this, the CALCERIS001 instrument (registered trademark M3706458) has been used which, through a questionnaire of 24 variables (Cronbach's Alpha of .830), has collected information from the staff of Centers for the Elderly in Spanish territory (N = 359). The results have shown that the implementation of these Quality Management Systems has resulted in an effective quality improvement for these centers and at the same time it is stated that these models are mainly based on medical-health and organizational aspects and human resource management, with aspects such as interpersonal relationships and educational needs. The authors of the article will advocate for a system based on an Integrated Quality Model, which covers all possible dimensions.

**Keywords:** Nursing Homes; Integrated Quality Model; Quality Management System.

## RESUMO

Este artigo baseia-se numa investigação que tem como objectivo analisar as características dos Sistemas de Gestão da Qualidade implementados nos Centros para Idosos em Espanha. A sua principal hipótese tem sido que os Sistemas de Gestão da Qualidade implementados em Espanha não medem completamente todos os aspectos relacionados com os cuidados de qualidade. Para este fim, foi utilizado o instrumento CALCERIS001 (marca registada M3706458) que, através de um questionário de 24 variáveis (Cronbach's Alpha de .830), recolheu informações do pessoal dos Centros para Idosos em Espanha (N=359). Os resultados demonstraram que a implementação destes Sistemas de Gestão da Qualidade resultou numa melhoria efectiva da qualidade destes centros e, ao mesmo tempo, mostra-se que estes modelos se baseiam principalmente em aspectos médicos-saúde e organização e gestão de recursos humanos, deixando em segundo plano aspectos como as relações interpessoais e necessidades educativas. Os autores do artigo defendem um sistema baseado num Modelo Integrado de Qualidade, que cobre todas as dimensões possíveis.

**Palavras chave:** Centro para Idosos; Sistema de Gestão de Qualidade; modelo integrado de qualidade.

## INTRODUCCIÓN

La aplicación del modelo empresarial de Gestión de la Calidad al ámbito de la intervención social es un proceso que se ha venido llevando a cabo a lo largo de las últimas décadas en España. Se explica por la creciente presión por el control del gasto

público en los países europeos, que se vio disparado a lo largo del siglo XX y que trae como consecuencia la urgencia de mayor eficacia y eficiencia en las intervenciones que se realizan en el campo de la acción social (Del Pino y Catalá-Pérez, 2016). Este hecho, unido a la demanda cada vez mayor de plazas en Centros Residenciales que la Administración no ha cubierto y la consecuente privatización de sectores dentro de los servicios sociales, ha traído como consecuencia la aplicación de los postulados empresariales en la gestión de la calidad de Residencias de Personas Mayores.

Si bien es cierto que esta implantación de los Sistemas de Gestión de la Calidad (en adelante SGC) en la acción social ha sido ampliamente aceptada por el sector, también ha traído consigo un número no menos significativo de detractores.

En una investigación realizada en Brasil se analiza el impacto de la implementación de las normas ISO en el ámbito de los servicios sociales. Entre los resultados hay que destacar que los servicios sociales vieron mejoras en los procesos, la motivación de los empleados, la comunicación interna y el diseño del trabajo en lugar de mejoras en los resultados del servicio; y que la carga de trabajo administrativo de los trabajadores sociales aumentó, aunque fueron más capaces de estructurar y adaptar su trabajo a las necesidades específicas de los usuarios (Saut, Berssaneti y Moreno, 2017)

Fantova (2008) por su parte destaca una serie de argumentos tanto a favor como en contra de la aplicación de SGC en la acción social. En primer lugar, entre las ideas positivas que puede aportar la perspectiva de la Gestión de la Calidad destaca el concepto de "la orientación al cliente". En segundo lugar, la aportación que desde la intervención social se puede hacer a la Gestión de la Calidad con la gran tradición en el uso de indicadores de evaluación capaces de medir factores tangibles e intangibles. En tercer lugar, cabe destacar la relación y participación entendida como la participación de las personas de las organizaciones en su gestión (Fantova, 2008). El énfasis que la Gestión de la Calidad pone en un liderazgo favorecedor del desarrollo de las personas y sus competencias (empowerment o empoderamiento) casa a la perfección, según este autor, con las mejores tradiciones y prácticas de la intervención social.

Pero la intervención social no tiene los mismos objetivos que la actividad empresarial. Introducir esta nueva ideología puede llevar a simplificar el propio concepto de calidad entendiéndolo únicamente como la satisfacción del cliente, es decir, considerar que la práctica profesional en la intervención en residencias está prestando un servicio de

calidad sólo por el hecho de tener un Sello de Excelencia, en detrimento de la implantación de un Sistema de Calidad de la Atención como puede ser el modelo de Atención Centrada en la Persona (en adelante ACP). Se hace necesaria por tanto una integración entre lo que Fantova (2008) llama la "calidad técnica" con la calidad percibida, medida a través de la mera satisfacción del cliente o familia.

En este sentido, está habiendo un movimiento en torno al uso del término "centrado en la persona" en vez de "centrada en el paciente" para referirse al modelo de atención, para dar cuenta de que este concepto incluye la totalidad de las necesidades de la persona y sus preferencias además de las médicas o clínicas (Goodwin, 2016). Es decir, hay una corriente que apuesta por situar al residente en el centro de la intervención y entender la calidad en los términos en los que la definen los propios usuarios. Por esta razón, para prestar una intervención de auténtica calidad, se hace necesario combinar los indicadores de calidad marcados por los cada vez más generalizados, SGC, con los indicadores de calidad percibida, que deben ser expresados directamente por los sujetos hacia los cuales se dirige nuestra intervención.

Por todo ello, no parece negativo per se la utilización de SGC. La necesidad de una gestión eficaz es algo que no pueden obviar empresas de gestión de Centros Residenciales, si bien es cierto que este hecho no puede traer consigo una disminución de la calidad del servicio prestado. Es por esto, por lo que se hace necesario un modelo de atención compartido de calidad, que asegure no sólo la calidad de vida y el aumento de la esperanza de vida promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), sino que suponga el empoderamiento de estas personas a través de la participación directa como sujetos de su propio envejecimiento. Se trata de añadir a los objetivos empresariales los propios de la intervención social y hacer que estos se complementen de manera que podamos hablar de un concepto de Calidad Integrada, que incluya de manera equilibrada aspectos sociales y empresariales y que pueda traducirse un aumento real de la calidad de vida de los residentes. En cuanto a los diferentes SGC implantados en España y su certificación, comenzó a funcionar en 1986 AENOR (Asociación Española de Normalización) que es una entidad privada, independiente, sin ánimo de lucro que tiene como propósito contribuir, mediante el desarrollo de las actividades de normalización y



certificación a mejorar la calidad en las organizaciones, sus productos y servicios, así como proteger el medio ambiente y, con ello, el bienestar de la sociedad (AENOR, 2018). Para delimitar con claridad cómo se organiza en España la Gestión de la Calidad, hemos de atender a cuatro cuestiones fundamentales:

**Tabla 1: Tipos de Modelos de Gestión de la Calidad Aplicados en España**

<b>TIPOLOGÍA DE MODELOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>			
<b>Sellos de excelencia y normativa asociada</b>	<b>Modelos Específicos</b>	<b>Modelos de las Administraciones públicas</b>	<b>Recomendaciones y guías de buenas prácticas</b>

Fuente: Elaboración propia

Entre las principales normativas y sellos de excelencia desarrollados por diferentes organismos internacionales destaca, por ser la norma con mayor número de implantación en España, la normativa UNE-EN-ISO 9001 y sus posteriores actualizaciones y el modelo European Foundation for Quality Management (EFQM), los principales modelos del sector empresarial adaptados a los Centros Residenciales para Personas Mayores de nuestro país. (ver tabla 2). Otro SGC específico para el sector lo constituye la Norma UNE 158001 (AENOR, 2007). Es una norma española, promulgada por AENOR y certificable, que incluye los requisitos mínimos que debe tener un centro residencial para que quede garantizada la calidad del servicio.

