

Revista de Enfermería y Humanidades

ASOCIACIÓN DE HISTORIA Y
ANTROPOLOGÍA DE LOS CUIDADOS



CULTURA DE LOS CUIDADOS

2º Cuatrimestre 2022. Año XXVI. N°63



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

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

SUMARIO

Editorial

-La habitación de la espera y el entendimiento del tiempo

Fenomenología

- Percepciones de las enfermeras sobre la seguridad de medicamentos en los sistemas de salud
- Análisis reflexivo sobre las Vivencias de Padres con Niños que sufren Cáncer
- La enfermera Genene Jones: El rol de ángel de la muerte en la obra Misery de Stephen King

Historia

- Hacia una sociedad más justa y equitativa a través de la enfermería renacentista de San Juan de Dios
- (Re)construcción del rol histórico de la enfermería en Chile: una mirada desde las representaciones sociales de las personas vinculadas a la enfermería
- Las enfermeras de la Juventud Femenina de la Acción Católica en la Guerra Civil Española y la Constitución de Salus Infirmorum
- Reglamento Municipal de Beneficencia y Sanidad, Elche 1928
- Imaginario social sobre la enfermería en el cine: una aproximación histórico-social

Antropología

- Percepción de docentes de Enfermería entorno a la investigación formativa
- Detrás de las sonrisas: sufrimiento moral en la prestación de atención oncológica
- Una vivencia, una enseñanza de vida: una aproximación desde la autoetnografía
- Percepción de la población sobre el derrame de petróleo en la Refinería la Pampilla en las costas del litoral marino, Perú

Teoría y Método

- Posibilidades, desafíos y recomendaciones para la enseñanza de las teorías de enfermería
- El cuidado de sí mismo en enfermería. una visión con perspectiva de género
- Análisis de las Reclamaciones al Servicio de Urgencias de un hospital de tercer nivel en el primer año de Pandemia

Cartas al Director

- El burnout: un factor de riesgo de la violencia hacia el profesional
- Enfermedad de Parkinson: dependencia versus necesidad de cuidados



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

La habitación de la espera y el entendimiento del tiempo

The waiting room and the understanding of time

A sala de espera e o entendimento do tempo

Alfonso Miguel García Hernández¹

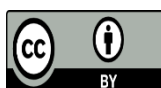
¹ Licenciado en enfermería. Doctor en Antropología Social y Cultural por la Universidad de La Laguna. Profesor titular de la Universidad de La Laguna (España). Orcid: [https:// orcid.org/0000-0002-2838-8735](https://orcid.org/0000-0002-2838-8735).

Cómo citar esta editorial en edición digital: García Hernández, A.M. (2022). La habitación de la espera y el entendimiento del tiempo. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 26(63). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2022.63.01>

Correo electrónico de contacto: almigar@ull.edu.es

Correspondencia: Departamento de enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. C/ Sta. María Soledad, s/n. Facultad de Ciencias de la Salud. Apartado 456. Código postal 38200. San Cristóbal de La Laguna. S/C de Tenerife

Recibido: 23/12/2021 Aceptado: 18/02/2022



“El tiempo es una invención, y nada más que eso”.

Henri Bergson, 1899.

ABSTRACT

The present study uses the methodology of grounded theory and discourse analysis of the case of Samanta, to approach talking with others about his deceased son, follow his example, keep memories and carry out actions designed to help him by understanding the continuity of links with him. Start from the personal spaces of the deceased loved one: their room that is intertwined with the grieving process that is influenced by family, culture and beliefs, the continuing bonds is expressed that makes Samanta feel proud and allows her to express herself of emotions and community. This study also highlights how the

understanding of the different aspects related to the use of spaces and the understanding of time in autobiographical narrative recollection enriches the understanding of the process and gives meaning to the continuing bonds with the loved one.

Keywords: Rituals; continuity; narrative; grieving.

RESUMEN

El presente estudio utiliza la metodología de la teoría fundamentada y análisis del discurso del caso de Samanta, para acercarse a hablar con otros sobre su hijo fallecido, seguir el ejemplo de él, guardar recuerdos y realizar acciones pensadas para ayudarlo mediante el entendimiento de la continuidad de vínculos con él. Parte de los espacios personales del ser querido fallecido: su habitación que se entrelaza con el proceso de duelo que está influido por la familia, la cultura y las creencias, se expresa la continuidad de vínculos que hace sentir a Samanta orgullosa y le posibilita la expresión de emociones y de comunidad. También destaca el presente estudio cómo la comprensión de los diferentes aspectos relativos al uso de espacios y el entendimiento del tiempo en la rememoración narrativa autobiográfica enriquece la comprensión del proceso y da sentido a la continuidad de vínculos con el ser querido.

Palabras clave: *Rituales; continuidad; narrativa, duelo.*

RESUMO

O presente estudo utiliza a metodologia da grounded theory e análise do discurso do caso de Samantha, para abordar falar com outras pessoas sobre seu filho falecido, seguir seu exemplo, guardar memórias e realizar ações destinadas a auxiliá-lo, entendendo a continuidade dos vínculos com ele. Parte dos espaços pessoais do ente querido falecido: seu quarto que se confunde com o processo de luto que é influenciado pela família, cultura e crenças, expressa-se a continuidade dos laços que deixa Samantha orgulhosa e permite que ela se expresse de emoções e comunidade. Este estudo também destaca como a compreensão dos diferentes aspectos relacionados ao uso dos espaços e a compreensão do tempo na rememoração narrativa autobiográfica enriquece a compreensão do processo e dá sentido à continuidade dos vínculos com o ente querido.

Palavras-chave: *Rituais; continuidade; narrativa; luto.*

INTRODUCCIÓN

El estudio fenomenológico de los valores de intimidad del espacio interior, la casa o la habitación del hijo fallecido es, sin duda alguna, un lugar privilegiado siempre y cuando se considere a la vez en su unidad y su complejidad que trata de integrar todos sus valores particulares en un valor fundamental. Dicho espacio nos brindará a un tiempo imágenes dispersas y un cuerpo de imágenes construido. En ambos casos, la imaginación aumenta los valores de la realidad. Una especie de atracción de imágenes que se concentra en torno a dichos espacios (Bachelor, 2000: 27). En ese sentido Merleau-Ponty (1994: 46) nos dice que: “No puede haber un espíritu objetivo: la vida mental se retira en unas consciencias aisladas y

entregadas a la sola introspección, en lugar de desplegarse, como aparentemente hace, en el espacio humano compuesto por aquellos con quienes discuto o con quienes vivo, por el lugar de mi trabajo o el de mi felicidad. La alegría y la tristeza, la vivacidad y el embotamiento son datos de la introspección; y si con ellas revestimos los paisajes o los demás hombres es por haber constatado en nosotros mismos la coincidencia de estas percepciones interiores con unos signos exteriores asociados con las mismas por los azares de nuestra organización. La percepción, así empobrecida, se convierte en una pura operación de conocimiento, una grabación progresiva de unas cualidades y de su desarrollo más habitual, y el sujeto perceptor se encuentra frente al mundo como el sabio frente a sus experiencias. Si, por el contrario, admitimos que todas estas “proyecciones”, todas estas “asociaciones”, todas estas “transferencias”, se fundan en algún carácter intrínseco del objeto, el “mundo humano” deja de ser una metáfora para volver a ser lo que en efecto es, el medio y como la patria de nuestros pensamientos.”

Tal como indica además García et al (2021), sumamos que la continuidad de lazos con el ser querido es consciente, dinámica y cambiante y está presente en la mayoría de los procesos de duelo, con componentes de cantidad y sentido diferente en lo relativo a los lazos “interiores” y “exteriores” que sirven de consuelo y ayudan al individuo y a la comunidad y, les permiten no sólo aceptar la muerte y asumirla, sino más aún, ordenarla, integrándola a su sistema cultural, al ubicarla en todas partes (Field, Gao y Paderna, 2005; García et al., 2016, 2020; Klass y Walter, 2001;). De este modo, el proceso de reconstrucción de la vida tras la pérdida, es una conversación real entre el dolor por la muerte y los lazos que mantienen unido al doliente con quien han perdido. Es una relación interna, continua, con la persona fallecida por parte de la persona en duelo (Field et al., 2013; García, 2017; Hussein y Oyebode, 2009; Klass et al., 1996; Yu et al., 2016;) en la que los deudos pueden hablar o soñar con el difunto, guardar sus pertenencias o tener una sensación de influencia continua (García, 2008, 2010; García et al., 2016; Klass et al., 1996) en un mundo de intimidad solidaria en el que las palabras llegan como una metáfora cargada de significados que ordenan lo que acontece.

El tiempo es una de las preguntas más importantes en lo que concierne a la memoria humana ¿qué es el tiempo y qué significa? Pues sólo puede ser medido en relación al lugar, de modo que es más parecido a la inercia y a los sucesos que lo convierte en una parte intrínseca del lugar y el movimiento (O’Keane, 2021: 124). En esencia el tiempo, tal como lo expresa Samanta se ajusta en torno a la fijación de los recuerdos, desde la dificultad que comporta definir consciencia propia y ajena y el proceso de duelo por la pérdida de un hijo que la ha transformado:

“No te sabría decir si el tiempo ha pasado lento o rápido, porque ahora veo un abismo inmenso en el tiempo. Desde que mi hijo murió, el término tiempo ya no tiene el significado que todos entendemos, sino más bien es un proceso de transformación personal y será tan largo como dure esa transformación. Si se atiende a esos cambios personales, entonces el tiempo ha pasado muy lento y ha sido mucho tiempo. Sólo decirte que ya sólo recuerdo de lejos esa persona que fui hasta entonces, es como si hubiera entrado en una crisálida y hubiera salido después de ese tiempo otra persona diferente. Esa persona anterior que yo fui murió en todo ese proceso durísimo.”

El sentido del tiempo es inseparable de los sucesos, pero esto es ya en sí mismo un sentido del tiempo. La memoria se vuelve más incierta en su apreciación del tiempo cuando se aleja de la certeza relativa del presente consciente. La idea de un “suceso” tan importante como el fallecimiento de un hijo, como base de la memoria biográfica puede modificar la habilidad para crear el formato de “tiempo, lugar y persona” de la memoria episódica. Vemos como las imágenes son importantes y como el espacio y lugar exterior están conectados y la expresión de transformación de sufrimiento en amor se torna vital y complementaria en el proceso:

“Y sobre lo que esto tiene que ver con el duelo, te digo que cuando yo fui aceptando realmente lo que había sucedido, fui yo cambiando en mi interior, evolucionando como persona, transformando dolor y bloqueos por amor, muchísimo amor y agradecimiento a la vida por haberme dado la oportunidad de haber tenido un ángel como hijo, y cuando eso sucede, entiendes que las cosas materiales no son importantes, por lo que hacer esos cambios no variará el que siempre esté en mi corazón o en el de los demás, seguirá en nosotros esté como esté su cuarto o sus cosas. Aun así, Manuel, el peque que es quien se ha quedado con su habitación, no ha querido cambiar demasiado la estructura de la habitación, sigue manteniendo su misma distribución, las mismas fotos y cuadros de antes aunque algunos estén colocados en sitios diferentes.”

Vemos como el lenguaje poético que habla del sufrimiento tiene una felicidad que le es propia, sea cual fuere el drama que descubre. Donde el tiempo se comporta tal como una película personal, en la que se van sucediendo las imágenes para crear una idea de que hay un avance desde el último fotograma: los sucesos siguen ocurriendo hacia adelante porque han sido grabados de este modo. En ese sentido, nos dice Merleau-Ponty que “o bien no reflexiono, vivo en las cosas y considero vagamente el espacio, como el medio de las cosas, como su atributo común, o bien reflexiono, recojo en su fuente el espacio, pienso actualmente las relaciones que hay debajo de este término, y me percató luego de que éstas solamente viven gracias a un sujeto

que las describe y que las lleva; paso del espacio espacializado al espacio espacializante”(Merleau-Ponty, 1994: 258).

Es por tanto la dirección de las imágenes las que confieren sentido al tiempo, a la transformación y a los cambios que se dan de manera paulatina y necesaria:

“Con el paso del tiempo, y después de haber vivido mi transformación , entiendo que esos cambios hay que hacerlos, para no quedar anclados en un pasado de dolor y sufrimiento, y dejar que ese hijo al que tanto se ha querido, forme parte de cada uno de nuestro días con alegría y viviendo nuestro progreso como personas.”

La memoria biográfica más antigua pierde esa claridad propia del cine al registrar los sucesos recientes que se asemejan más bien a los fotogramas de un enclave del pasado, donde sólo queda una vaga impresión de la época a la que pertenecen. Tenemos esa certeza de que la memoria episódica envejece más a medida que pasa el tiempo.

Al evocar Samanta los recuerdos con la familia, nos lleva a la construcción de un recuerdo colectivo que nos permite “ubicar” el suceso en el tiempo a través de su yuxtaposición con otros sucesos, que justifica los cambios progresivos y que hablan de la gestión de la muerte, del dolor, de la ausencia, de la habitación del hijo, de los objetos, del deterioro de los mismos y de la conexión con su hijo:

“Al principio, no queríamos tocar su habitación porque es una forma de entender que todo sigue igual y él estaría en ella. Él era súper ordenado y todo estuvo tal cual durante muchos años. Ya hacía más de 2 años que yo quería cambiar su habitación [han pasado 10 años] porque entendí que él seguía estando en nosotros y en nuestras vidas independientemente de cómo estuviera esa habitación, y ver cómo sus ropas se estropeaban o se ponían dando olor a guardadas era ver deteriorarse algo suyo y eso me hacía más daño. Aun así, mis hijos y mi marido no querían cambiar nada y lo respeté por ellos.”

El tiempo parece ir en esta dirección, del pasado hasta el presente y hasta el futuro ¿pero es así, en realidad, como lo experimenta conscientemente Samanta? En más de una ocasión los padres y madres que han perdido hijos nos narran la sensación de que han experimentado el tiempo presente como un recuerdo el resto de su vida, cuando experimentaron la emoción intensa de la pérdida, de la tristeza y que les hace sentirse en el presente y en el futuro de manera simultánea. La experiencia involucra el presente y el futuro porque viajan hacia adelante en sus

vidas biográficas. Experiencia que algunos autores denominan como “memoria presciente” (término utilizado en modelos computacionales de predicción de la inteligencia artificial) de modo que tienen la consciencia de la formación de la memoria, de la sensación de que recordarán este momento el resto de sus vidas.

Los recuerdos a largo plazo se mezclan con la formación de la memoria actual que construye una nueva memoria autobiográfica donde pasado y presente se entremezclan y en la que quien la experimenta tienen la sensación de continuidad hacia el futuro, como si se viviera un tiempo vivido en dos direcciones: del presente al pasado, y del presente al futuro. En este sentido los acontecimientos narrados por Samanta a consecuencia de la pandemia y de que uno de sus hijos tuviera que estar confinado, tras tener contacto con un compañero con covid19, propician que la habitación y objetos de su hijo fallecido adquieran un nuevo sentido y posibiliten su transformación para ser mediadores de nuevos significados de cambio, continuidad y trascendencia:

“Durante el año pasado, mi hijo Manuel, el más pequeño, tuvo que hacer cuarentena por ser contacto con un positivo, aunque él no tuvo Covid, y decidió pasar la cuarentena en la habitación de su hermano Francisco Javier, supongo que porque allí tenía una mesa donde estudiar y ver la calle y el mar, o porque se sentía más tranquilo allí.

Al peque le ha costado muchísimo aceptar la pérdida de su hermano, encerrado mucho tiempo en sí mismo, y fue el que más se resistía a esos cambios, posiblemente.

Cuando decidimos entre todos que ese cambio en su habitación había que hacerlo, se tiró realmente lo que estaba más deteriorado, pero los dos hermanos se encargaron de que toda la ropa y los libros de su hermano mayor que les sirviera, se conservaría y, los guardaron y los usan con un orgullo que no había visto nunca.”

Lo importante es la actitud y el significado dado al sufrimiento –hacia lo que son, hacen y sienten- las personas en duelo. Como el sufrimiento deja de ser sufrimiento, en cuanto se encuentra sentido al mismo, tal como puede serlo el sacrificio. Ello hace más valioso encontrar sentido a la palabra, a la vida, a estar dispuesto incluso a sufrir a condición de que ese sufrimiento tenga sentido. Descubrir el sentido de conservar y atesorar objetos que pertenecieron al ser querido no es encontrar el placer o evitar el dolor, sino configurar continuidades en un mundo de discontinuidades. Como si en la cercanía y en nuestros sueños, los objetos y espacios del ser querido se apaciguara el dolor, como si dicho contacto salvara nuestra vida para hacer desaparecer los dolores, lo insoportable y horrible de la ausencia. De modo que sucede tal como

refiere Gastón Bachelard (2000: 68) cuando plantea que “los sueños descienden a veces tan profundamente en un pasado indefinido, en un pasado libre de fechas, que los recuerdos precisos de la casa natal parecen desprenderse de nosotros. Esos sueños sorprenden nuestra ensoñación. Llegamos a dudar de haber vivido donde hemos vivido. Nuestro pasado está en otra parte y una irrealidad impregna los lugares y los tiempos. Parece que se ha permanecido en los limbos del ser. Y el poeta y el soñador se encuentran escribiendo páginas cuya meditación aprovecharía a un metafísico del ser. Una página de metafísica concreta que, cubriendo de sueños el recuerdo de una casa natal, nos introduce en los lugares mal definidos, mal situados del ser donde un asombro de estar nos sobrecoge tal como refiere William Goyen en “*La maison d'haleine*” (“La casa del aliento”):

“Pensar que se pueda venir al mundo en un lugar que en un principio no sabríamos nombrar siquiera, que se ve por primera vez y que, en este lugar anónimo, desconocido, se pueda crecer, circular hasta que se conozca su nombre, se pronuncie con amor, se le llame hogar, se hundan en él las raíces, se alberguen nuestros amores, hasta el punto que, cada vez que hablamos de él, lo hagamos como los amantes, encantos nostálgicos, y poemas desbordantes de deseo.”

El terreno donde el azar sembró la planta humana no era nada. Y sobre ese fondo de la nada crecen los valores humanos. Al contrario, si más allá de los recuerdos se llega al fondo de los sueños, en ese antecedente de la memoria, parece que la nada acaricia al ser, penetra el ser, desata dulcemente los lazos del ser. Nos preguntamos: ¿lo que fue, ha sido? ¿Los hechos tuvieron el valor que les presta la memoria? La memoria lejana sólo los recuerda dándoles un valor, una aureola de felicidad. Borrado el valor, los hechos ya no se quieren. ¿Es que han sido? Una irrealidad se filtra en la realidad de los recuerdos que están en la frontera de nuestra historia personal y de una prehistoria indefinida en el punto precisamente en que la casa natal, después de nosotros viene a nacer en nosotros. Porque antes de nosotros -Goyen nos lo hace comprender- era bien anónima. Era un lugar perdido en el mundo. Así, en el umbral de nuestro espacio antes de la era de nuestro tiempo, reina un temblor de cosas de ser y de pérdidas de ser” (Gastón Bachelard, 2000:68).

CONCLUSIONES

La memoria es más que un registro del pasado, es también una plantilla para el registro del futuro imaginado, un lugar donde se encuentran las cosas inolvidables, inolvidables para nosotros y para quienes legaremos nuestros tesoros, los del hijo fallecido. Un lugar donde

presente, pasado y futuro se encuentran condensados cuales memorias de lo inmemorial. Donde futuro y pasado residen en el circuito de la memoria. Donde, conceptualmente, es más coherente desplazar lo que entendemos como el presente de toda idea de tiempo y, reasignarlo al concepto de la consciencia cuando lo analizamos desde el registro de los acontecimientos donde el presente es consciencia. Quizá de manera irónica vemos como el único lugar en el que el tiempo no existe es en el tiempo de la consciencia. Mientras, el pasado y el futuro son más parecidos a lo que consideramos tiempo, pero a la consciencia le pertenece el presente, por ello que el tiempo humano sólo puede ser entendido como una experiencia subjetiva del individuo, en la que el mismo da significado al presente al incluir en la memoria los sucesos pasados y las fantasías y las estrategias para los proyectos que vendrán y, que seguirán conectando a Samanta con su hijo permitiéndole dar forma a la dirección de los sucesos, incluso que están por venir, donde la memoria conservará los rostros de antaño abiertos más allá del antiguo recuerdo, en un espacio que no es el medio contextual dentro del cual las cosas están dispuestas, sino el medio gracias al cual es posible la disposición de las cosas.

BIBLIOGRAFÍA

- Bachelard, G. (2000). *La poética del espacio*. Buenos Aires: Fondo de la Cultura Económica.
- Klass, D., Silverman, P.R., & Nickman, S.L. (Eds.) (1996). *Continuing Bonds*. London/ New York: Routledge. Taylor & Francis Group.
- Klass, D., & Walter, T. (2001). Processes of Grieving: How Bonds are Continued. En Margaret S. Stroebe, Robert O. Hansson, Wolfgang Stroebe, and Henk Schut eds., *Handbook of Bereavement Research: Consequence, Coping, and Care*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Field, N.P., Gao, B., & Paderna, L. (2005). Continuing bonds in bereavement: an attachment theory based perspective. *Death Studies*, 29 (4), 277-299. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/07481180590923689>
- Field, N.P., Packman, W., Ronen, R., Pries, A., Davies, B., & Kramer, R. (2013). Type of continuing bonds expression and its comforting versus distressing nature: implications for adjustment among bereaved mothers. *Death Studies*. 37, 889-912. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/07481187.2012.692458>
- García-Hernández, A.M. (2008). Continuidad de lazos entre madres y padres y sus hijos fallecidos. Experiencia con padres participantes en un grupo de duelo. *Ene*, 3, 34-44.
- García-Hernández, A. M. (2010). *Vivir el duelo. La experiencia de perder un hijo*. Tenerife: Ediciones Idea.

- García-Hernández, A.M. (2017). Duelo y causalidad. *Cultura de los Cuidados*, 21(49). doi: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.49.06>
- García-Hernández, A. M. (2020). Continuidad de vínculos. El caso de estudio de Candelaria versus Tamara de causalidades significativas. *Majorensis*, 16,74-78.
- García-Hernández, A.M., Rodríguez, M., & Brito, P.R. (2016). Object repertoires that evoke memories for mothers and fathers who have lost children. Tenerife. Spain. *Majorensis*, 12, 12-21.
- García Hernández, A.M., Rodríguez Álvaro, M.B., Fernández Gutiérrez, P.R., Martínez Alberto, D.A., Carlos, E., & Marrero González, C.M. (2021). Duelo adaptativo, no adaptativo y continuidad de vínculos. *Ene*, 15(1), 1242. Recuperado de <http://ene-enfermeria.org>
- Goyen, W. (1922). *La maison d'haleine*. París: Gallimard.
- Hussein, H., & Oyerbode, J.R. (2009). Influences of religion and culture on continuing bonds in a sample of british muslims of pakistani origin. *Death Studies*, 33, 890–912. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/07481180903251554>
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Fenomenología de la percepción*. Madrid: Planeta Agostini.
- O'Keane, V. (2021). *El bazar de la memoria*. Madrid: Ediciones Siruela.
- Yu, W., He, L., Xu, W., Wang J., & Prigerson, H.G. (2016). How do attachment dimensions affect bereavement adjustment? A mediation model of continuingbonds. *Psychiatry Research*, 238, 93-99. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.030>

Percepciones de las enfermeras sobre la seguridad de medicamentos en los sistemas de salud

Nurses' perceptions of drug safety in health systems

Percepções de enfermeiros sobre segurança de medicamentos nos sistemas de saúde

Francisco Miguel Escandell Rico ¹, Lucía Pérez Fernández ², Juana Requena Puche ³, María Elena Ferrer Hernández ⁴, Ángela Sanjuan Quiles ⁵.

¹ Profesor de enfermería. Departamento de enfermería. Universidad de Alicante. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7888-8538>

² Coordinadora de enfermería. Centro de salud Almoradí. Departamento de salud de Orihuela. (Alicante). Correo electrónico: perez_lucfer@gva.es. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3123-884X>.

³ Directora médica. Hospital General Universitario de Elda. Departamento de salud de Elda. (Alicante). Correo electrónico: requena_jua@gva.es. Orcid: No disponible,.

⁴ Enfermera docencia. Hospital general Universitario de Elda. Departamento de salud de Elda. (Alicante). Correo electrónico: ferrer_ele@gva.es. Orcid: No disponible.

⁵ Profesora de enfermería. Departamento de enfermería. Universidad de Alicante. Alicante. Correo electrónico: angela.sanjuan@ua.es. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1992-3548>

Cómo citar este artículo en edición digital: Escandell-Rico, F.M., Pérez-Fernández, L., Requena Puche J., Ferrer Hernández M.E., & Sanjuán-Quiles, Á. (2022). Percepciones de las enfermeras sobre la seguridad de medicamentos en los sistemas de salud. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 26(63). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2022.63.02>

Correo electrónico de contacto: francisco.escandell@ua.es

Correspondencia: Departamento de enfermería. Universidad de Alicante. Alicante CP 03080 (España).

Recibido: 23/12/2021 Aceptado: 18/02/2022



ABSTRACT

Objective: To know the nurses' perception of the factors that influence the safe administration of medications in the work context of the General University Hospital of Elda (Alicante), Spain. Method: This is a qualitative phenomenological study through interviews

semi-structured in which 15 nurses chosen by deliberate sampling participated. Results: The participants expressed concern about the performance of the medication administration procedures, which made it possible to perceive safety as the greatest concern in the study unit. A main category called “knowing” was established, which encompasses all the reflections about the nurse's performance during the medication administration process. The following subcategories are developed from this main category: work overload, insufficient training, distractions, and communication and information failures. Conclusion: Knowing the nurses' perception of the factors that influence the safe administration of medications could facilitate the use of instruments to standardize and reduce variability in the safe administration of medications. As well as improving conditions in work environments and not favoring social, personal and professional stigmatization due to care error.

Keywords: Nurse; error; medicine; safety.

RESUMEN

Objetivo: Conocer la percepción de las enfermeras sobre los factores que influyen en la administración segura de medicamentos en el contexto laboral del Hospital General Universitario de Elda (Alicante), España. **Método:** Se trata de un estudio cualitativo fenomenológico mediante entrevistas semi-estructuradas en donde participaron 15 enfermeras elegidas por muestreo intencionado. **Resultados:** Las participantes manifestaron preocupación ante la realización de los procedimientos de administración de medicamentos, lo que permitió percibir la seguridad como la mayor preocupación en la unidad de estudio. Se estableció una principal categoría denominada “conocer” que engloba todas las reflexiones acerca de la actuación de la enfermera durante el proceso administración de medicamentos. A partir de esta categoría principal se desarrollan las siguientes subcategorías: sobrecarga de trabajo, formación insuficiente, distracciones y fallos de comunicación e información. **Conclusión:** Conocer la percepción de las enfermeras sobre los factores que influyen en la administración segura de medicamentos nos podría facilitar el uso de instrumentos para estandarizar y disminuir la variabilidad en la administración segura de medicamentos. Así como mejorar las condiciones en los entornos laborales y no favorecer la estigmatización social, personal y profesional por el error asistencial.

Palabras clave: Enfermera; error; medicamento; seguridad.

RESUMO

Objetivo: Conhecer a percepção dos enfermeiros sobre os fatores que influenciam a administração segura de medicamentos no contexto de trabalho do Hospital Geral Universitário de Elda (Alicante), Espanha. **Método:** trata-se de um estudo qualitativo fenomenológico por meio de entrevistas semiestruturadas no qual participaram 15 enfermeiras escolhidas por amostragem deliberada. **Resultados:** Os participantes expressaram preocupação com a realização dos procedimentos de administração de medicamentos, o que possibilitou perceber a segurança como a maior preocupação na unidade de estudo. Foi estabelecida uma categoria principal denominada “saber”, que engloba todas as reflexões sobre a atuação do enfermeiro durante o processo de administração de medicamentos. As seguintes subcategorias são desenvolvidas a partir desta categoria principal: sobrecarga de trabalho, treinamento insuficiente, distrações e falhas de comunicação e informação. **Conclusão:** Conhecer a percepção dos enfermeiros sobre os fatores que influenciam na administração segura de medicamentos pode facilitar a utilização de instrumentos para padronizar e reduzir a variabilidade na administração segura de medicamentos. Além de melhorar as condições nos ambientes de trabalho e não favorecer a estigmatização social, pessoal e profissional por erro assistencial.

Palavras-chave: Enfermeiro; erro; medicamento; segurança.

INTRODUCCIÓN

La calidad asistencial es un elemento prioritario en la asistencia sanitaria, siendo una de sus dimensiones más importantes la seguridad del paciente (Raban et al., 2014). Es por ello que, de acuerdo con Pumar et al. (2014), se deben de realizar intervenciones educativas de forma continua y realizar un feedback/retroalimentación para describir los conocimientos y mejorar la administración segura de medicamentos. Actualmente existen pocas investigaciones basadas en intervenciones con los propios profesionales (Yang et al., 2021).

Un sistema sanitario sostenible debe de ser un sistema seguro (Benavides et al., 2018). Según manifiesta la Alianza Internacional para la Seguridad de los Pacientes, los errores o los eventos adversos suponen grandes pérdidas económicas para el sistema de salud y en ocasiones y no menos importante un aumento de la mortalidad (Mansour et al., 2012). Los errores en el proceso de administración segura de medicamentos son el resultado de multitud de factores, incluido el error humano y las características del sistema, tales como: la disponibilidad de recursos, sobrecarga asistencial, políticas organizacionales, tipología de los procedimientos, distracciones y elevada ansiedad en los profesionales (Hutchinson et al., 2020).