En tercer lugar, cabe destacar el sello de calidad de la Joint Commission, que es una organización independiente, sin ánimo de lucro, que acredita y certifica cerca de 21.000 organizaciones y programas de salud en Estados Unidos.

También en este sentido ha habido una serie de modelos que hemos llamado específicos que han tratado de implantar estándares de calidad en la atención con diferente aplicación en la práctica profesional. No son modelos de calidad en el mismo sentido que las normas anteriormente citadas, pero sí son modelos para la evaluación-autoevaluación de aspectos claves y directamente relacionados con la calidad de los servicios residenciales para Personas Mayores.

**Tabla 2: Principales Sellos de Excelencia y Normativas de Gestión de la Calidad Aplicados en España**

TIPOLOGÍA	DENOMINACIÓN	CARACTERÍSTICAS
MODELOS GENERALES	Norma ISO 9001:2000	Orientación al cliente Liderazgo de la Dirección Participación del Personal Enfoque basado en procesos
	Modelo de Calidad Total EFQM	Ciclo de mejora continua <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoevaluaciones</li> <li>• Gestión por procesos</li> </ul>
SELLOS DE EXCELENCIA	Joint Comission	Alto grado de concreción
NORMATIVAS	Norma UNE 158101 Gestión de Centros Residenciales y los Centros Residenciales con Centro de Día o Centro de Noche Integrado	

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 3: Principales Modelos Específicos de Gestión de la Calidad Aplicados en España**

TIPOLOGÍA	DENOMINACIÓN
MODELOS ESPECÍFICOS	Modelo SERA
	Modelo SERVQUAL
	Modelo de Atención Centrada en la Persona. Fundación Matía
	Modelo de Garantía de Calidad SIIS-KALITATEA Zainduz

Fuente: Elaboración propia

Las Administraciones Públicas también han desarrollado SGC. El de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (en adelante ACSA) es un modelo pionero creado para mejorar la calidad de los servicios que prestan las organizaciones y los profesionales sanitarios y de servicios sociales a través del llamado Modelo andaluz de Calidad (ACSA, 2015).

**Tabla 4: Principales Modelos Autonómicos de Gestión de la Calidad Aplicados en España**

TIPOLOGÍA	DENOMINACIÓN
MODELOS DE LAS ADMINISTRACIONES AUTONÓMICAS	Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) Modelo Básico de Atención en las Residencias (Castilla La Mancha) Sistema de Calidad de Centros y Residencias de Servicios Sociales (Comunitat Valenciana)

Fuente: Elaboración propia

Finalmente, debemos destacar el documento 100 Recomendaciones Básicas para Fomentar la Calidad en Residencias de Personas Mayores (Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, 2004). Todas las características que reúne este documento son fruto del trabajo del grupo sobre “Criterios de calidad asistencial en servicios sociosanitarios para personas mayores” de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (en adelante SEGG) que si bien no es un modelo en el sentido estricto de la palabra, sintetiza en cien las recomendaciones para mejorar la calidad de las Residencias

**Tabla 5: Principales Protocolos y Guías de Buenas Prácticas de Gestión de la Calidad Aplicados en España**

TIPOLOGÍA	DENOMINACIÓN
PROTOCOLOS Y GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS	Modelos y manuales de Grupos Residenciales 100 Recomendaciones básicas para fomentar la calidad en residencias de personas mayores (SEGG)

Fuente: Elaboración propia

## METODOLOGÍA

En relación a lo descrito, se llevó a cabo una investigación cuya Unidad de Observación han sido los Centros Residenciales para Personas Mayores en España. La hipótesis de trabajo fue: Los Sistemas de Gestión de la Calidad implantados en España no miden en su totalidad todos los aspectos relacionados con la atención de calidad.

### Población y muestra

Para la selección del universo tuvimos en cuenta que en el territorio español existen en el momento de la realización del estudio 5.390 centros residenciales en España de los cuales 1475 cuentan con plazas de titularidad pública, 3.863 corresponden a residencias con plazas de titularidad privada y un total de 52 de las que no se disponen datos sobre el tipo de titularidad de dichas plazas (CSIC, 2015). A partir de ese universo, realizamos por tanto un muestreo probabilístico estatificado.

El índice de respuesta del cuestionario CALCERIS001 ha sido del 68,08%, ya que nuestra muestra incluía 94 envíos de los cuales se recibieron un total de 64 respuestas.

Para lograr una muestra significativa, la aplicación del instrumento fue a nivel estatal, con una representación de todas las 17 Comunidades Autónomas que componen el territorio español. La selección de centros se realizó con el mismo número de centros públicos que privados sin tener en cuenta sí estos centros cuentan o no con un modelo de gestión de la calidad. La razón de esta selección se deriva del hecho de que este instrumento pretende conocer tanto la visión de las Residencias públicas que cuentan con todo un sistema de auditoría y exigencias con respecto a la calidad, como de las entidades privadas que no se sienten obligadas por imperativo legal a cumplir con unos cánones de calidad (dícese las inspecciones y evaluaciones que lleva a cabo la Administración) y para las cuáles la implantación de los SGC requiere de una inversión económica propia y por lo tanto de una apuesta firme por la calidad como elemento indispensable para llevar a cabo una intervención efectiva. Por tanto, para evitar una sobrerrepresentación del sector privado el instrumento se ha dirigido tanto a centros residenciales privados como públicos, incluyendo además toda la variedad de circunstancias administrativas recogidas por la legislación estatal: pública, pública con gestión privada, privada, privada con plazas concertadas con la administración.