A nivel mundial diversos países como Estados Unidos, Inglaterra, Irlanda, Australia, Canadá, España, Nueva Zelanda y Suecia pusieron en el punto de mira el tema de la seguridad de los pacientes (Slawomirski, Auraaen, & Klazinga, 2017). Se estimó que uno de cada 10 pacientes sufría daños mientras recibía atención hospitalaria y que el 15% del total de la actividad y el gasto hospitalario eran un resultado directo de eventos adversos (Slawomirski et al., 2017). Diferentes estudios realizados en Canadá (Tannenbaum et al., 2017) y en los Estados Unidos (Tannenbaum et al., 2014), destacaron que la mayoría de los eventos adversos en los hospitales estaban relacionados con la administración de medicamentos y sus combinaciones. De hecho, en 2017 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció la seguridad en la administración de los medicamentos como el próximo desafío mundial para la seguridad del paciente (Aziz, 2017).

En consecuencia, los errores de administración de medicamentos son difíciles de prevenir antes de que lleguen al paciente y deben de ser notificados a través de los diferentes registros de notificación de eventos adversos, porque pueden tener consecuencias adversas en términos de morbi-mortalidad (Hohenhaus et al., 2008; Xu et al., 2014; Thomas et al., 2019; Thomas et al., 2020).

Cuando existe un entorno complejo, los errores son una combinación de factores que determinan: fallos latentes (organización, gestión y gasto sanitario), condiciones de trabajo (sobrecarga de trabajo, indefinición de tareas, formación insuficiente, supervisión insuficiente de tareas, fallos de comunicación, recursos obsoletos e insuficiente estandarización de procesos) y fallos en la actividad (omisión, distracciones...) (Armstrong et al., 2017; Westbrook et al. 2019; Naureckas et al., 2020). A través de un apoyo directo y continuado, las enfermeras desarrollan competencias que garantizan la seguridad del paciente, por lo tanto, este estudio tiene como objetivo conocer su percepción sobre los factores que influyen en la administración segura de medicamentos en el contexto laboral del Hospital General Universitario de Elda (Alicante), España.

MÉTODO

Se trata de un estudio cualitativo de tipo fenomenológico realizado en el Hospital General Universitario de Elda (Alicante, España). La enfermera profesional tiene que conocer las dimensiones de la vida personal para detectar experiencias significativas, así como su relación con las experiencias en torno al tema de interés y de este modo poder buscar relaciones entre persona como globalidad y cada experiencia en su particularidad (Mendieta et al., 2015). También tiene que basar su cuidado en entender lo que las personas sienten o piensan cuando están frente a un evento que desestabiliza su vida cotidiana (Trejo, 2012). Lo que coincide con el objetivo principal de nuestra investigación y de ahí que hayamos decidido que este sería nuestro método de estudio, al describir cómo los fenómenos específicos de interés son vividos y experimentados por los individuos, centrándose en la comprensión de lo que una experiencia puede representar dentro del contexto de vida de las personas, lo que es denominado como “capturando la experiencia vivida” (Campos et al., 2011).

Las participantes del estudio fueron 15 enfermeras generalistas que trabajaban en servicios médicos y quirúrgicos. Con experiencia superior a dos años en la unidad y tener un contrato actual superior a 12 meses. Se excluyeron las enfermeras que expresaron de forma explícita no querer participar o no firmar el consentimiento informado. Se empleó un tipo de muestreo intencionado.

La recolección de los datos se llevó a cabo entre los meses de septiembre 2018 a marzo 2019, en el Hospital General Universitario de Elda (Alicante, España), a través de una entrevista semiestructurada. Las sesiones tuvieron una duración entre 30 y 60 minutos, grabadas y transcritas de manera textual por el equipo investigador. Se llevó a cabo en salas habilitadas en

el lugar de trabajo de los participantes, con el objeto de facilitar su asistencia. Se realizó individualmente, en un ambiente privado, previa firma del consentimiento informado (Anexo 1) y la hoja informativa del estudio. Se estableció un guion de preguntas para garantizar en todo momento la recogida de toda la información necesaria para conseguir el objetivo del estudio.

Para ampliar la perspectiva y la profundidad del estudio se utilizó la triangulación de investigadores, implicando varios investigadores para analizar los datos y las conclusiones obtenidas (Happ et al., 2006; Flemming, 2007). Para el análisis de los datos, se empleó la propuesta de análisis de la fenomenología interpretativa, con seis pasos: lectura y relectura, análisis de contenido, temas emergentes, conexiones a través de los temas, interconexiones a través de las entrevistas y búsqueda de patrones comunes (Smith, 2008).

Se obtuvo la aprobación del estudio por el Comité de Ética en Investigación del Hospital General Universitario de Elda (código ADMED 1.0). En el procesamiento de los datos y estrategias de análisis se respetó la confidencialidad de los participantes, donde para proteger su identidad y favorecer su participación se usaron códigos alfanuméricos: ADMENF 001, ADMENF 002...

RESULTADOS

Del total de los 15 participantes, 12 fueron mujeres y 3 hombres; la edad media fue de 36 años (DE 5,86); la media en años desde que acabaron los estudios fue de 16.09 (DE 6,15) con una antigüedad asistencial media de 10.81(DE 4,27) años. Ateniéndonos a la unidad de cuidados en el que trabajan, un 60% corresponde a unidades médicas y un 40% a quirúrgicas. Es de destacar que la muestra mantiene similares porcentajes a la totalidad de la platilla por sexos (75% son mujeres y el 25% son hombres).

Siguiendo un método fenomenológico, la información fue recopilada, a través de una entrevista, utilizando un cuestionario con 5 preguntas abiertas (anexo 2). Se establece una principal categoría denominada “conocer” que engloba todas las reflexiones acerca de la actuación de la enfermera durante el proceso administración de medicamentos. Hace referencia a la percepción de la seguridad una vez la enfermera ya se encuentra dentro del contexto de trabajo donde ha de proceder a realizar diferentes procedimientos al paciente. Estos procedimientos entrañan ciertos riesgos para el usuario si no se realiza una praxis correcta y segura. Es evidente, que los errores en la práctica asistencial conllevan un riesgo para la seguridad del paciente, por lo que una actuación correcta y el miedo al error están presentes en la enfermera una vez se

encuentra trabajando en el contexto profesional. Las enfermeras manifiestan preocupación ante la realización de los procedimientos de administración de medicamentos, siendo su mayor preocupación el no realizarlo de forma segura. Así pues, las enfermeras son conscientes de que cometer un error de administración puede conllevar, incluso, a provocar la muerte en un paciente. Las enfermeras consideran importante conocer las reglas o normas en la administración segura de medicamentos, aprender de los mismos y además de saber actuar con prudencia.

A partir de esta categoría principal se desarrollan las siguientes subcategorías: momento en el registro de la medicación, hora indicada de la administración, comunicación, falta de conocimientos, demanda de formación.

Cuando les preguntamos a los participantes, en el estudio, entre los diferentes momentos (antes /durante/ después) de registrar las prescripciones médicas, destacan de forma mayoritaria el registro después de la administración.

“...los momentos en que se registran las prescripciones de enfermería sirven para monitorizar a los pacientes, son una parte de la historia clínica, para poder seguir con la continuidad y que quede plasmado mi trabajo, ...” (ADMENF 003).

“...mediante los registros, evidencias sobre: el tratamiento prescrito y administrado, el paciente, la hora, la vía, la dosis y el medicamento correcto. Porque a veces no registras a pie de cama y te entra la duda y tienes que llamar, a la colega que salió de turno...” (ADMENF 001).

“...los registros son útiles para todo el equipo de salud, porque sirven para ver la continuidad, cambios de tratamientos o de vías de administración. No se hace a la hora correcta ni durante el transcurso por la sobrecarga asistencial y las interrupciones...” (ADMENF 007).

“...los médicos y farmacéuticos hacen uso de los registros para evaluar el seguimiento de los tratamientos, pero a pesar de estar digitalizado y formar parte de la historia clínica, nunca es a tiempo real el registro en la administración de medicamentos por parte de enfermería, a pesar de tener portátiles para facilitar el trabajo durante el transcurso de las funciones, en determinadas ocasiones lo registras y ves los cambios casi al final del turno...” (ADMENF 009).

En relación con administrar la medicación a la hora indicada, las enfermeras perciben que su principal limitación para realizar correctamente la administración de medicamentos a la hora indicada es la falta de tiempo por la demanda de procedimientos que realizan, la falta de personal y las interrupciones, por ello en ocasiones no ponen en práctica la reglas o normas de seguridad en la administración de medicamentos (paciente, dosis, vía, hora, medicamento).

“...no nos alcanza el tiempo para administrar todos los tratamientos a la hora indicada, en ocasiones por urgencias, interrupciones o elevada ratio de paciente/enfermera...” (ADMENF 011).

“...las siete o doce horas de turno, con los diferentes horarios de medicación y los diferentes cambios de tratamientos, solo administro a la hora indicada los pacientes del principio, el resto pueden llevar una demora de 1 hora, ...” (ADMENF 008).

“...Me reviso la medicación muchas veces antes de ponérselas al paciente. Pero casi siempre encuentro interrupciones y distracciones de pacientes, compañeros, familiares, ... todo ello hace que me retrase más y me sienta insegura, en ocasiones cuando acaba el turno me quedo pensando en este proceso y me surgen dudas,” (ADMENF 001).

Por otro lado, expresan la falta de comunicación entre los diferentes profesionales que intervienen en las diferentes pasos o fases del proceso que siguen para la administración de medicamentos. Desde la prescripción médica, la validación farmacéutica o la medicación de alto riesgo preparada en los servicios de farmacia.

“...cuando nos formaron, nos enseñaron la importancia de la seguridad, los errores y los canales de comunicación, pero en ocasiones es el paciente quien te informa de sus cambios de tratamiento...” (ADMENF 013).

“... ahora, con la tecnología, la historia y la firma digital, hay más exigencia para hacer correctamente las funciones de administración de medicamentos, además ante un reclamo o denuncia, si todos los registros de administración de medicamentos están bien hechos, son nuestro respaldo, por lo que una buena comunicación ente profesionales es importante para la calidad y seguridad del paciente, ...” (ADMENF 012).

“... a pesar de la digitalización existen situaciones de falta de comunicación con las ordenes verbales de tratamientos médicos, en ocasiones por urgencias o por despistes, pero todo ello se manifiesta de cara al paciente ante una falta de profesionalidad que en ocasiones acaba desencadenando en un error, ...” (ADMENF 009).

Algunas enfermeras nos hablan de escasos conocimientos en seguridad sobre errores en la medicación, métodos de administración de medicamentos y sistemas de notificación. En ocasiones no informan ni actúan correctamente por el miedo o desconocimiento.

“... son un respaldo ante cualquier situación de error, como por ejemplo cuando te equivocas de paciente en la administración de medicamentos, pero sabes cómo actuar, lo comunicas al médico, para la medicación, lo notificas e informas al paciente, ...” (ADMENF 015).

“...me gustaría que realizarán más formación en seguridad de errores, métodos de administración segura de medicamentos, sistemas de notificación y cómo actuar, ya que muchas veces por el desconocimiento y miedo no hacemos nada, ...” (ADMENF 004).

“...cuando cometes un error te das cuenta de que apenas tienes conocimientos de cómo actuar, incluso los registros de notificaciones de errores deberían ser más prácticos y seguros, ...” (ADMENF 014).

“...cometer un error con la medicación es una de las cosas que más miedo me da. Reviso varias veces toda la medicación, pero siempre me falta algo o me interrumpen...” (ADMENF 010).

“...Creo que es una de las funciones más importantes de enfermería. Cada día salen fármacos nuevos, estabilidades o interacciones. Esto para mi es una inseguridad constante y necesitamos más formación, ...” (ADMENF 005).

Durante las entrevistas, cuando llegamos a la cuestión en la que les preguntábamos por la información y evaluación del paciente, como uno de los últimos pasos del proceso de administración de medicamento, se extendieron mucho más en sus respuestas y manifestaban que estaba infravalorado, lo que podría llegar a generar temor en el profesional y desconfianza en el paciente.

“...compruebo si el paciente tiene alguna reacción alérgica y si ha hecho el efecto deseado...”
(ADMENF 007).

“...en la mayoría de las ocasiones no suelo informar al paciente y si lo hago de manera muy rápida, tenemos mucho trabajo, sí que me preocupo por las posibles reacciones alérgicas, ...”
(ADMENF 011).

“...siempre compruebo que el medicamento entro correctamente y pregunto cómo se encuentra, aunque no suelo informar de la duración ...” (ADMENF 008).

“...si presenta buen estado, si le ha dolido, si le molesta al administrarlo, en qué estado queda la vía periférica tras la administración...” (ADMENF 002).

“...si es intravenoso, que esté todo correcto, como que no hay flebitis. Si es un analgésico, pregunto al cabo de treinta minutos si ha sido efectivo, ...” (ADMENF 006).

DISCUSIÓN

Los hallazgos de esta investigación reflejan la importancia de los factores que influyen en la administración segura de medicamentos, en cada una de sus etapas y en sus relaciones entre profesionales y profesional-paciente. Su propósito es contribuir de forma positiva en la seguridad del paciente en todo el proceso.

Los significados de las vivencias están centrados en los factores que influyen en la administración segura de medicamentos y en sus consecuencias. La administración de medicamentos tiene mucho valor para la enfermera por las posibles consecuencias que pueda tener en el paciente y por ser una de las funciones que se desarrollan más veces a lo largo de la jornada laboral. De hecho, una de las mayores preocupaciones que presentan nuestras enfermeras es la falta de conocimientos y su posterior inseguridad. Temen la sobrecarga laboral, la acumulación de trabajo que requiere celeridad e interrupciones.

El factor que más les influye es el déficit de conocimientos sobre seguridad, sobre errores en la medicación y sistemas de notificación. Las entrevistadas a la hora de evaluar al paciente reconocen como lo más importante identificar las posibles reacciones alérgicas, extravasaciones o flebitis. Las enfermeras no diferencian entre la inseguridad y el miedo cuando hacen referencia a los conocimientos sobre la administración segura de medicamentos. Incluso acaban viendo

como un inconveniente la tecnología de la información con los portátiles, la digitalización de la historia clínica o los sistemas de notificación.

En los discursos recogidos se observa que la falta de conocimientos está relacionada con el error en la administración de fármacos. En los diferentes ámbitos y concretamente en el ámbito de la salud, cometer errores es parte de nuestra condición humana. Algunos errores no se pueden evitar, pero se pueden anticipar y resolver a lo largo del tiempo. *“No podemos cambiar la condición humana, pero sí podemos cambiar las condiciones en las que trabajamos para tener menos errores y una recuperación más fácil”* (James Reason, 2008). Dado que los factores que más influyen en la administración segura de la medicación están centrados en la administración de fármacos, en nuestro trabajo se propone mejorar los protocolos de administración segura (Escandell et al., 2021).

Las enfermeras, ponen de manifiesto la sobrecarga de trabajo como un factor negativo. Las cargas de trabajo excesivas van provocando progresivamente en el profesional: cansancio, bajo rendimiento, fatiga e insatisfacción laboral. Y todo ello contribuye al aumento de riesgo de cometer errores (De Oliveira, García, & Nogueira, 2016). Algunos autores (Johnson, 2017), han encontrado relación entre los errores de medicación y las cargas de trabajo excesivas. Mahmood et al. (2011) muestra que en un 70,2%, la causa de error de medicación en pacientes agudos fue la sobrecarga.

Al reflexionar sobre las razones más importantes de cometer un error, las enfermeras destacan la importancia el proceso de información y el miedo a las consecuencias de informar sobre un error de medicación. El impacto emocional del error podría abarcar diferentes ámbitos: ante la administración generaría temor, con los compañeros “¿qué pensarán de mí?”, la pérdida de reputación de cara a los pacientes y la sensación culpa, falta de confianza, pérdida de autoestima, miedo y negación hacia uno mismo (Kavanagh, Donnelly, 2020). Además, se identificó al igual que en el estudio de Mansouri et al. (2014) que el miedo a informar del error y el propio proceso de información son las barreras más importantes para la notificación de los errores. En nuestro estudio se confirma que los participantes más jóvenes son los que más miedo tienen a contar si alguna vez se han equivocado.

Los participantes informan de la necesidad de adoptar medidas eficaces que favorezcan entornos seguros, analizando tanto factores personales (capacidad, habilidad, conocimiento, competencia) como laborales que pueden contribuir al error (cargas, turnicidad, interrupciones, introducción de tecnologías que eviten la posibilidad de error). La cultura de la organización es

uno de los factores más difíciles de cambiar, la mayor parte de los errores, según describen en sus relatos no se registran, a pesar de tener, al igual que en otros estudios, sistemas de registro que mantienen la confidencialidad (Huckels-Baumgart et al., 2021). Pensamos que esto se podría deber a la cultura punitiva y estigmatizadora a nivel social, profesional y personal.

Nuestro estudio pone de manifiesto que es necesario acreditar y reacreditar las competencias profesionales de las enfermeras para llevar a cabo el proceso de la medicación. Este hecho es común entre los profesionales de servicios especializados de otros ámbitos como cuidados intensivos, urgencias, emergencias, pero no lo es, para enfermeras/os médicas o quirúrgicas generalistas. De este modo y según los datos analizados, en nuestro estudio podemos decir que, a mayor experiencia y competencia profesional manifiestan que sí que les da tiempo a administrar y registrar la medicación a la hora correcta. En la enfermería generalista, sería interesante tener en cuenta, el nivel de conocimientos en el servicio o en la especialidad en la que se está trabajando, ya que como se ha mostrado en varias investigaciones, el conocimiento puede proteger contra los errores de medicación (Bosma et al., 2020; Ekkens et al., 2021).

CONCLUSIÓN

A partir de este estudio, se identificaron los factores de riesgo para cometer un error asistencial en la práctica enfermera hospitalaria y su posible influencia por las características del trabajador y las condiciones de trabajo. El control en el mantenimiento adecuado de cargas de trabajo y la formación continuada en los cuidados específicos del servicio hospitalario podrían favorecer el grado de cumplimiento y seguridad del paciente.

Nuestro estudio podría aportar información en la elaboración de estrategias sobre el uso de instrumentos para estandarizar y disminuir la variabilidad en la administración segura de medicamentos. Mejorar las condiciones en los entornos laborales y no favorecer la estigmatización social, personal y profesional por el error, serían algunos de los determinantes a tener en cuenta para conocer y disminuir las tasas de error asistencial.

Finalmente es indispensable hacer conciencia en las enfermeras de la responsabilidad de cumplir con las normas en la administración de medicamentos y evitar con ello riesgos innecesarios a los pacientes que pueden en algunos casos ocasionar consecuencias graves.

BIBLIOGRAFÍA

- Amezcua, M., & Gálvez -Toro, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, 5(76), 423-436.
- Armstrong, G. E., Dietrich, M., Norman, L., Barnsteiner, J., & Mion, L. (2017). Nurses' Perceived Skills and Attitudes About Updated Safety Concepts: Impact on Medication Administration Errors and Practices. *Journal of Nursing care Quality*, 32(3), 226–233. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000226>.
- Aziz, S., Neelam, D., Edward, K., Marie, P. & Liam, J. (2017). El tercer reto mundial por la seguridad del paciente: reducir los daños causados por los medicamentos. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 95, 546-546. <http://doi.org/10.2471/BLT.17.198002>.
- Benavides, Fernando G, Delclós, Jordi, & Serra, Consol. (2018). Estado del bienestar y salud pública, una relación que debe ser actualizada. *Gaceta Sanitaria*, 32(2), 193-197. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.006>.
- Bosma, B. E., Hunfeld, N., Roobol-Meuwese, E., Dijkstra, T., Coenradie, S. M., Blenke, A., Bult, W., Melief, P., Dixhoorn, M. P., & van den Bemt, P. (2021). Voluntarily reported prescribing, monitoring and medication transfer errors in intensive care units in The Netherlands. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 43(1), 66–76. <https://doi.org/10.1007/s11096-020-01101-5>.
- Campos, P.P., Barbosa, M.M. y Fernández, F.G. (2011). El estudio de la Fenomenología como una vía de acceso a la mejora de los cuidados de enfermería. *Cultura de Cuidados*, 29, 9-15. Disponible en: <http://culturacuidados.ua.es/enfermeria/article/view/379/757>.
- De Oliveira, A. C., Garcia, P. C., & Nogueira, L. S. (2016). Nursing workload and occurrence of adverse events in intensive care: A systematic review. *Revista Da Escola De Enfermagem*, 50(4), 679-689.
- <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500020>.
- Ekkens, C. L., & Gordon, P. A. (2021). The mindful path to nursing accuracy: A quasi-experimental study on minimizing medication administration errors. *Holistic Nursing Practice*, 35(3), 115-122.
- <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000440>.
- Flemming K. (2007). The knowledge base for evidence-based nursing: a role for mixed methods research?. *ANS. Advances in nursing science*, 30(1), 41–51. <https://doi.org/10.1097/00012272-200701000-00005>
- Happ, M. B., Dabbs, A. D., Tate, J., Hricik, A., & Erlen, J. (2006). Exemplars of mixed methods data combination and analysis. *Nursing research*, 55(2), 43–49. <https://doi.org/10.1097/00006199-200603001-00008>
- Hohenhaus, S., Cadwell, S., Stone-Griffith, S., Sears-Russell, N., Baxter, T., Hicks, W., Maples, L., Kleja, K., (2008). Assessment of emergency nursing practice during critical pediatric medication administration in a simulated resuscitation using the “Color Coding Kids Hospital System”. *Advance Emergency Nursing*, 30 (3), 233–241. <https://doi.org/10.1097/01.tme.0000334375.44529.09>.

- Huckels-Baumgart, S., Baumgart, A., Buschmann, U., Schüpfer, G., & Manser, T. (2021). Separate medication preparation rooms reduce interruptions and medication errors in the hospital setting: A prospective observational study. *Journal of Patient Safety*, 17(3), 161-168.
- <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000335>.
- Hutchinson, A. M., Sales, A. E., Brotto, V., & Bucknall, T. K. (2015). Implementation of an audit with feedback knowledge translation intervention to promote medication error reporting in health care: a protocol. *Implementation science: IS*, 10, 70. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0260-y>.
- Johnson, M., Sanchez, P., Langdon, R., Manias, E., Levett-Jones, T., Weidemann, G., Aguilar, V., & Everett, B. (2017). The impact of interruptions on medication errors in hospitals: an observational study of nurses. *Journal of Nursing Management*, 25(7), 498–507. <https://doi.org/10.1111/jonm.12486>.
- Kavanagh, A., & Donnelly, J. (2020). A Lean Approach to Improve Medication Administration Safety by Reducing Distractions and Interruptions. *Journal of Nursing Care Quality*, 35(4), 58–62. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000473>.
- Mansour, M., James, V., Edgley, A. (2012). Investigating the safety of medication administration in adult critical care settings. *Nurse Critical Care*, 17, 189–197. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2012.00500.x>.
- Mansouri, A., Ahmadvand, A., Hadjibabaie, M., Javadi, M., Khoee, SH., Dastan, F et al. (2014). A review of medication errors in Iran: sources, underreporting reasons and preventive measures. *Iranian Journal of Pharmaceutical Research*, 13(1), 3-17.
- Mendieta, G., Ramírez, J., & Fuerte, J. (2015). La fenomenología desde la perspectiva hermenéutica de Heidegger: una propuesta metodológica para la salud pública. *Revista Facultad Nacional. Salud Pública*, 33, 435-443. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n3a14>
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2014). *Guía de buenas prácticas para la preparación de medicamentos en los servicios de farmacia hospitalaria*. Madrid: Ministerio de Sanidad. [Good practice guide for the preparation of drugs in hospital pharmacy services. Madrid: Ministry of Health]. [accessed on: December 28, 2018]. Available at: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/pdf/GuiaBPP3.pdf>.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2016). *Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Patient Safety Strategy of the National Health System. Period 2015-2020. Madrid: Ministry of Health, Social Services and Equality]. [Accessed on: July 9, 2019]. Available at: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>.
- Naureckas Li, C., Camargo, C. A., Jr, Faridi, M., Espinola, J. A., Hayes, B. D., Porter, S., Cohen, A., & Samuels-Kalow, M. (2020). Medication Education for Dosing Safety: A Randomized Controlled Trial. *Annals of Emergency Medicine*, 76(5), 637–645. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2020.07.007>.

- Pumar-Mendez, M., Atree, M., Wakefield, A. (2014). Methodological aspects in the assesment of safety culture in the hospital setting: A review of the literature. *Nurse Education Today*, 36, 162-170. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.08.008>.
- Raban, M.Z., & Westbrook, J.I. (2014). Are interventions to reduce interruptions and errors during medication administration effective? a systematic review. *British Medical Journal Quality Safety*, 23 (5), 414-421. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002118>.
- Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. (2017). *The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level*. Paris: OECD [Accesed on 15 November 2020]. Available at: <http://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf>.
- Smith, J. (2008). *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods*. Los Angeles, Calif.: SAGE Publications.
- Tannenbaum, C., Farrell, B., Shaw, J., Morgan, S., Trimble, J., Currie, J., Turner, J., Rochon, P., & Silvius, J. (2017). An Ecological Approach to Reducing Potentially Inappropriate Medication Use: *Canadian Deprescribing Network*. *Canadian Journal on aging = La revue canadienne du vieillissement*, 36(1), 97–107. <https://doi.org/10.1017/S0714980816000702>.
- Thomas, B., Paudyal, V., MacLure, K., Pallivalapila, A., McLay, J., El Kassem, W., Al Hail, M., & Stewart, D. (2019). Medication errors in hospitals in the Middle East: a systematic review of prevalence, nature, severity and contributory factors. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 75(9), 1269–1282. <https://doi.org/10.1007/s00228-019-02689-y>.
- Thomas, E. J., Studdert, D. M., Burstin, H. R., Orav, E. J., Zeena, T., Williams, E. J., Howard, K. M., Weiler, P. C., & Brennan, T. A. (2000). Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Medical Care*, 38(3), 261–271. <https://doi.org/10.1097/00005650-200003000-00003>.
- Trejo-Martínez, F. (2012). Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de enfermería. *Revista de Enfermería Neurológica*, 11(2), 98-101.
- [Accesed on: July 18, 2020]. Available at: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/eneu2012/ene122h.pdf>.
- Westbrook, J. I., Li, L., Shah, S., Lehnbohm, E. C., Prgomet, M., Schofield, B., Cresswell, K., Slee, A., Coleman, J. J., McCloughan, L., & Sheikh, A. (2019). A cross-country time and motion study to measure the impact of electronic medication management systems on the work of hospital pharmacists in Australia and England. *International Journal of Medical Informatics*, 129, 253–259. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2019.06.011>.
- Xu, C., Li, G., Ye, N., & Lu, Y. (2014). An intervention to improve inpatient medication management: a before and after study. *Journal of Nursing Management*, 22(3), 286–294. <https://doi.org/10.1111/jonm.12231>.
- Yang, B. K., Johantgen, M. E., Trinkoff, A. M., Idzik, S. R., Wince, J., & Tomlinson, C. (2021). State nurse practitioner practice regulations and U.S. health care delivery outcomes: A systematic review. *Medical Care Research and Review*, 78(3), 183-196. <https://doi.org/10.1177/1077558719901216>.

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

Título del estudio: Percepciones de las enfermeras sobre la seguridad de medicamentos en los sistemas de salud.

Código del protocolo: ADMED 1.0

Versión: V.1 fecha:

YO, D/Dña: _____

En relación al estudio arriba indicado:

- Se me ha propuesto participar.
- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio y mi participación.
- He recibido suficiente información, se me ha respondido convenientemente y lo he entendido.

Y he hablado con el investigador, D/Dña:

COMPRENDO:

- Que mi participación es voluntaria
- Que puedo retirarme del estudio:
 - 1º. Cuando quiera.
 - 2º. Sin tener que dar explicaciones.
 - 3º. Sin que esto repercuta en mis cuidados de enfermería.

Así, presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

En Elda, a ... de..... de

Firma del enfermero/a

Firma del investigador

ANEXO 2

ENTREVISTA

La presente entrevista tiene el propósito de **conocer la percepción de las enfermeras sobre los factores que influyen en la administración segura de medicamentos en el contexto laboral del Hospital General Universitario de Elda (Alicante), España.**

Esta entrevista es voluntaria y puede retirarse del estudio si así lo desea.

Agradezco su valiosa colaboración en este trabajo, cuyos resultados se darán a conocer para mejorar el proceso de la administración medicamentos bajo la seguridad del paciente y en ningún momento es con el fin de evaluación del desempeño profesional.

Fecha de la encuesta: __/__/____. Día/mes/año/

ENFERMERA/O _____ (a rellenar por el investigador)

Identificación del Enfermero entrevistado Género: H__M__

Edad: _____ años.

Universidad donde estudio Enfermería: _____ Promoción _____

Unidad de cuidados y especialidad:(ejemplo 3ª derecha) _____

Experiencia profesional _____ (meses trabajados en el Hospital de Elda)

- 1.- ¿En qué momento registra (antes /durante/ después) las prescripciones médicas?
- 2.- ¿La administración de medicamentos siempre se hace a la hora indicada?
- 3.- ¿Podría enunciar, según sus conocimientos, los pasos que sigue para la administración de medicamentos?
- 4.- ¿Utiliza usted algún método para la administración segura de medicamentos?
- 5.- ¿Una vez administrado el medicamento ¿qué evalúa del paciente?