### **Instrumento y variables**

Por todo ello, se crea el instrumento CALCERIS001, un cuestionario cerrado que trata de obtener conocimiento, información y opinión sobre las distintas formas de medir y evaluar la calidad en Centros Residenciales de Personas Mayores tanto de carácter privado como público en el contexto español a través de 24 variables (ver tabla 6). Concretamente, CALCERIS001 pretende medir, entre otros elementos, los distintos aspectos relacionados con la gestión de la calidad que miden dichos sistemas y otro aspecto relacionado con la calidad que, desde nuestro punto de vista, está teniendo un carácter secundario en la implantación de SGC en nuestro país, que es el papel que estos estándares conceden a los residentes y sus familias tanto en la puesta en marcha como en la evaluación de la calidad. Este instrumento ha obtenido una fiabilidad en el Alfa de Cronbach de .830. Al ser un valor cercano a 1 podemos asumir la existencia de una gran consistencia interna de los ítems analizados.

## Proceso de recogida y análisis de datos

CALCERIS001 se aplicó haciendo uso de formularios de google en línea. Esta aplicación permite crear instrumentos de recogida de información y compartirlos con destinatarios de correo que a su vez pueden cumplimentarlo en línea, recibiendo los resultados a tiempo real.

**Tabla 6: Variables del instrumento CALCERIS001**

CÓDIGO	VARIABLE
CV001	NÚMERO DE CUESTIONARIO
CV002	TITULARIDAD DE LA ENTIDAD
CV003	DENOMINACIÓN DE LA ENTIDAD
CV004	MEDICIÓN DE LA CALIDAD
CV005	POR QUÉ DE LA MEDICIÓN DE LA CALIDAD
CV006	CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
CV007	TIPO DE EVALUACIÓN
CV008	ÁREAS/DEPARTAMENTOS IMPLICADOS EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD
CV009	LA PARTICIPACIÓN DEL MAYOR EN LA PUESTA EN MARCHA DEL SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD
CV010	LA PARTICIPACIÓN DEL MAYOR EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD
CV011	PERIODICIDAD DE LA EVALUACIÓN
CV012	PESO DEL ÁREA MÉDICA EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD
CV013	PESO DEL ÁREA SANITARIA EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD
CV014	PESO DEL ÁREA PSICOSOCIAL EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD
CV015	PESO DE LA DIRECCIÓN EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD
CV016	PESO DE LA GERENCIA EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD
CV017	ASPECTOS RELACIONADOS CON LA CALIDAD MIDE SU SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD
CV018	INFORMES DE EVALUACIÓN EMITIDOS
CV019	GENERACIÓN DE PAUTAS DE MEJORA
CV020	COSTE DE LA PUESTA EN MARCHA DEL MODELO
CV021	PREVISIÓN DE COSTES DE IMPLANTACIÓN
CV022	TRADUCCIÓN DE COSTES EN MEJORA EFECTIVA DE CALIDAD
CV023	FORMACIÓN RECIBIDA POR ÁREAS PROFESIONALES
CV024	CALIFICACIÓN DE LA FORMACIÓN RECIBIDA

Fuente: Elaboración propia

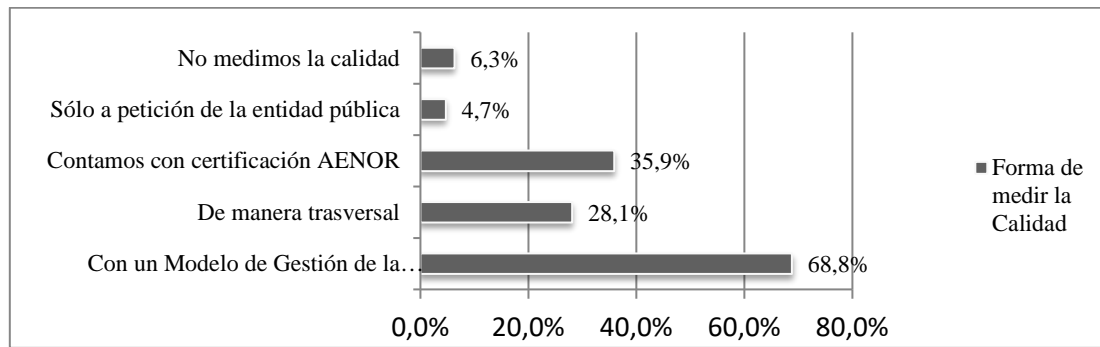
Además se utilizó la aplicación LinkedIn para el envío personalizado de cuestionarios a distintos profesionales que trabajan en Residencias de Personas Mayores de todo el territorio español. El procedimiento seguido fue el del envío a través de mensaje privado personal del texto elaborado para el envío vía correo electrónico, adjuntando a su vez el enlace para la cumplimentación del cuestionario. El instrumento estaba programado para que los destinatarios sólo pudieran cumplimentarlo una sola vez y no pudieran editar las preguntas que se le planteaban. La herramienta a su vez, contaba con una serie de preguntas que el sistema identifica como obligatorias como pueda ser el tipo de titularidad de la entidad: pública, privada, concertada, etc.

En cuanto a los procedimientos estadísticos aplicados al instrumento, se realizó análisis de fiabilidad del propio instrumento, anteriormente descrito así como distintas medidas de dispersión y correlación como cálculo de correlación de Pearson y Tau-b de Kendall y cálculo de medias entre las diferentes variables.

## RESULTADOS

En primer lugar, analizaremos los resultados referentes a las características con las que cuenta el SGC, en el caso de que actualmente tengan ya implantado dicho sistema. Como podemos apreciar en el gráfico 1, un 68,8% de los encuestados dicen contar con un SGC en sus centros. Un 35,9% cuenta con una certificación de calidad avalada por AENOR y sólo un 6,3% afirma no medir la calidad de la atención en su centro. En términos generales, estos resultados nos ofrecen una amplia mayoría de centros que mide la calidad de la atención que prestan a sus residentes. Cabe destacar que esta pregunta se presentaba de manera que pudieran marcarse más de una opción. La razón de este planteamiento es que consideramos que no suele ser excluyente, en la práctica, el que las residencias cuenten con un SGC y a su vez posean una certificación avalada por AENOR e incluso que paralelamente, inserten la Calidad como una cuestión trasversal en todos sus procesos. Existe también un pequeño porcentaje (4,7%) que afirma medir la calidad únicamente a petición de la entidad pública.

**Teniendo en cuenta la importancia cada vez mayor de la calidad aplicada a la intervención con Personas Mayores, ¿cómo mide su entidad la calidad de la atención a los residentes?**

**Gráfico 1: Forma de medir la calidad**

Fuente: Elaboración propia

A continuación analizamos las razones por las que las entidades optan por esa forma de medir la calidad y no otra. Se trata de una pregunta abierta, la cual hemos resumido en la tabla 7.

**Tabla 7: Respuestas a pregunta abierta Cuestionario CALCERIS001**

PREGUNTA: ¿POR QUÉ ESTA FORMA DE MEDIR LA CALIDAD?		N= 62
CATEGORÍAS	N RESPUESTAS	
Por las características positivas del propio estándar	43	
Exigencia interna	10	
Exigencia externa	7	
No aplican ningún sistema/ estándar por diversos motivos	5	
Otros motivos	10	

Fuente: Elaboración propia

Como puede observarse en la tabla 7, existen una gran cantidad de razones, indicadas por los encuestados, para la aplicación de determinado SGC por parte de una entidad. Llama la atención que, entre las causas esgrimidas, aparecen algunas relacionadas con exigencias externas, o bien de los gestores de la entidad o bien de la Administración. Además, podemos destacar la eficacia de los sistemas, la utilidad para gestionar equipos y procesos, para evitar errores o corregirlos, mejorar la prestación del servicio, mejorar la satisfacción del cliente, etc. Varios encuestados apuntaron que no certifican su residencia con ningún sistema por motivos económicos o bien porque no lo consideran necesario.