Análisis reflexivo sobre las Vivencias de Padres con Niños que sufren Cáncer

Reflectional Analysis about Experiences of Parents with Children who suffer Cancer

Análisis Reflexivo sobre as Experiências dos Pais com Crianças que sofrem de Câncer

Cristo Manuel Marrero González¹

¹Enfermero en el Servicio Canario de la salud. Área de salud de Tenerife (España). Profesor sustituto en el Departamento de Enfermería de la Universidad de La Laguna. Doctor por la Universidad de La Laguna (España). Miembro del grupo de investigación de cuidados al final de la vida (CUFINVIDA) de la Universidad de La Laguna. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6202-2411>

Cómo citar este artículo en edición digital: Marrero-González, C.M. (2022). Análisis reflexivo sobre las Vivencias de Padres con Niños que sufren Cáncer. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 26(63).

Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2022.63.03>

Correo electrónico de contacto: cmmarrerogonzalez@gmail.com

Correspondencia: Calle Infante Juan Manuel 16, 38010. Santa Cruz de Tenerife. Tenerife

Recibido: 21/12/2021 Aceptado: 11/02/2022



ABSTRACT

Introduction: The diagnosis of a disease such as cancer in a child, supposes for the parents an experience of shock and impact. **Objectives:** to reflect, by means of a bibliographic search, on the experiences and feelings that parents with children suffering from cancer have, as well as how to improve the humanization of care and the usefulness of qualitative research. **Method:** after conducting a simple bibliographic search, a personal reflective essay is prepared based on the results of the articles consulted. **Development:** The parents present negative feelings such as daze, anxiety, anguish, fear or uncertainty since in general the word cancer is inevitably associated with loss. But in addition, parents also express feelings of hope throughout the disease process. The professional-parent-child relationship must be closer and more humanized, as well as not forgetting the wealth of qualitative methodology research. **Conclusions:** Parents observe that there are improvements in terms of treatment, sensitivity and communication that are given to them by the professionals. With the present document, importance is given to a humanized attention and care for both the child and the parents and that more qualitative research works are proposed that address this topic.

Key words: Cancer; parents; children; qualitative research.

RESUMEN

Introducción: El diagnóstico de una enfermedad como es el cáncer en un niño, supone para los padres una vivencia de choque y de impacto. **Objetivos:** reflexionar, mediante búsqueda bibliográfica, sobre las vivencias y sentimientos que tienen los padres con niños que sufren de cáncer, así también cómo mejorar la humanización de los cuidados y de la utilidad de la investigación cualitativa. **Método:** tras realizar una búsqueda simple bibliográfica, se elabora un ensayo reflexivo personal en base a los resultados de los artículos consultados. **Desarrollo del tema:** Los padres presentan sentimientos negativos como aturdimiento, ansiedad, angustia, temor o incertidumbre ya que por lo general la palabra cáncer se asocia inevitablemente a una pérdida. Pero además los padres también manifiestan tener sentimientos de esperanza durante todo el proceso de la enfermedad. La relación profesional-padre-niño, debe ser cercana y más humanizada además de no obviar la riqueza de la investigación de metodología cualitativa. **Conclusiones:** Los padres observan que existen mejoras en cuanto al trato, sensibilidad y comunicación que se les da por parte de los profesionales. Con el presente manuscrito, se da importancia a una atención y a un cuidado humanizado tanto para el niño como para los padres y de que se propongan más trabajos de investigación de corte cualitativo que aborden este tema.

Palabras clave: Cáncer; padres; niños; investigación cualitativa.

RESUMO

Introdução: O diagnóstico de uma doença como o câncer na criança supõe para os pais uma experiência de choque e impacto. **Objetivos:** refletir, por meio de levantamento bibliográfico, sobre as experiências e sentimentos vividos por pais de filhos com câncer, bem como melhorar a humanização do cuidado e a utilidade da pesquisa qualitativa. **Método:** após a realização de uma pesquisa bibliográfica simples, é elaborado um ensaio reflexivo pessoal com base nos resultados dos artigos consultados. **Desenvolvimento do tema:** Os pais apresentam sentimentos negativos como torpor, ansiedade, angústia, medo ou incerteza, pois em geral a palavra câncer está inevitavelmente associada à perda. Além disso, os pais também expressam sentimentos de esperança durante todo o processo de adoecimento. A relação profissional-pais-filho deve ser mais próxima e humanizada, não esquecendo a riqueza da pesquisa de metodologia qualitativa. **Conclusões:** Os pais observam que há melhorias em termos de tratamento, sensibilidade e comunicação que lhes são dispensadas pelos profissionais. Com este manuscrito, dá-se importância à atenção e cuidado humanizados tanto à criança quanto aos pais e que se propõem mais pesquisas qualitativas que abordem este tema.

Palavras-chave: Cancer; pais; crianças; pesquisa qualitativa.

INTRODUCCIÓN

En este documento trato de reflexionar sobre las vivencias y sentimientos que manifiestan los padres que se encuentran sufriendo por sus hijos que presentan cáncer, apoyándome en una búsqueda bibliográfica. Trato de ser un fiel defensor de lo que aportan las Humanidades a las Ciencias de la Salud y es por ello que no se pueden menospreciar los métodos de estudios y de investigación que nos aportan sus disciplinas, como puede ser la Fenomenología. Son situaciones complejas y arrolladoras para los padres y madres. Todo trasciende más allá del propio cuerpo en el que habitamos y el sufrimiento es algo complejo para el niño, la madre y el padre y el profesional sanitario.

Objetivos del presente ensayo reflexivo

Reflexionar, con apoyo de búsqueda bibliográfica, sobre las vivencias y sentimientos que presentan los padres con niños que sufren de cáncer.

Mostrar, con estudios ya realizados, la importancia del papel de los profesionales sanitarios de cara a mejorar la humanización del cuidado

Exponer la utilidad de la investigación cualitativa con el fin de generar conocimiento, para una práctica profesional más humanizada.

MÉTODO

Tras la realización de una búsqueda simple bibliográfica en castellano utilizando como palabras clave “cáncer”, “padres”, “niños” e “investigación cualitativa”, se analizaron los resultados de los artículos consultados. También se hizo, en menor medida, una búsqueda simple en inglés y en portugués. La búsqueda bibliográfica se realizó a través del buscador bibliográfico de la Universidad de La Laguna llamado “Punto Q”. En base a lo abordado en los estudios consultados, se construye este ensayo con un enfoque reflexivo y personal por parte del autor.

DESARROLLO DEL TEMA

Sentimientos y vivencias de los padres durante la enfermedad de sus hijos

El cáncer es identificado como una enfermedad temida. A pesar de que las consecuencias del cáncer en la infancia no son tan graves como en la edad adulta y los índices de superación de la enfermedad en la infancia son elevados, esta enfermedad se sigue percibiendo con temor (Melero Lacasia, 2016).

Nehmy et al (2011), destacan que con el diagnóstico de cáncer infantil surge el temor de la muerte: la posibilidad de perder al niño. Pese a que hoy día existen avances médicos y tecnológicos que aumentan las posibilidades de recuperación y superación de la enfermedad, el cáncer aún es hoy tratado como una maldición. Como algo invencible más allá de una simple enfermedad. En el caso de la leucemia, algunas madres tienen creencias de que podría ser causa de, por ejemplo, una anemia no bien tratada en el niño que terminó evolucionando a una leucemia. Esta creencia acarrea una vivencia de culpa por no tener bien cuidados a sus hijos. De haberles “fallado”.

Precisamente en su tesis doctoral, Melero Lacasia (2016), argumenta que el cáncer en la edad pediátrica no sólo repercute en la calidad de vida del propio niño sino también en la de todo el núcleo familiar. Los padres de niños que sufren cáncer, no se sienten preparados para afrontar un acontecimiento como es el del diagnóstico de una enfermedad oncológica en uno de sus hijos. Los progenitores presentan vivencias de impacto y de *shock* inicial, de sentimientos negativos de aturdimiento, de rabia, de miedo e incertidumbre ante un suceso que se percibe con temor hasta

que finalmente se adaptan a las difíciles necesidades que conlleva esta enfermedad en sus hijos. En la cultura china, recibir la noticia del diagnóstico de cáncer en un hijo también es vivido en forma de *shock* y de negación (Wong & Chan, 2006).

Chinchilla Salcedo (2013), coincide con Melero Lacasia (2016), en que los padres presentan sentimientos negativos frente a la enfermedad de su hijo que sufre cáncer y en que dichos sentimientos negativos no sólo afectan al niño, sino a todo el núcleo familiar. Al ser diagnosticado el niño con esta enfermedad, los padres presentan una no aceptación de la enfermedad al recibir la noticia del diagnóstico. Les cuesta entender por qué le ha tocado a su hijo la enfermedad. Los sentimientos negativos frente a la enfermedad son ansiedad, tristeza, angustia, temor, desilusión o impotencia. Además, refieren sentimientos de desesperanza que conllevan a sentir en los padres tristeza, soledad y desesperación. La autora además aporta que los padres pueden sentir falta de apoyo en los momentos más duros: algunos familiares cercanos al niño tienden a alejarse y a no dar apoyo afectivo, económico o social ya sea por miedo o porque les cuesta comprender la nueva situación. Los padres manifiestan que la falta de apoyo también se observa en los profesionales de la salud o de la docencia. La investigadora señala que la esperanza tiene un significado fundamental en la vida de los padres porque les permite ver oportunidades de seguir luchando, dentro de todo el duro proceso.

De hecho, Kamihara et al (2015), muestran que los padres con hijos que tienen cáncer avanzado con mal pronóstico mantienen sentimientos de esperanza relacionados con la curación de sus hijos, con su calidad de vida o con la prolongación de su vida pese a reconocer el mal pronóstico cayendo en la incongruencia de mantener la esperanza de curación y reconocer un mal pronóstico de la enfermedad. Con respecto a la cultura china, Wong y Chan (2006), exponen que tras el choque o impacto inicial que supone recibir la noticia del diagnóstico de cáncer en un hijo, los padres terminan por aceptar la nueva situación al comprender que ese es su destino y así lo han de afrontar. Dentro del proceso de la enfermedad de sus hijos, los padres consiguen tener sentimientos de esperanza.

Coincidiendo con anteriores trabajos citados, Cavichioli et al (2007), muestran que la comunicación del diagnóstico de cáncer en sus hijos trae intensas transformaciones a sus vidas que afectan tanto a la unidad familiar como a la relación con las otras personas. Incluso el período antes del diagnóstico es vivenciado en la familia con angustia porque se tiene el presentimiento de que algo malo va a ocurrir. Sin embargo, estos autores sostienen también que los padres durante esta etapa mantienen la esperanza de que sus peores temores no se tengan que cumplir. Grau et al (2010), indican que para los padres es muy duro poder informar a sus hijos de las posibles secuelas que puede acarrear su enfermedad.

Las madres se sienten solas y desamparadas para asumir la enfermedad de sus hijos en toda su dimensión, según Cacante y Arias Valencia, (2009). El desamparo se vive de forma más intensa cuando se está en el proceso de diagnóstico de la enfermedad y al buscar alternativas al tratamiento: las madres buscan y demandan más información, más acompañamiento y mayor orientación. Las madres expresan que la soledad y la falta de apoyo, les dificulta el poder salir adelante. Aún así, ellas no se quedan inmóviles ante la soledad y el desamparo: buscan ayuda y tratan de ejercer sus derechos dentro de las redes formales de apoyo (las instituciones sanitarias).

Espada y Grau (2012), analizan en un estudio de grupo focal qué estrategias de afrontamiento utilizan los padres para hacer frente a la enfermedad de sus hijos. Existen estrategias activas de afrontamiento como controlar el miedo, buscar información (los médicos son la principal fuente de información), buscar apoyo emocional entre sus amistades y profesionales sanitarios, tratar de desarrollar pensamientos positivos en el enfoque de la enfermedad de su hijo y tratar de participar en actividades que les distraigan tales como las de los payasos en el medio hospitalario. Entre las pasivas se encuentran la rumiación (focalización en pensamientos negativos), huida y evitación (evitar situaciones de contacto con padres que han perdido a un hijo. Los autores muestran que las madres son menos propensas a evitar estas situaciones.), y aislamiento social: las madres suelen presentarlo ante la muerte de un hijo propio o de otros niños.

Pese a que los padres sienten miedo, éstos no cesan en buscar ayuda e información como indican también Cavichioli et al (2007), coincidiendo con Espada y Grau (2012). En la tesis de Melero Lacasia (2016), se señala que los padres han manifestado percibir mitos y estereotipos negativos acerca de la enfermedad en su entorno social y consideran que son creencias negativas sobre la enfermedad que deberían abolirse.

En la investigación de Williams y McCarthy (2015), se muestra que las madres identifican que algunos efectos secundarios del tratamiento de cáncer con corticoesteroides en sus hijos son difíciles de manejar para ellas. Entre esos efectos secundarios se encuentran los problemas actitudinales y emocionales que presentan sus hijos como pueden ser que se muestren más irritados o agresivos, más melancólicos, o, incluso, más caprichosos. Esta afectación a nivel de actitud y a nivel emocional se limita al terreno del hogar familiar, no observándose dichos cambios fuera del entorno familiar. Las madres han de lidiar además con el aumento de apetito que tienen sus hijos, a causa del tratamiento con corticoesteroides, que demandan más ingestas de comidas y de forma caprichosa demandan alimentos en forma de dulces, golosinas, snacks o alimentos ricos en azúcares refinados. Las madres se encuentran preocupadas por la nutrición de sus hijos. Otro aspecto que observan en sus hijos, y que les preocupa, es la conciliación del

sueño en sus hijos a causa también de los efectos secundarios de los corticoesteroides. Aunque este problema es de los menos graves, según cuentan las madres entrevistadas.

La relación de padres y profesionales

Con respecto a cómo los padres perciben la atención sanitaria de sus hijos Davies et al (2017), indican que los padres encuentran problemas relacionados con la atención clínica que se les da a sus hijos, con el sistema sanitario y con las relaciones e interacciones con los médicos. Algunos de los problemas que perciben los padres relacionados con la atención sanitaria son el recibir información inadecuada o errores en la atención asistencial que reciben sus hijos por parte de los sanitarios. Como señalan estos autores, los sanitarios, las relaciones humanas o el sistema de salud no son perfectos. Dentro de la complejidad del contexto emocional del cuidado en el niño con cáncer, es inevitable que los padres no puedan experimentar los problemas que señalan. Para algunos padres, según la investigación de dichos autores, estos problemas condicionan su confianza con los profesionales sanitarios. En dicho artículo, los autores sostienen que los profesionales podrían apoyar de una mejor forma a los padres teniendo en cuenta la teoría del apego.

Grau et al (2010), describen que los padres desean que se les pueda brindar información clara y concisa ya que en muchas ocasiones reciben información inadecuada por parte de los médicos porque éstos utilizan un lenguaje muy técnico con ellos. Así pues, los médicos presentan dificultades para informar a los padres no sólo en el diagnóstico de la enfermedad sino también en todo el proceso de la misma. En algunas circunstancias son las enfermeras las que suplen la falta de información de los médicos. Los padres precisan de información clara y suficiente y que se les transmita con tacto. Valoran no solo la competencia profesional, sino además la calidad humana: los padres manifiestan la a veces falta de sensibilidad o de tacto que muestran médicos o enfermeras. Se viven situaciones de tensión cuando los padres observan que hay tardanza en el diagnóstico completo de la enfermedad o cuando se les atiende por un profesional sanitario novel que no presenta aún suficientes destrezas en técnicas o procedimientos.

En concreto Duarte et al (2012), reflexionan en los resultados de su investigación que por ejemplo la enfermería ha de continuar formándose en cuidados oncológicos para poder abordar de forma más activa las necesidades de los niños hospitalizados y de sus familias. Consideran que las enfermeras han de trabajar en pro de conseguir que las familias participen activamente en el cuidado del niño durante su hospitalización y en ofrecer un cuidado humanizado e integral, no sólo somático, biológico o técnico.

Klassen et al (2012), además muestran que el acceso a la información sobre la

enfermedad de sus hijos y a la médica es más complicado todavía cuando el niño y su familia son inmigrantes y pertenecen a una cultura e idioma diferente del país que les acoge. Aparte de otras dificultades, como pueden ser las financieras o la falta de apoyo emocional y social por no tener cerca a más familiares.

Melero Lacasia (2016), describe que médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería narran que existen problemas de comunicación dentro del equipo, que repercuten de forma negativa en el funcionamiento del equipo que pueden poner en peligro la seguridad del niño y crean conflictos entre el personal de la unidad y la familia. Por ello, se ha focalizar la atención sanitaria con el niño en el centro de la misma. De esa forma, los padres son capaces de expresarse, de pedir ayuda, de confiar y de sentir gratitud (Velasco et al, 2019).

Utilidad de la investigación cualitativa

Melero Lacasia (2016), expone que la metodología cualitativa es la idónea para explorar las experiencias humanas en profundidad como es el caso del tema que abordamos en este manuscrito. La investigación cualitativa permite abordar este tema de una forma multidimensional, ya que se pueden descubrir aspectos antes desconocidos que pueden condicionar la calidad de vida de los padres. De hecho, la autora expone en su tesis doctoral que es desaconsejable la investigación de carácter cuantitativo para poder abordar las vivencias de padres con niños que sufren cáncer. Espada y Grau (2012), señalan en su artículo que mediante la investigación cualitativa grupal se puede explorar cómo los padres afrontan el reto del cáncer en sus hijos y las estrategias que utilizan a través del análisis de sus discursos siendo de utilidad esta herramienta de estudio para profesionales en el ámbito educativo y sanitario para tratar de comprender a los padres. Así, Carreño et al (2019) reflexionan en su artículo de revisión sobre el duelo de padres en la pérdida de hijos con cáncer que es necesario ampliar los estudios e investigaciones en temas como la espiritualidad, el significado y los vínculos continuos.

En esto último, el grupo de investigación de cuidados al final de la vida de la Universidad de La Laguna, al cual pertenezco, lleva desarrollando investigaciones en significados y vínculos desde hace más de 15 años (García Hernández, 2010; García Hernández, 2017; García Hernández et al, 2021 & García Hernández et al, 2021). Es evidente, que hay aspectos del ser humano que no se pueden contabilizar o cuantificar: necesitamos herramientas de investigación constructivistas, como es la Fenomenología (Soto Núñez & Vargas Celis, 2017). No hay que obviar que cada ser humano pertenece a un grupo social en un entramado compuesto de signos, símbolos y significados llamado cultura que hay que tratar de describir de forma densa e interpretarlos. Como exponía Clifford Geertz (2003).

CONCLUSIONES

En el presente manuscrito se destaca que para los padres el hecho de que sus hijos sean diagnosticados con una enfermedad oncológica, supone una vivencia traumática e inesperada. Los padres no se sienten preparados para asumir inicialmente el diagnóstico de cáncer en sus hijos. Desde la vivencia de los padres, el diagnóstico es vivido con una sensación de *shock*, de impacto inicial con sentimientos de aturdimiento, rabia, miedo o incertidumbre. En general, en diferentes países o culturas, como la china, hay similitudes en estas vivencias al comienzo de la enfermedad en sus hijos.

El temor, la incertidumbre y la esperanza, son sentimientos característicos que presentan los padres en todo el proceso de la enfermedad. Especialmente el concepto de esperanza sería necesario abordarlo en futuras investigaciones de carácter cualitativo, ya que según se ha descrito es un sentimiento que se mantiene en los padres tras asumir el diagnóstico y que les hace continuar hacia adelante pese a la incertidumbre y pese al temor. La vivencia del temor y de la incertidumbre está presente en los padres. Los padres asocian inevitablemente la palabra cáncer con muerte y pueden darse en algunos casos vivencias de culpabilidad, de buscar causas a la enfermedad de sus hijos en razones místicas como son las maldiciones. Aunque también se ha indicado que los padres desean que los mitos y creencias negativas sobre el cáncer, se vayan aboliendo. La enfermedad supone para los padres y para toda la unidad familiar, un proceso duro de cambios y de resiliencia que afecta a su calidad y estilo de vida. No obstante, pese a sentir temor o miedo, los padres y madres afrontan la situación de sus hijos con estrategias de afrontamiento y con esperanza.

La soledad, desamparo o falta de apoyo, son algunas vivencias que también presentan los padres en todo el proceso de la enfermedad. Sienten que durante la atención clínica falta mucho tacto, información adecuada para poder comprender el estado de su hijo y una mejor comunicación entre profesionales y padres. No existe suficiente trato humanizado dentro de la atención clínica y dentro del sistema sanitario. A pesar de que el sistema no es perfecto, los padres describen que se les puede ofrecer un trato más sensible en esta etapa de sus vidas: no sólo valoran los conocimientos o competencia profesional, sino también la calidez humana. El apoyo por parte de los profesionales y de la institución sanitaria que les atiende, además de los apoyos informales por parte de familiares o amistades, es un recurso imprescindible para los padres en este momento.

Algunos de los problemas que sufren los niños con el tratamiento están relacionados con los cambios constantes en su carácter, en la alimentación o en la privación de sueño. Efectos

secundarios del tratamiento con corticoides y que los propios padres han de tener que lidiar con ellos. La formación de los profesionales y el buen funcionamiento del equipo asistencial desde la auxiliar de enfermería, pasando por la enfermera hasta el médico son fundamentales para ofrecer una atención de calidad y humanizada teniendo en cuenta las necesidades de los padres del niño enfermo. Que los padres se sientan apoyados y sean partícipes dentro de la atención que se le da al paciente pediátrico con cáncer, es algo que se ha de ir trabajando. Se ha de tratar de seguir cambiando el modelo asistencial para adaptarlo a un cuidado holístico, tanto del niño como de los padres. La atención integral ha de prestar atención también a los niños que procedan de familias inmigrantes, teniendo en cuenta los cuidados transculturales y desarrollar una competencia cultural (Lillo y Casabona, 2006; Spector, 2016).

La investigación cualitativa, por tanto, se muestra como una herramienta esencial para comprender las vivencias y necesidades de atención y cuidados tanto del niño como de los padres. Da la oportunidad de conocer de forma multidimensional qué afecta en mayor o en menor medida al niño y a los padres en cada institución sanitaria. Con métodos estadísticos sería más difícil de llegar a descubrir, tal como ha sucedido en algunos estudios con el concepto de esperanza.

Con el presente manuscrito se ha pretendido poner de manifiesto, algunas de las muchas necesidades que presentan los padres en momentos tan duros como es el del diagnóstico de cáncer en sus hijos. Se anima a futuros investigadores continuar estudiando a nivel cualitativo, las vivencias de los padres en España como ha hecho Melero Lacasia (2016). Enfermería ha de recobrar el protagonismo de la humanización de los cuidados en España, como una seña de identidad de la profesión.

BIBLIOGRAFÍA

- Cacante, J. V., & Arias Valencia, M. M. (2009). Tocar los Corazones en busca de Apoyo: el Caso de las Familias de los Niños con Cáncer. *Investigación y Educación en Enfermería*, 27(2),170-180.
- Carreño-Moreno, S., Chaparro-Díaz, L., Carrillo, G. M., & Gómez-Ramírez, O. J. (2019). Duelo en el Cuidador del Niño Fallecido por Cáncer: Revisión Exploratoria. *Duazary*, 16(2), 281–294. doi: <https://doi.org/10.21676/2389783X.2755>
- Cavicchioli, A. C., Menossi, M. J., & de Lima, R. A. G. (2007). Câncer Infantil: o Itinerário Diagnóstico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(5), 1025-1032. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000500022>
- Chinchilla-Salcedo, T. C. (2013). ¿Qué Significa la Esperanza en Padres de Hijos con Cáncer? *Aquichan*, 13(2), 216-225.

- Davies, S., Salmon, P., & Young, B. (2017). When trust is Threatened: Qualitative Study of Parents' Perspectives on Problematic Clinical Relationships in Child Cancer Care. *Psycho-oncology*, 26(9), 1301–1306. doi: <https://doi.org/10.1002/pon.4454>
- Duarte, M. D. L. C., Zanini, L. N., & Nedel, M. N. B. (2012). O Cotidiano dos Pais de Crianças com Câncer e Hospitalizadas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(3), 111-118. doi: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000300015>
- Espada Barón, M. D. & Grau Rubio, C. (2012). Estrategias de Afrontamiento en Padres de niños con cáncer. *Psicooncología*, 9(1), 25-40. doi: https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2012.v9.n1.39136
- García Hernández, A. M. (2010). *El Significado de Perder un Hijo: la Construcción Discursiva del Duelo de Padres y Madres* (Tesis doctoral, Universidad de La Laguna). Recuperado de <https://riull.uil.es/xmlui/handle/915/9788>
- García Hernández, A.M. (2017). El Grupo de Investigación de la Universidad de La Laguna. Cuidados al final de la vida. *Ene*, 11(2). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2017000200006&lng=es&tlng=es.
- García Hernández, A. M., Rodríguez Álvaro, M., Brito Brito, P. R., Fernández Gutiérrez, D. Á., Martínez Alberto, C. E., & Marrero González, C. M. (2021). Duelo Adaptativo, No Adaptativo y Continuidad de Vínculos. *Revista Ene de Enfermería*, 15(1). Recuperado de <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1242/maladaptivegrieving#>
- García Hernández, A., Brito Brito, P., Rodríguez Álvaro, M., Gutiérrez Fernández, D., Marrero González, C., Martínez Alberto, C., & Martínez Esquivel, D. (2021). Adaptación al Español y Validación de la Escala de Continuidad de Vínculos (ECV) con el Ser Querido Fallecido. *Cultura de los Cuidados*, 25(60), 265-289.
- Geertz, C. (2003). *La Interpretación de las Culturas*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Grau, C., Espada, M.C., & Fortes, M.C. (2010). Relaciones Padres-Médicos en Oncología: un Enfoque Cualitativo. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(3), 277-285.
- Kamihara, J., Nyborn, J. A., Olcese, M. E., Nickerson, T., & Mack, J. W. (2015). Parental Hope for Children with Advanced Cancer. *Pediatrics*, 135(5), 868-874. doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2014-2855>
- Klassen, A. F., Gulati, S., Watt, L., Banerjee, A. T., Sung, L., Klaassen, R. J., Dix, D., Poursalami, I. M., & Shaw, N. (2012). Immigrant to Canada, Newcomer to Childhood Cancer: a Qualitative Study of Challenges faced by Immigrant Parents. *Psycho-oncology*, 21(5), 558–562. doi: <https://doi.org/10.1002/pon.1963>
- Lillo, M., & Casabona, I. (2006). Fenómenos Migratorios, Competencia Cultural y Cuidados de Salud. *Cultura de los cuidados*, 10(20), 87-91. doi: <https://doi.org/10.14198/cuid.2006.20.12>

- Melero Lacasia, A. (2016). *Calidad de Vida de los Padres en el Contexto de la Enfermedad Oncológica Infantil* (Tesis doctoral). Pamplona: Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Pública de Navarra. Recuperado de <https://academica-e.unavarra.es/xmlui/handle/2454/23779>
- Nehmy, R. M. Q., Mota, J. A. C., Brito, A. C., & Oliveira, B. M. D. (2011). A perspectiva dos pais sobre a Obtenção do Diagnóstico de Leucemia Linfóide Aguda em Crianças e Adolescentes: uma Experiência no Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*, *11*(3), 293-299. doi: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292011000300010>
- Soto Núñez, C., & Vargas Celis, I. (2017). La Fenomenología de Husserl y Heidegger. *Cultura de los Cuidados*, *21*(48), 43-50. doi: <https://doi.org/10.14198/cuid.2017.48.05>
- Spector, R. (2016). Cultural Competence. *Cultura de los Cuidados*, *0*(44), 9-14. doi: <https://doi.org/10.14198/cuid.2016.44.01>
- Velasco, C., Bengoechea, C., & López-Ibor, B. (2019). Afrontamiento y Bienestar Psicológico en Padres de Niños y Adolescentes con Cáncer durante el Tratamiento. *Psicooncología*, *16*(2), 227-249. doi: <https://doi.org/10.5209/psic.65589>
- Williams, L. K., & McCarthy, M. C. (2015). Parent perceptions of managing child behavioural side-effects of cancer treatment: a qualitative study. *Child: care, health and development*, *41*(4), 611-619. doi: <https://doi.org/10.1111/cch.12188>
- Wong, M. Y. F., & Chan, S. W. C. (2006). The Qualitative Experience of Chinese Parents with Children Diagnosed of Cancer. *Journal of Clinical Nursing*, *15*(6), 710-717. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01297.x>

La enfermera Genene Jones: El rol de ángel de la muerte en la obra *Misery* de Stephen King

Nurse Genene Jones: The Role of the Angel of Death in Stephen King's Misery

Enfermeira Genene Jones: O papel de anjo da morte na *Miséry* de Stephen King.

**Jose Rodriguez Montejano¹, Mercedes Dios-Aguado², Sagrario Gomez-Cantarino, M^a.
Angustias Torres Alaminos, M^a. Jesús Bocos Reglero, Paulo J Pina Queirós**

¹Facultad de Fisioterapia y Enfermería, Universidad de Castilla-La Mancha. Campus de Toledo (UCLM). Correo electrónico: Jose.Rodriguez7@alu.uclm.es. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8729-2768>.