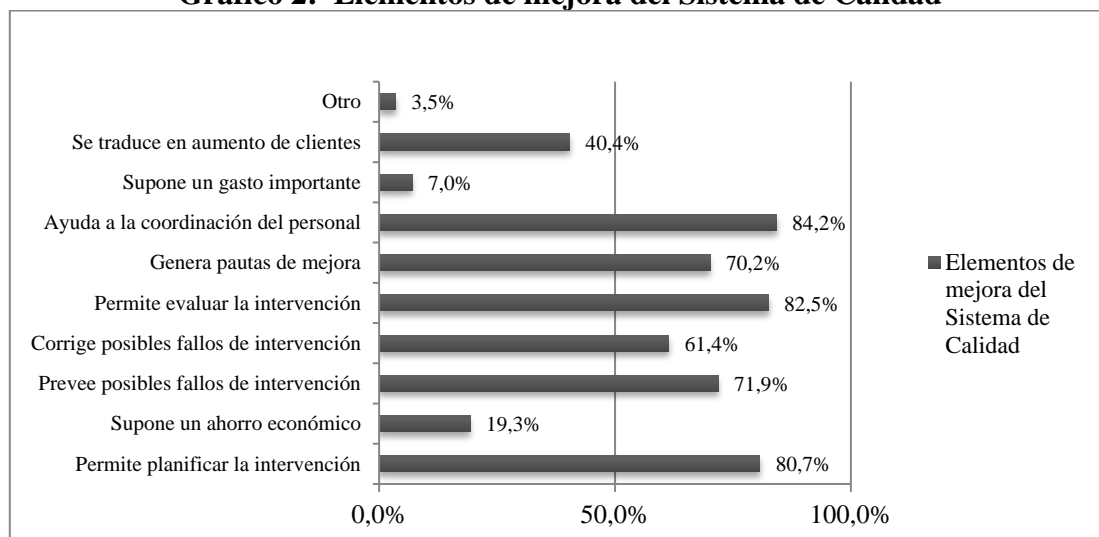
Por lo que respecta a los elementos de mejora con los que cuenta el SGC con el que cuentan, esta pregunta también se planteó en términos no excluyentes con lo que, como podemos ver en el gráfico 2, existen varios ítems con porcentajes muy elevados y otros con porcentajes menores al 50%.

A su vez, los principales elementos de mejora señalados son en primer lugar es que "ayuda a la coordinación del personal" (84,2%) y "permite evaluar la intervención" (82,5%), son los aspectos con un porcentaje mayoritario diferenciado del resto de valores junto con el que se refiere a "permite planificar la intervención" (80,7%). Muy cercano a estos valores, pero por debajo del 80% nos encontramos con el elemento de mejora "previene posibles fallos de la intervención" (71,9%) y "genera pautas de mejora", que lo señalan como elemento del sistema el 70,2% de los encuestados. Todos ellos corresponden a ítems relacionados con la estructura organizativa del centro.

El segundo nivel de elementos de mejora lo componen las siguientes variables: el 61,4% destaca el que su sistema "corrige posibles fallos de la intervención" junto con un destacable 40,4% de los encuestados que señala que "se traduce en un aumento de clientes". Ambos ítems se refieren a los resultados que trae consigo esta implantación en términos de corrección de errores y en términos de eficiencia comercial.

**En caso de que su centro cuente con algún Sistema de Gestión de la Calidad, señale los elementos de mejora con los que cuenta éste**

**Gráfico 2: Elementos de mejora del Sistema de Calidad**



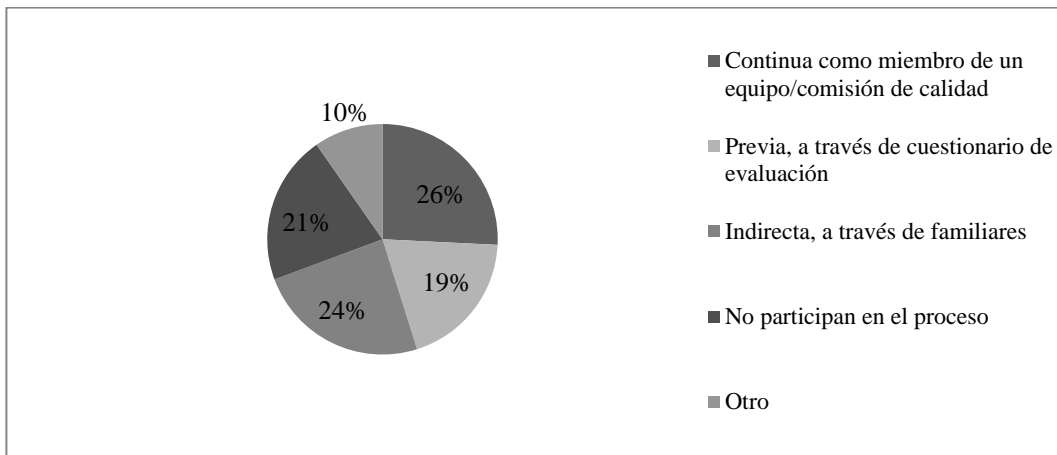
Fuente: Elaboración propia

En cuanto a las preguntas referidas a la participación de los propios usuarios, o en el caso de las personas con déficit cognitivo, de sus familias, cabe destacar, como puede apreciarse en el gráfico 3, que un 25,8% de los encuestados afirma que ha existido una participación continua de los residentes en la puesta en marcha del SGC como miembros del equipo/comisión de calidad del centro, frente a un 21% que expone que los usuarios



no participan en el proceso. Otro 24,2% de los encuestados señala que la participación de sus residentes ha sido indirecta, a través de familiares. Además sólo un 19,4% de las residencias analizadas destaca que la participación de sus residentes ha sido previa, a través de un cuestionario de evaluación.