²Atención Primaria. Toledo. Centro Salud Yepes. SESCAM. Correo electrónico: mded@sescam.jccm.es. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9961-072X>.

³Universidad de Castilla - La Mancha. Campus Toledo. Correo electrónico: sagrario.gomez@uclm.es Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9640-0409>.

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

⁵Facultad de Fisioterapia y Enfermería, Universidad de Castilla-La Mancha. Campus de Toledo. Correo electrónico: chusmatin@yahoo.es Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3288-7796>.

⁶Escola Superior Enfermagem, Coimbra. ,Portugal. Correo electrónico: pauloqueiros@esenfc.pt. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1817-612X>.

Cómo citar este artículo en edición digital: Rodriguez-Montejano, J., Dios-Aguado, M., Gomez-Cantarino, S., Torres-Alaminos, M^a.A., Bocos-Reglero, M^a. J., & Pina Queirós, P.J. (2022). La enfermera Genene Jones: El rol de ángel de la muerte en la obra *Misery* de Stephen King. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 26(63). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2022.63.04>

Correo electrónico de contacto: Jose.Rodriguez7@alu.uclm.es

Correspondencia: Facultad de Fisioterapia y Enfermería, Universidad de Castilla-La Mancha. Campus de Toledo (UCLM)

ABSTRACT

With the sublime emotional description that Stephen King achieves of the main characters in *Misery*, the writer manages to delve into the world of affections and feelings, exploring the art of care and its negative aspects. He manages to delve into the figure of the nurse Genene Jones, representative of the role of the angel of death, making visible theories that frame these typologies and their acts. **Objective:** to describe the behaviours, experiences, beliefs and values set out by Stephen King in the story "Misery" (1987). **Methodology:** Phenomenological-historical study with an exploratory approach in narrative and secondary sources of the events that took place in the period between 1950-1990. **Results:** The piece is a masterful analysis of Genene Jones' nursing practice. It also reflects the transformation from the role of an angel of death, carried out by a health professional, to become a serial killer. **Conclusion:** The study of the horror literature allows the study of the nursing role to deepen and increase the knowledge of the nursing role, both for health professionals and nursing students and the general population.

Keywords: Genene Jones; horror narrative; attitude to health; nursing theories.

RESUMEN

Con la sublime descripción emocional que Stephen King logra de los protagonistas de *Misery*, el escritor consigue profundizar en el mundo de las afecciones y los sentimientos, explorando el arte del cuidado y sus aspectos negativos. Consigue ahondar en la figura de la enfermera Genene Jones, representante del rol de ángel de la muerte, visibilizando teorías que encuadran estas tipologías y sus actos. **Objetivo:** describir las conductas, vivencias, creencias y valores expuestos por Stephen King en la narración “*Misery*” (1987). **Metodología:** Estudio fenomenológico-histórico con abordaje exploratorio en fuentes narrativas y secundarias de los acontecimientos sucedidos en el periodo de tiempo comprendido entre 1950-1990. **Resultados:** La obra es un análisis magistral del proceder enfermero de Genene Jones. Asimismo, refleja la transformación desde el rol de ángel de la muerte, llevado a cabo por un profesional de la salud, hasta llegar a convertirse en un asesino en serie. **Conclusión:** El estudio de la literatura de terror permite profundizar e incrementar los conocimientos del rol enfermero, tanto a los profesionales de la salud como a los estudiantes de enfermería y la población en general.

Palabras clave: Genene Jones; narrativa de terror; actitud frente a la salud; teorías enfermeras.

RESUMO

Com a sublime descrição emocional que Stephen King consegue nos protagonistas da *Miséria*, o escritor mergulha no mundo dos afectos e sentimentos, explorando a arte do cuidado e os seus aspectos negativos. A figura da enfermeira Genene Jones, um representante exemplar do papel do anjo da morte, é aprofundada, tornando visíveis as teorias que enquadram estas tipologias e os seus actos. **Objetivo:** descrever os comportamentos, experiências, crenças e valores expostos por Stephen King na história “*Miséria*” (1987). **Metodologia:** Estudo fenomenológico-histórico com uma abordagem exploratória em narrativa, com recurso a fontes secundárias dos acontecimentos que tiveram lugar no período de 1950-1990. **Resultados:** O trabalho é uma análise do procedimento de enfermagem de Genene Jones e de como o papel de anjo da morte, desempenhado por um profissional de saúde pode vir a personificar a figura de um assassino em série. **Conclusão:** O estudo da literatura de horror permite aprofundar, ver outras facetas, e aumentar o conhecimento do papel da enfermagem, tanto pelos profissionais de saúde e estudantes de enfermagem como pela população em geral.

Palavras-chave: Genene Jones; narrativa de horror; atitude perante a saúde; teorias de enfermagem.

INTRODUCCIÓN

El acto de cuidar no siempre se desarrolló como en la actualidad, ya que el concepto se ha ido adaptando a lo largo de la historia (Álvarez, Guevara y Orellana, 2018). Así, a lo largo del siglo XX, el cuidado a las personas enfermas dejó de ser una actividad doméstica para consolidarse en la epistemología de la profesión de enfermera (Gómez-Cantarino et al., 2020). Dicho logro comenzó en parte a la tenacidad de Florence Nightingale (1820-1910), quien a su vez introdujo el concepto de cuidado holístico de la persona vulnerable (Álvarez, Guevara y Orellana, 2018; Gómez-Cantarino et al., 2020).

Nightingale inclusive, se centró en analizar las representaciones negativas de las enfermeras en el género literario, en *Notes on Nursing* (1860), hecho que enraizó en cómo las enfermeras, a lo largo del tiempo, se han preocupado por la imagen de la disciplina en el plano cultural, tal y como quedó reflejado en el estudio desarrollado por los investigadores Philip A.

Kalisch y Beatrice J. Kalisch, los cuales destacaron la influencia de la enfermería en múltiples ámbitos, como la música o el cine (Kalisch, P. A., y Kalisch, B. J., 1987). Se reconoce la existencia y el desarrollo de las sensaciones y percepciones que posibilitan el sentir, el experimentar la naturaleza humana y la vida, las diversas formas, modos y sentidos de vivir, a través del desarrollo de la creatividad. Sin embargo, dentro de ese análisis, no se abordó el influjo del personal de enfermería en la ficción especulativa, la cual engloba la fantasía, el terror y la ciencia ficción.

El investigador europeo Darko Suvin describió la ciencia ficción como “literatura del extrañamiento cognoscitivo”, ya que consigue abstraer al individuo de la realidad conocida y enfrentarlo a un entorno o supuestos diferentes (Stableford, Clute y Nicholls, 1993), profundizando a la vez, en las múltiples derivadas de la innovación científica, social y tecnológica (Gilks, Fleming y Allen, 2003). Por tanto, la literatura de terror posee un efecto positivo muy relevante, pues permite ahondar en cuestiones morales, sociales, filosóficas y humanas del individuo, a la hora de desarrollar un aprendizaje multicultural (Matek, 2015). Así el escritor estadounidense H. P. Lovecraft (1890-1937) llegó a establecer que “*la emoción más antigua y más intensa de la humanidad es el miedo*” (Lovecraft, 1927, p. 27) y, por ello, sirve como un mecanismo de expresión. Es por esto que, la literatura de horror puede actuar como una herramienta de educación orientada a la comunidad y, por tanto, interactuar con otras ramas del conocimiento tales como la antropología, la sociología o la filosofía, sin olvidar otros ámbitos como es el acto de cuidar.

Cabe destacar que el terror realista ahonda en hechos o situaciones mundanas, lo que permite al lector recrearse en los diferentes estilos de vida cotidianos, siendo en este campo el novelista Stephen King un verdadero maestro de la ficción macabra, tal y como el investigador David A. Oakes (1983) demostró en *Science and Destabilization in the Modern American Gothic, Lovecraft, Matheson and King* (2000). El investigador refiere que por medio de artefactos culturales, las narraciones de Stephen King describen los temores y preocupaciones de la sociedad contemporánea, reestructuran ciertos conceptos muy manidos y son capaces de expandir otros matices nuevos (Oakes, 2000).

Stephen King en 1987 publica *Misery*, obra que ahonda en el terror psicológico. El autor para construir el personaje femenino de la novela toma como modelo a la enfermera Genene Jones (King, 1987), quien en 1985 fue condenada por asesinar a neonatos que estaban bajo su cuidado. Esta enfermera llevó a cabo el llamado rol de ángel de la muerte, pues a través de su práctica clínica no solo asesinó a neonatos, sino que infundió temor a múltiples mujeres gestantes del estado de Texas (Field, 2007). Jones puede ser considerada como una asesina en

serie, al decidir si curaba o mataba intencionadamente a las personas que estaban bajo su cuidado. Hecho que puede generar un gran dilema en relación al final de la vida de las personas, pues alegando como base buena fe, se pueden enmascarar asesinatos desencadenados por estos profesionales sanitarios patológicos, lo que deriva en desconfianza hacia los profesionales de la salud por parte del resto de pacientes (Cohen et al., 2005).

A su vez, la teórica enfermera Hildegard Peplau, en 1952, publicó su teoría de las “Relaciones Interpersonales en Enfermería”, lo que permitió al personal de enfermería proporcionar cuidados dentro del ámbito de la salud mental, mediante una relación enfermera-paciente dividida en cuatro etapas: orientación, identificación, exploración y resolución, las cuales están asociadas entre sí (Almeida, Lopes y Damasceno, 2005). Se plantea las relaciones interpersonales con los pacientes, en el que la enfermera puede acercarse a los significados que éstos asignan a su enfermedad, a los comportamientos y a los sentimientos, para incorporarlos al cuidado y ayudarlos a dirigir sus potencialidades. Ésta sería la primera teoría sobre el ejercicio de la enfermería reconocida como tal (Barroso Romero y Torres Esperón, 2001), en la que se defiende que la persona está en un equilibrio inestable, por lo que es un organismo en continuo desarrollo que se esfuerza por reducir la ansiedad provocada por sus necesidades. Por tanto, la salud de la persona estará en continua evolución y dependerá de su personalidad poder desarrollar una vida constructiva, comunitaria, creativa, productiva y madura, que le permita vivir de una forma saludable durante toda su existencia. Es por esto que, cuando un individuo siente desequilibrio y su personalidad no puede desarrollar una vida saludable, es cuando el profesional de enfermería a través de sus cuidados interactúa con la persona mediante un proceso significativo, terapéutico e interpersonal que unido otros procesos humanos pueden restablecer la salud de la persona (Peplau, 1990), (Figura 1).



Figura 1



Fuente: Elaboración propia de los autores, aplicando la Teoría de H. Peplau.

Así pues, el objetivo general del presente estudio fue describir las conductas, vivencias, creencias y valores expuestos en la narración “Misery”, desarrollada por Stephen King en 1987, con el fin de ahondar en la figura de la enfermera Genene Jones, representante clave del rol de ángel de la muerte.

METODOLOGÍA

Estudio fenomenológico-histórico con abordaje narrativo del objetivo de estudio, a través del conocimiento directo que posibilita comprender la compleja respuesta social que los sujetos influenciado en gran manera por las características culturales, económicas y de los contextos sociales en que los individuos se desarrollan (Blumer, 1982). Indagando en los acontecimientos sucedidos en el periodo de tiempo comprendido entre 1950-1990. Las palabras claves y descriptores utilizados fueron: ángel de la muerte; actitud frente a la salud; teorías enfermeras. Se recopilaron 42 documentos, de los cuales fueron descartados 8 por ser ajenos, tanto en periodo como en temática, al estudio, manteniendo 34 de estos.

Con el objetivo de analizar la correlación entre la enfermera Genene Jones y la descripción del rol de ángel de la muerte en la obra *Misery*, de Stephen King, se consultaron fuentes primarias y secundarias. Se llevaron a cabo una serie de etapas. En la primera se realizó

una búsqueda bibliográfica en las bases de datos electrónicas: Scielo, Dialnet, MEDLINE/PubMed, así como en Google Académico, utilizando 8 artículos de los 14 seleccionados.

Durante la segunda fase, debido a la naturaleza histórica **narrativa** del estudio, se establecieron los siguientes criterios de inclusión: 1) publicaciones escritas en español, inglés y portugués; 2) trabajos en relación con Genene Jones; 3) escritos relacionados con Stephen King y, 4) ceñidos al periodo de tiempo de 1950-1990. Los criterios de exclusión han sido: 1) trabajos no ajustados al tema de estudio; 2) análisis del caso de Genene Jones sin asociación a la disciplina de enfermería, y 3) textos en idiomas no dominados por los autores.

De forma que se revisaron un total de 19 fuentes narrativas, aptos con los marcadores estipulados a la hora de ejecutar la búsqueda bibliográfica, en relación con la ciencia ficción y la disciplina enfermera. Se utilizaron en total, 17 novelas y enciclopedias, además de 2 capítulos de novelas. Pues se excluyeron aquellos que no se centraron en Genene Jones y Stephen King, asociados a la salud. Inclusive se revisó documentación gris sobre el tema y época de estudio, con un total de 1 título consultado y citado.

Por último, en la tercera fase, se realizó una revisión manual y electrónica en documentos extraídos de la sección web de *The Paris Review* o de periódicos virtuales, así como de revistas orientadas hacia la profesión de Enfermería y el acto de cuidar. Se revisaron 12 documentos entre páginas web y fragmentos de periódicos, utilizando 7 de ellos y presentados en la investigación. El acceso a estos escritos fue posible gracias a la búsqueda en dominios públicos de dichos documentos (Tabla,1).

Tabla 1: Números de artículo/documentos/seleccionados

Tipo de Documento	Nº revisados	Nº seleccionados
Artículos de Revistas	14	8
Capítulos novelas	2	2
Secciones web	4	3
Fragmentos de periódicos	5	4
Novelas y enciclopedias	19	17
Tesis	1	1
TOTAL	45	34

Fuente: creación propia de los autores

RESULTADOS

Por medio de una retrospectiva en la infancia y juventud de Genene Jones se puede vislumbrar, en cierta medida, su estado mental, ya que fue una persona problemática,

introvertida y desconectada de la sociedad, características que cobran especial relevancia a la hora de analizar la obra *Misery*, del escritor Stephen King, con la finalidad última de profundizar en el rol de ángel de la muerte encarnado por ella.

Genene Jones nació en julio de 1950 en San Antonio (Texas) y fue adoptada por la familia Jones, propietarios de un club nocturno (United Press International, 1984). Creció en un entorno confortable y cuidado hasta la edad de 10 años, momento en el cual su vida cambia de forma inesperada, ya que su padre fue arrestado por el hurto de 1.500 dólares y el robo de joyas a un cliente del club nocturno, hecho que a su vez generó un gran impacto en la familia (Alvarez, 2018). Seis años después de ese acontecimiento, su hermano menor muere cuando fabricaba una bomba en el garaje de la casa familiar, el suceso traumatizó profundamente a Jones, lo que ocasionó el abandono de su asistencia a la escuela y por tanto la pérdida de sus vínculos sociales (Alvarez, 2018).