**Gráfico 3: Participación del mayor en puesta en marcha**

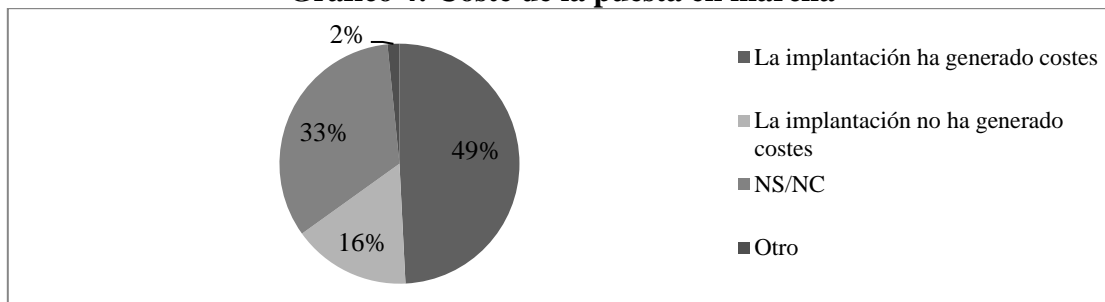


Fuente: Elaboración propia

En referencia al análisis de los costes de mantener un SGC, alrededor de la mitad de los encuestados, un 49,2%, considera que la puesta en marcha de los SGC en su centro ha supuesto un coste añadido para la organización. Destaca el 15,9% de los encuestados que señalaron que dicha puesta en marcha no ha supuesto un sobrecoste para su entidad.

**En lo referente al coste de la puesta en marcha de los Sistemas de Gestión de la Calidad, ¿han generado éstos un coste añadido para nuestra organización?**

**Gráfico 4: Coste de la puesta en marcha**

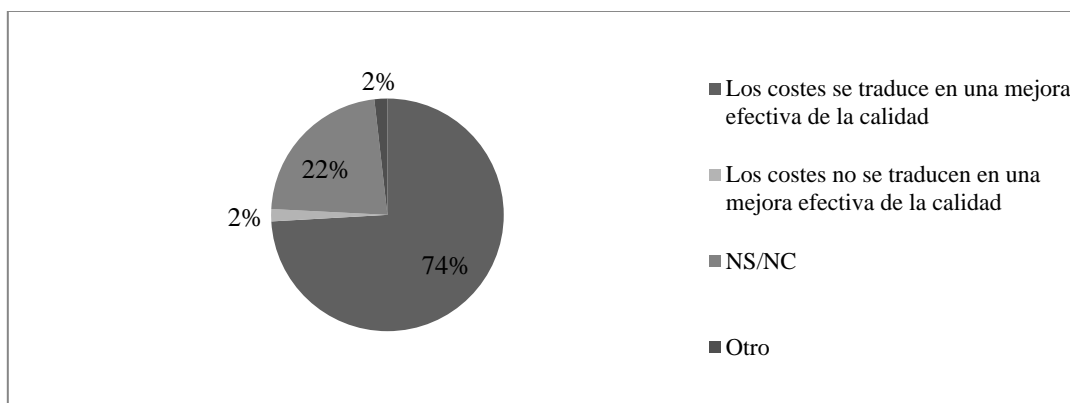


Fuente: Elaboración propia

En cuanto a los resultados obtenidos en la pregunta referida a si se han traducido esos costes en una mejora efectiva de la calidad en sus organizaciones el coste de la puesta en marcha de los SGC, un 74,1% de los encuestados así lo considera. Por contra, sólo un 1,7% de los encuestados considera que no ha supuesto una mejora efectiva de la calidad. Destaca en este caso un porcentaje del 22,4% que no sabe o no contesta esta pregunta.

**En su opinión, ¿se traducen estos costes en una mejora efectiva de la Calidad en su organización?**

**Gráfico 5: Costes igual a mejora efectiva de la calidad**



Fuente: Elaboración propia

En cuanto a las variables “Costes igual a mejora efectiva” y la variable “Cómo mide la calidad: modelo de gestión calidad” es significativa al 95% y relación inversa baja/media -,369. Por lo que podemos concluir que en los Centros Residenciales analizados que cuentan con un SGC, los costes que supuesto su implantación son interpretados por sus trabajadores como una mejora efectiva de la calidad en el centro.

**Tabla 8: Correlación de Pearson**

CORRELACIÓN DE PEARSON		CV004 Cómo mide la calidad	CV022 Costes igual a mejora efectiva
Cómo mide la calidad CV004	Coefficiente de correlación	1	-,369**
	Sig. (bilateral)		,004
	N	58	58
Costes igual a mejora efectiva CV022	Coefficiente de correlación	-,369	1
	Sig. (bilateral)	,004	
	N	58	58

\*\*P= \*0.004// P<.004 X2=0.369//

Fuente: Elaboración propia

## DISCUSIÓN

Tras este análisis, la pregunta se hace evidente, ¿los Sistemas de Gestión de la Calidad son un fin en sí mismos? ¿La acreditación de los centros como estrategia de marketing o como valor positivo de cara a la Administración pública es el objetivo final? Tras esta investigación cabe plantearse si los medios que están utilizando los Centros Residenciales para llegar a la consecución de la calidad se están convirtiendo en un fin en sí mismos.

Hemos podido comprobar que se trata de modelos elaborados desde instancias gestoras, en las cuales ha habido una formación del personal que se ha visto impregnado de esta "nueva cultura de la calidad" pero que la participación de los propios residentes en el proceso ha sido cuanto menos deficitaria. Podemos hablar sin duda de una mejora organizativa de los centros que han apostado por estos sistemas e incluso de la calidad organizativa de éstos pero, difícilmente podemos hablar de calidad total sin tener en cuenta al propio mayor en el proceso de implantación de estos sistemas.

Entre los resultados se ha podido comprobar que la implantación de SGC trae consigo mejoras en los procesos, la motivación de los empleados, la comunicación interna y el diseño del trabajo tal y como demuestran las opiniones de los encuestados a favor de la implantación de estos sistemas en línea con investigaciones realizadas en otros países. La propuesta de la calidad integrada entiende que la calidad organizacional, la calidad del servicio, debe ir acompañada de una mejora de la calidad de la atención para que podamos hablar de mejora de la calidad de los residentes e indudablemente, debe ir acompañada del empoderamiento de los propios mayores como centro de todas y cada una de las intervenciones que se realizan en las Residencias, no sólo como objeto de intervención sino como sujeto activo y participativo de los propios procesos que rigen su vida en el centro.

Para ello, se hace necesario que se faciliten los medios para que las personas que viven en estos centros, independientemente de su estado de salud o cognitivo, decidan qué tipo de vida quieren llevar, tengan autonomía para decidir y por supuesto se les considere y se les respete como ciudadanos de pleno derecho. En esta línea se sitúa la OMS, que señala en su Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud que marca entre sus actuaciones dirigidas a la atención a largo plazo de calidad, el que se establezcan Sistemas de Gestión de la Calidad que ayuden a mantener el énfasis en optimizar la capacidad funcional. (OMS, 2015).

El modelo de gestión de la calidad propuesto desde la Fundación Matía describe como uno de los componentes esenciales del modelo que propone, la Atención Centrada en la Persona. Entiende ésta como un paso más allá de la propia atención individualizada clásica que incluye la satisfacción de las necesidades detectadas y la adaptación de las características individuales como forma de estimulación y apoyo para lograr la participación activa de los mayores en su proceso de atención. (Martínez, Díaz-Veiga, Rodríguez, & Sancho, 2015).

Además, se hace necesario un SGC como los descritos anteriormente, que incluya el cumplimiento de estos principios para que no se supedita la aplicación de estos modelos a la “voluntad” de los centros y se convierta en un componente de obligado cumplimiento de la evaluación de la calidad de estos centros.

Como señalábamos anteriormente, las dos últimas décadas han sido testigo de una progresiva e innegable mejora en la Atención Residencial a las Personas Mayores, entre las cuales se incluye el afianzamiento de fórmulas de evaluación externa y la necesidad de introducir procesos de mejora continua de la calidad. En opinión de la Fundación Eguía-Careaga, esto contribuye a afianzar un hábito de permanente cuestionamiento y favorece la disposición al cambio (Centro de Documentación y Estudios SIIS, 2011).

Los retos actuales en la intervención con mayores en Centros Residenciales pasan por la sistematización de estos criterios aseguradores de una atención de calidad. Además, la mejora de la calidad de vida del mayor debe ir unida al objetivo de conseguir un envejecimiento activo. Este último objetivo "no debe verse mermado por situaciones de fragilidad o dependencia, que por otra parte, son inherentes al proceso de envejecimiento" (Rodríguez, 2011). Para ello, se hace necesario volver a la concepción que planteaba Baltes (Baltes & Baltes, 1993) donde vejez y éxito no son contradictorios. La persona mayor obtiene también la posibilidad de construir activamente su vida y regularla. El principio de que las capacidades descenden, pero según el postulado de ganancias, estabilidad y pérdidas, la persona mayor dispone de unas reservas y recursos que pueden y deben ser movilizados.

## CONCLUSIONES

En nuestra hipótesis de partida considerábamos que la atención es entendida en los SGC como necesidades médicas y necesidades básicas de salud de los residentes, quedando en un segundo plano las necesidades de tipo psicosocial y las educativas.

Podemos afirmar que esta hipótesis queda demostrada ya que, como hemos podido demostrar en los resultados de CALCERIS001, un porcentaje destacado señala que los elementos de mejora del Sistema suponen una ayuda a la coordinación del personal y que sirven para evaluar y planificar la intervención, por encima de aquellos referidos a las cuestiones económicas. En cuanto al papel de los aspectos médico-sanitarios en detrimento de los aspectos psicosociales, podemos concluir que esta hipótesis queda demostrada ya que las competencias emocionales del personal son las que obtienen un porcentaje menor en la pregunta referente a qué aspectos de la calidad mide su modelo. En cuanto a los resultados referidos a si la implantación de SGC en Centros Residenciales para Personas Mayores se traduce en una mayor calidad efectiva en los centros, se puede concluir que una gran mayoría de encuestados considera que la implantación de los SGC se ha traducido en una mejora efectiva de la calidad en sus centros.

En relación a las limitaciones que podemos encontrarnos en esta investigación ha sido la fidelidad y veracidad de los datos, ya que se basan, fundamentalmente, en testimonios de los trabajadores de Residencias de Personas Mayores. Sería interesante haber podido realizar un estudio comparativo en este sentido con los gerentes/propietarios de las organizaciones por un lado y de los propios residentes/clientes por el otro. Otra de las limitaciones a señalar ha sido la imposibilidad de identificación de los centros descritos y las características de los SGC de cada centro. En un primer momento se planteó un diseño muestral del cuestionario CALCERIS001 que contemplaba un muestreo probabilístico estratificado y se realizaron para ellos contactos con todos los Centros Residenciales para Personas Mayores del país por Comunidades Autónomas. Al analizar los resultados de estos contactos identificamos que existía un bajo índice de participación. Los propios encuestados nos señalaron que la necesidad de aportar datos identificatorios del centro era la causa de tan baja participación. Ante este hecho, se decidió cambiar el diseño muestral aportando anonimato a las encuestas y analizando los datos de manera general. Por otra parte, tampoco podemos establecer ninguna relación causa- efecto entre las variables analizadas, limitándonos a una posible relación (cuando las hubiera) entre ellas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abellán, A., Ayala, A., & Pujol, R. (2017). *Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos*. Madrid: Informes Envejecimiento en Red nº 15.
- AENOR. (2007). *Norma UNE 158101 de Servicios para la promoción de la autonomía personal. gestión de centros residenciales y centros residenciales con centro de día o centro de noche integrado. Requisitos*. Madrid: AENOR ediciones.
- AENOR. (2010). *Sistemas de gestión de la calidad. Normas UNE y documentos relacionados*. Madrid: AENOR Ediciones.
- Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. (2015). *Manual de estándares: servicios residenciales*. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.
- Aguilar, J. M., Álvarez, J., Fernández, J. M., Salguero, D., & Pérez, E. (2013). Investigación sobre envejecimiento activo y ocupación como fuente de salud y calidad de vida. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD Revista de Psicología* , 147-154.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1993). *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Centro de Documentación y Estudios SIIS. (2011). *Guía de recomendaciones prácticas para las residencias de personas mayores: Los derechos de las personas y el medio residencial ¿cómo hacerlos compatibles?* Guipuzkoa: Fundación Eguía Careaga.
- Del Pino, E., Catalá-Pérez, D. (2016). El welfare-mix español durante la crisis y la privatización del riesgo social: los casos de la sanidad, los servicios sociales y la atención a la dependencia. *Revista del CLAD Reformar y Democracia*. 66, 163-194.
- EULEN Servicios Sociales y Sanitarios. (2002). *Gestión asistencial de residencias para mayores. Manual práctico*. Barcelona: Arts Medica.
- Fantova, F. (2008). *Sistemas públicos de servicios sociales. Nuevos derechos, nuevas respuestas*. Deusto: Instituto de Derechos Humanos Pedro Arrupe. Universidad de Deusto.
- Fernández-Ballesteros, R., Robine, J. M., Walker, A., & Kalache, A. (2013). Active aging: a global goal. *Current Gerontology and Geriatrics Research* . , 1-4 doi: <https://doi.org/10.1155/2013/298012>
- Fundación Europea para la Gestión de la Calidad . (2003). *Modelo EFQM. Versión para las grandes empresas y unidades de negocio y operativas*. Bruselas: EFQM.
- Goodwin, C. (2016). Person-centered care: a definition and essential elements. *Journal of American Geriatrics Society*. 64, 15-18. doi: <https://doi.org/10.1111/jgs.13866>
- Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. (2004). *100 Recomendaciones básicas para fomentar la calidad en residencias de personas mayores*. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.
- Igami, M. P. (2005). El uso del SERVQUAL en la verificación de la calidad de los servicios de unidades de información: el caso de la biblioteca del IPEN. *Revista Interamericana de Bibliotecología*, 177-191.

- Leturia, M. (2012). *Los sistemas de calidad y herramientas de evaluación de los servicios residenciales y su relación con el modelo de atención*. Fundación Caser para la Dependencia.
- Management, E. F. (2010). *EFQM Excellence model 2010*. Bruselas: European Foundation for Quality Management.
- Martínez, T., Díaz-Veiga, P., Rodríguez, P., & Sancho, M. (2015). *Modelo de atención centrada en la persona. Presentación de los cuadernos prácticos*. Madrid: CSIC.
- Melão, N. F., & Guia S.M. (2015). Exploring the impacts of ISO 9001 on small- and medium-sized social service institutions: a multiple case study. *Total quality management and business excellence* . 26, (3-4), 312-326. doi:<https://doi.org/10.1080/14783363.2013.822193>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Luxemburgo: Organización Mundial de la Salud.
- Envejecimiento en Red. (2015). *Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de junio de 2015*. Madrid: Informes en Red. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticas-residencias2015.pdf>
- Rodríguez, P. (2011). *Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias en las que queremos vivir*. Barcelona: Fundación Pilares para la Autonomía Personal.
- Rodríguez-Martín, B., Martínez-Andrés, M., Cervera-Monteagudo, B., Notario, B., & Martínez-Vizcaíno, V. (2013). Perception of quality of care among residents of public nursing-homes in Spain: a grounded theory study. *BMC Geriatrics*, 13-65. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-65>.
- SAR Fundación. (2002). *Manual y protocolos asistenciales en residencias para personas mayores*. Barcelona : Herder.
- SIIS, C. d. (2009). *Garantía de calidad kalitatea zainduz. Manual de aplicación en residencias para personas mayores*. Eguía-Careaga, Fundación.

## CARTAS AL DIRECTOR

### Papel de enfermería en una sala de consumo de drogas no prescritas

#### Nursing role in a non-prescribed drug use Ward

#### O papel dos enfermeiros numa ala de consumo de drogas não prescritas

**Jordi Delás Amat<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Hospital Universitari Sagrat Cor. Grupo Quirón Salud. Departament de Medicina, Universitat de Barcelona. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8548-6681>. Correo electrónico: [jordi.delas@gmail.com](mailto:jordi.delas@gmail.com)

Correspondencia: C/ Viladomat, 288. CP 08029 Barcelona.

Para citar esta carta al director: Delás Amat, J. (2021). Papel de enfermería en una sala de consumo de drogas no prescritas. *Cultura de los Cuidados*, 25(61). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.61.18>

Recibido:21/07/2021 Aceptado: 23/09/2021



Rafa Clúa (Clua García, 2021) muestra de forma argumentada el importante papel de enfermería en la atención de consumidores de drogas no prescritas y más concretamente en una sala de consumo.

Aparecen matizaciones porque al no haberse prodigado las salas de consumo en zonas diferentes de Catalunya y País Vasco, no puede decirse que la atención de enfermería en una sala de consumo sea una más de las prestaciones. Al contrario, aparece como una actuación muy especial y especializada (Clúa García, 2011).

La enfermería de atención a consumidores de drogas no prescritas es muy gratificante. En una actuación imprescindiblemente transversal es la figura más



importante, pudiendo hacer muchos de los cometidos de otros profesionales, sin que exista el viceversa. Como cita el autor en su título, se combinan tareas asistenciales con otras de promoción de la salud. Los atendidos saben distinguir perfectamente la profesionalidad en los consejos o en la canalización de vía para una extracción de sangre difícil o para ayudar a una búsqueda de vena, cuando no poder inyectarse el consumidor deviene una urgencia. Merecería esta tarea un mejor reconocimiento fundamentalmente económico. Que al no estar así considerado lleva, a menudo, a que grandes profesionales, de depurada formación y amplia experiencia acudan a otros trabajos mejor pagados, con mejores horarios y condiciones más dignos. No debería ser -como frecuentemente ocurre- que la atención a consumidores de sustancias no legales tenga lugar en espacios inadecuados.

Tras la imagen de enfermería en una sala de consumo, sería revelador que el autor analizara cómo se cuida al cuidador, plasmado en cómo trata el sistema al personal de enfermería de la atención de drogas y por añadidura de las salas de consumo higiénico. Por último, una pregunta imprescindible. ¿Por qué solo salas de consumo en Catalunya y País Vasco? ¿Alguien tiene una explicación basada en argumentos clínicos o sanitarios? (Clua García, 2015)

## BIBLIOGRAFÍA

- 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>
- Clua García, R. (2015). Drug consumption rooms in Spain (2000-2013). *Salud Colectiva*, 11, pp. 261–282. Recuperado de <https://doi.org/10.18294/sc.2015.688>
- Clúa García, R. (2011). A ritmo de bombeo: etnografía en un espacio de consumo. *Revista Española de Drogodependencias*, 36(4), 463–475.

**MISCELÁNEA****Transculturalidad, género y salud (Manual de Enfermería cultural) de  
Manuel Moreno Preciado****Transculturality, gender and health (Cultural Nursing Handbook) by Manuel  
Moreno Preciado****Transculturalidade, Género e Saúde (Manual de Enfermagem Cultural) por  
Manuel Moreno Preciado<sup>1</sup>****Luis Cibanal<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Enfermero, psicólogo y especialista en Comunicación y Salud Mental. CEU del Departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante (jubilado).

Cómo citar esta reseña en edición digital: Cibanal, J. (2021). (Reseña). Transculturalidad, género y salud (Manual de Enfermería cultural). *Cultura de los Cuidados*, 25(60). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.61.19>.

Correspondencia: Remitirse al correo electrónico: [luis.cibanal46@gmail.com](mailto:luis.cibanal46@gmail.com).

*Reseña invitada*



Editorial ELSEVIER ES/Madrid: ISBN 9788491139508/1ª Edición Junio 2021. Español. Tapa blanda.104 pp.

## RESUMEN

En esta reseña el profesor Cibanal disecciona el nuevo libro del Dr. Manuel Moreno. En esta obra se describen las características de una materia tan trascendente para la disciplina enfermera como la transculturalidad sin renunciar a su complejidad. El carácter transcultural de los cuidados se relaciona de forma coherente y significativa con el género y la salud.

**Palabras clave:** Historia de la enfermería; enfermería transcultural; género, salud.

## ABSTRACT

In this review, Professor Cibanal dissects the new book by Dr. Manuel Moreno. This work describes the characteristics of such a transcendental subject for the nursing discipline as transculturality without renouncing its complexity. The transcultural character of care is coherently and significantly related to gender and health.

**Keywords:** History of nursing; transcultural nursing; gender, health.

## RESUMO

Nesta crítica, o Professor Cibanal analisa o novo livro do Dr. Manuel Moreno. Este trabalho descreve as características de um tema tão transcendental para a disciplina de enfermagem como a transculturalidade sem renunciar à sua complexidade. O carácter transcultural dos cuidados é coerente e significativamente relacionado com o género e a saúde.

**Palavras-chave:** História da enfermagem; enfermagem transcultural; género; saúde.

Pensamos que tener sensibilidad cultural requiere un gran compromiso y esfuerzo por parte del profesional de enfermería. El mero hecho de hablar de cultura no significa necesariamente que los conocimientos se hayan manifestado en las acciones. No es probable que las personas traduzcan los conocimientos culturales en conductas hasta que experimenten el contacto directo con personas de otras culturas. Este contacto se está volviendo cada vez más inevitable debido a la globalización y las diferentes emigraciones.

Puesto que los profesionales de enfermería pasan más tiempo con los pacientes que la mayoría de los demás profesionales sanitarios, es especialmente importante que sean conscientes de que tanto la comunicación como la cultura están inextricablemente conectadas a la atención sanitaria. Los enfermeros necesitan conocer tanto su cultura como la de sus pacientes porque esto influye en las percepciones y conductas de ambos. El efecto de las cuestiones relacionadas con la cultura y la comunicación puede ser mortal, especialmente en los casos en que hay diferentes percepciones y descripciones del dolor.

Por ejemplo, la evaluación del grado de dolor torácico es una parte fundamental de los datos para diferenciar el infarto de miocardio agudo de otros trastornos que causan dolor en el pecho o en el área epigástrica. Se producen diagnósticos erróneos y retraso de los tratamientos cuando las respuestas al dolor están determinadas culturalmente y una persona acude tarde para recibir tratamiento debido al miedo, el estoicismo o los significados atribuidos al dolor. Estos retrasos son o pueden ser potencialmente mortales

Po tanto, los enfermeros necesitan familiarizarse con sus propias creencias y conductas sobre la atención sanitaria porque sin un autoconocimiento no se puede reconocer que las creencias y conductas propias no son necesariamente comunes a todos. La falta de conocimiento de los profesionales de enfermería sobre su propia cultura puede distorsionar sus percepciones de las creencias y conductas de los pacientes de otras culturas. Es lógico que si un enfermero no entiende las razones de la conducta de un paciente no pueda aplicar las intervenciones apropiadas. Creemos, que si las enfermeras no tienen en cuenta el contexto cultural y social del que procede cada paciente e incluso familiar, no podrán dar unos cuidados personalizados o centrados en cada paciente.

Es interesante comparar las creencias y conductas sobre la atención sanitaria de su familia de origen con las de sus amigos u otros profesionales sanitarios. Suele hacerse evidente que las ideas y las conductas de su familia no son necesariamente comunes a todos. Este reconocimiento es un paso importante no solo para identificar, sino también para apreciar, las creencias y las conductas en materia de salud de las diversas culturas.

Como hay muchas culturas, nadie puede conocer todos los aspectos únicos de las creencias y conductas culturales de cada paciente. Para abordar esta necesidad, los enfermeros y otros profesionales sanitarios empezaron a desarrollar marcos conceptuales y teóricos para evaluar, planificar y aplicar intervenciones culturalmente apropiadas. Uno de los marcos teórico y conceptual transcultural más popular es la teoría del cuidado cultural de Leininger, que se diseñó para los profesionales de enfermería.

Cuando se identifican las similitudes y las diferencias de la comunicación cultural, deben evitarse los estereotipos. Constatamos que todos los grupos culturales comparten algunas prácticas de comunicación, pero también puede haber grandes diferencias de comunicación cultural. No se debe suponer que todos los miembros del mismo grupo

cultural comparten las mismas características de comunicación. Es necesario realizar una evaluación individualizada para garantizar que se cumplan las necesidades del paciente.

Teóricamente somos conscientes de la importancia que tiene para los enfermeros tener en cuenta los aspectos culturales y sociales de los pacientes si realmente queremos realizar un cuidado humanista centrado en el paciente. También somos conscientes que hay grandes lagunas en la formación cultural de los enfermeros, por tanto, dado que no podemos tener un conocimiento de la gran variedad de culturas de nuestros pacientes, e incluso sabemos que, aunque los pacientes sean de la misma cultura que el profesional, su forma de vivirla es muy personal, nos parece lo más lógico y asequible y que está al alcance de todos el centrarnos en el paciente, Es decir, partir del paciente de explicarle los cuidados que vamos a realizarle y preguntarle cómo se siente ante los cuidados que le vamos a realizar, (lo que le agrada, molesta, sus costumbres, sus pudores, sus gustos, sus creencias, etc. ) y teniendo estos en cuenta, sin juzgar su forma de entender la salud y la enfermedad explicarle cómo va a ser nuestro proceder profesional y adaptarnos al paciente, y si no podemos adaptarnos a su cultura explicarle el por qué.

También es conveniente clarificar los aspectos culturales entre los profesionales, pues se ha comprobado que la comunicación entre los médicos y los enfermeros en los hospitales es el factor predictivo individual más importante de la mortalidad. Además, una de las características de los hospitales de especialidades (que se ha comprobado que tienen una mortalidad más baja que los demás hospitales) es la buena relación entre los profesionales de enfermería y los médicos.

Los profesionales de enfermería – al estar más en comunicación con los pacientes – tienen más información sobre los mismos que otros miembros del equipo sanitario. Es importante clarificar la forma en la que se transmite esta información cultural. Hable con confianza y preséntese de forma que deje claro que entiende la situación y las necesidades de su paciente. Todos los profesionales sanitarios deben reconocer que existen diferencias en cuanto a los valores, las motivaciones y las percepciones entre los pacientes. Acomodar estas perspectivas diferentes puede aumentar la probabilidad de éxito. Cada miembro del equipo sanitario debe considerarse un integrante pleno cuando se diseñan soluciones que todos deben tener en cuenta ante las diferencias culturales y de comunicación.

El libro que nos presenta El doctor Manuel Moreno nos muestra de manera sintética la importancia de todo esto que acabamos de decir. Es, como él mismo nos dice,

una apuesta en favor de que la enfermería como profesión amplíe su mirada hacia las nuevas necesidades de salud y cuidados de la población.

*Transculturalidad, género y salud* es un acercamiento entre dos disciplinas: la enfermería y la antropología. Propone a las enfermeras y estudiantes de enfermería, profundizar en el sentido cultural de los cuidados a través de cuestiones como: las adicciones, los trastornos alimentarios y de la imagen corporal, la soledad, el estrés, la depresión, la pobreza, la vejez, las migraciones etc. Todo esto forma parte de nuestro mundo continuamente cambiante y por tanto requiere un centrarnos de manera muy humana y personal en cada paciente si realmente queremos dar cuidados de calidad basados en la empatía, la aceptación incondicional de cada paciente y en lo que actualmente se está acentuando que es la compasión -que es una virtud muy importante, porque implica, por una parte una comprensión empática de la persona que sufre, y por otra, un deseo y acción de ayudarla a eliminar ese sufrimiento.

Con el fin de que el lector se haga una idea del contenido de este libro, enumeramos los capítulos del mismo en el que de manera sintética aborda los temas siguientes:

Capítulo 1: ¿Qué es la diversidad humana?

Capítulo 2: Riesgos y adicciones en la sociedad global.

Capítulo 3: Corporalidad y género.

Capítulo 4: Alimentación y cultura.

Capítulo 5: Vulnerabilidad: pobreza, vejez, migraciones.

Capítulo 6: Enfermería cultural.

Agradecemos al Doctor y Profesor Manuel Moreno, el que gracias a este libro nos ayude a recordar la importancia que tiene lo cultural para poder impartir cuidados humanos de calidad.