En 1968 Jones se alistó a la Marina, hecho que le permitió establecer relaciones sentimentales inestables y pasajeras, acentuando de ese modo su fragilidad e inestabilidad afectiva, inherente en Jones desde la pérdida de su hermano (Newton, 2006). A finales de la década de 1970 trabajó como esteticista hasta estudiar enfermería (Anderson, 1984). Así, se convirtió en enfermera vocacional y cumplió un programa de estudio de forma muy acelerada (Alvarez, 2018).

Siendo enfermera vocacional con licencia trabajó en el Hospital del Condado de Bexar, concretamente, en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) (Anderson, 1984). En dicho servicio, entre mayo y diciembre de 1981, aconteció un suceso insólito, el fallecimiento de un número estadísticamente improbable de niños, los cuales estaban bajo la atención y custodia de Genene Jones (Zielinski, 2017). Sin embargo, ante ese suceso, el hospital no realizó ninguna investigación exhaustiva (Elkind, 1983); y tan sólo por temor a una demanda, pidió que todas las enfermeras vocacionales licenciadas renunciaran a sus puestos laborales.

Tras esa renuncia, Jones es contratada en una clínica pediátrica en Kerrville (Texas) (Anderson, 1984). Nadie sospechó que ella fuese la causante del aumento de los fallecimientos en la UCIP del Hospital del Condado de Bexar. Debido a su descontrol emocional y a su obsesión en relación al poder que los profesionales sanitarios ejercen sobre los pacientes cuidan, en otoño de 1982 Jones administró la vacuna contra el sarampión y las paperas a una lactante de 14 meses, Chelsea McClellan, la cual sufrió un paro cardíaco que le ocasionó la muerte. A su vez en ese periodo de tiempo, igualmente, otros niños comenzaron a experimentar afecciones, como depresión respiratoria (Elkind, 1983).

Sin embargo, en esta ocasión el hospital investiga los hechos y finalmente, Jones es

descubierta al encontrarse marcas de pinchazos en un frasco de succinilcolina (relajante muscular de corta acción) (World Health Organization, 2009). Este fármaco ocasiona depresión respiratoria mientras se encuentra en el torrente sanguíneo, llegando a producir paro cardíaco si su utilidad no es la finalidad adecuada, como la relajación en las personas intubadas de la UCI (Peck, Hill y Williams, 2003). Justo lo que aconteció en el otoño de 1982.

En el juicio celebrado en 1984, Genene Jones es declarada culpable del asesinato de Chelsea McClellan, hecho que facilitó que otros casos fuesen juzgados. En este sentido cabe destacar la pena impuesta de 159 años de prisión, al descubrir que administró una sobredosis de heparina a otro niño (Lamoureux, 2018). Actualmente, se desconoce el número de lactantes que mató Genene Jones (Imagen, 1).

Imagen 1



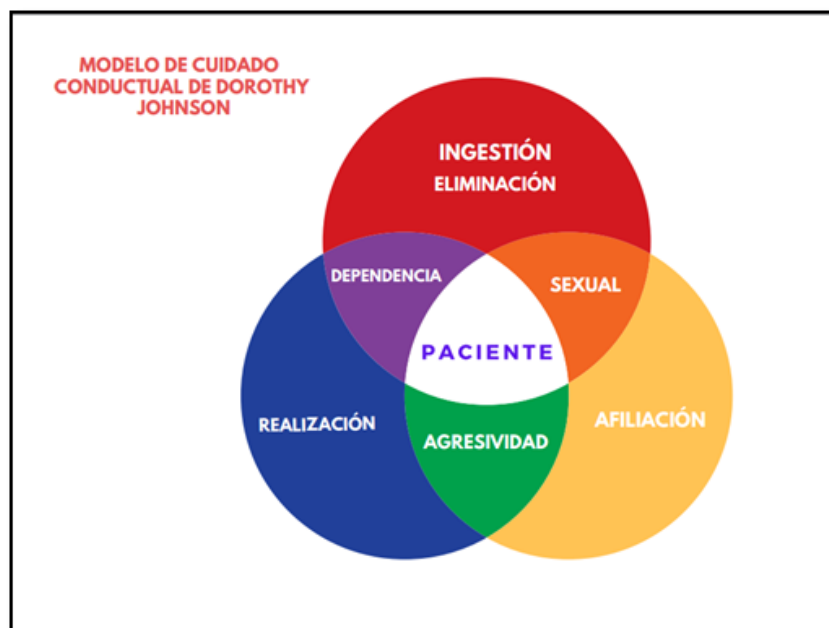
Imagen 1: Portada del Kerrville Daily Times (Febrero, 1984)

En dichos juicios Genene Jones se consideró religiosa, bondadosa y atenta con los pacientes. Sin embargo, quedo demostrado que Jones presentaba un desorden mental, debido a su obsesión en relación al poder que los profesionales sanitarios pueden ejercer sobre los pacientes que asisten al decidir si los cuidan o no (Alvarez, 2018). Además, en el juicio quedó demostrado que durante el ejercicio de su práctica clínica ejecutó el rol del ángel de la muerte. Rol que ciertos los profesionales de la salud llevan a cabo, al sentir la necesidad de acabar con la vida de la persona que está bajo su cuidado, pues ellos no aceptan la evolución negativa de una patología o discapacidad de la persona que cuidan (Vronsky, 2007). Así de forma intencionada limitan la vida de la persona que tienen bajo su supervisión, simplemente, debido a su incapacidad de asumir el sufrimiento humano y su incompetencia para acompañar a la persona

en la etapa final de la vida (Schechter y Everitt, 2012).

Llegado este momento, para comprender el desorden mental de Jones es necesario recurrir a la teórica Dorothy Johnson y su Modelo de los Sistemas de los Cuidados Conductuales (1980), en ella se expone a la persona como un sistema conductual integrado por un cómputo de subsistemas interdependientes e integrados entre sí, tales como afiliación, dependencia, protección-agresión, eliminación, sexual, realización e ingestión. Todos estos subsistemas interdependientes pueden actuar como elementos estresantes llegando a desequilibrar al individuo (Raile y Marriner, 1999). Siendo a partir de ese momento, cuando la disciplina de Enfermería actuó como fuerza reguladora, con la finalidad de preservar la organización e integración del comportamiento de la persona (Reyes Cerda y Zepeda González, 2008). Se pone de manifiesto que, la enfermera Genene Jones hubiese necesitado de la disciplina de Enfermería, toda vez que cometió sus atrocidades (Figura, 2).

Figura 2



Fuente: Elaboración propia de los autores, aplicando la Teoría de D. Johnson

Stephen King imaginó *Misery*, durante uno de los periodos más lóbregos de su vida, tal y como él expuso en una entrevista en *The Paris Review*: "Estaba pasando un momento tan difícil con la droga, entonces. Sabía sobre qué estaba escribiendo. Nunca hubo ninguna pregunta. Annie era mi problema de drogas. Mi 'fan número uno'. Y ella nunca quiso irse..." (Rich y Lehmann-Haupt, 2006).

King en *Misery* plasma la relación entre un escritor y una enfermera, Annie Wilkes. La personalidad de la protagonista es la de Genene Jones, luego, la protagonista es enfermera pediátrica de orígenes humildes que muestra conductas a veces infantiles pero que es astuta y

oculta una personalidad paranoica y bipolar. Inclusive, para plasmar el pensamiento obsesivo delirante de Genene Jones, la protagonista es fans apasionada de un escritor de moda y llega a leer la obra literaria de su ídolo de forma obsesiva. El protagonista es el novelista Paul Sheldon, afamado escritor de novelas románticas e ídolo de Annie Wilkes, el cual ha sufrido un accidente de tráfico, hecho que desencadena la trama del relato (King, 1987).

La enfermera Wilkes se encuentra a su ídolo mal herido y será ella quien se encargue de su cuidado (King, 1987). El análisis de la relación paciente- personal de enfermería descrita en *Misery*, puede realizarse mediante la Teoría de las Relaciones Interpersonales de Hildegard Peplau, quien consideró que el "crecimiento personal" es compartido tanto por el paciente como por el profesional de enfermería, toda vez que se establece una relación interpersonal dentro del proceso de la asistencia sanitaria (Peplau, 1990). En la novela, dicha relación está contaminada, pues el paciente desconoce quién es la enfermera, pero ella fans incondicional y apasionada de él, conoce de forma obsesiva innumerables detalles de su vida y personalidad (King, 1987). Por tanto, puede prejuizar al paciente, hecho que motiva una relación de poder, lo que impide llevar a cabo respuestas específicas que tengan en cuenta las diversas necesidades y situaciones, de modo que logren soluciones adecuadas por medio de un aprendizaje constructivo. En la obra también, se observa como Wilkes es incapaz de ejercer como educadora pues la relación paciente-enfermera es asimétrica, ya que ella utiliza la información en función de su interés, de modo que ante cualquier situación que genere inseguridad o el simple hecho de que el paciente asuma sus tareas, la relación paciente-enfermera se torna autoritaria y violenta, por tanto, ese modo de actuar le incapacita para ser consejera y lo más importante para ayudar al paciente a entender y recordar lo que sucede, con la finalidad de integrar las experiencias que logren su recuperación (Peplau, 1990) (Figura, 3).

Figura 3

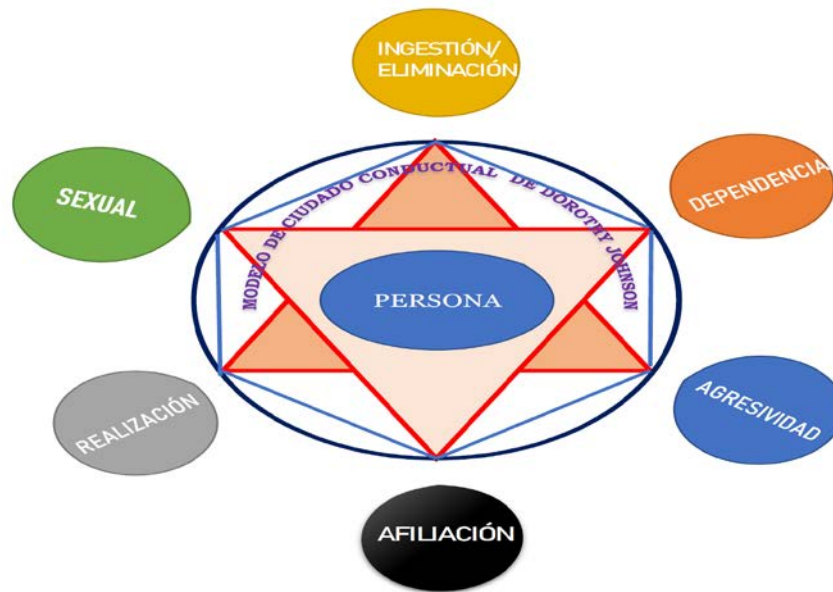


Figura 3.

Elaboración propia de los autores, a partir de la conceptualización de J. A. Magers, Modelo del Sistema Conductual de Johnson.

Sin embargo, el arte enfermero de cuidar como un acto de conciencia defendido por Nightingale (1820-1910). Cuestión que poco o nada sirvió de inspiración a Stephen King en este relato, pues el cuidado del otro sin ninguna clase de distinción, donde se acompaña a la persona en sus sufrimientos por medio de una escucha activa, humilde y amorosa (Dios-Aguado, Peters, Gómez-Cantarino, Rodríguez Montejano y Peres, 2020). En esta novela se transforma en la práctica del rol del ángel de la muerte, rol que Jones llevo a cabo con sus pacientes (King, 1987).

Es necesario de nuevo acudir al Modelo de los Sistemas de los Cuidados Conductuales de Johnson, a la hora de exponer la disciplina de Enfermería como una fuerza reguladora en caso de inestabilidad. Debido a factores estresantes positivos y negativos que provienen tanto del interior como del exterior del organismo, produciendo tensión y un cierto nivel de desequilibrio en el sujeto (Reyes Cerda y Zepeda González, 2008). Por lo tanto, King recurre a la disciplina de Enfermería, toda vez que focalice sus pensamientos de inestabilidad, liberándolos a través del relato, el cual actuará como un mecanismo de desahogo de los factores estresantes.

La enfermera real Genene Jones y la enfermera de ficción Annie Wilkies, ambas, tienen la misma representación mental y moral del cuidado en relación al poder que como profesionales pueden ejercer sobre la persona que atienden. Pues debido a su incapacidad de asumir el sufrimiento humano y su incompetencia para acompañar a la persona en la etapa final de la vida, su rol enfermero se transforma en el rol del ángel de la muerte. Hecho que emana de su incapacidad de mitigar el sufrimiento de la persona cuidada, generando un mayor sufrimiento y desesperanza a los familiares de las personas que ellas atienden. Como magistralmente reflejó

Stephen King en *Misery*, cuando el escritor Paul Sheldon critica el tipo de papel de escritura que compró Annie y ella en su incapacidad de asumir la crítica, le lastima aún más la rodilla que estaba en proceso de curación (King, 1987). Incluso, Stephen King en sucesivas entrevistas ha señalado que la enfermera Wilkes “*puede parecernos psicópata, pero es importante recordar que parece perfectamente sana y razonable para sí misma - heroica, de hecho, una mujer asediada tratando de sobrevivir en un mundo hostil lleno de mocosos con cacao.*” (King, 2002).

Del mismo modo, el rol de ángel de la muerte puede vincularse con el caso del enfermero Richard Ángelo, quien confesó haber asesinado a 25 de sus pacientes mediante la inyección letal de ciertos fármacos, con la única finalidad de poner en relieve una crisis sanitaria, hecho que le hubiese idolatrado, tanto por los familiares de los pacientes como por los profesionales de la salud (Holmes y Holmes, 2009). Este caso está íntimamente relacionado con la figura de Jones, pues durante los juicios ella llegó a exponer: “*Siempre lloro cuando los bebés mueren. [...] cuando ves morir a un adulto, al menos puedes decir que ha tenido una vida plena. Cuando un bebé muere, ha sido engañado. Han sido engañados en un montón de cosas*” (Elkind, 1983).

Incluso en sus declaraciones Jones expuso que había desarrollado dichas prácticas con el único objetivo de consolidar una unidad de cuidados intensivos pediátricos más efectiva y avanzada, demostrando de ese modo su amplia implicación y desvelo con el desarrollo de la profesión enfermera en las clínicas donde prestó sus servicios (Hickey, 2010).

En el caso de la enfermera Wilkes, Stephen King refleja una personalidad sincrónica a la de Jones, así en varios pasajes de la obra parece presentar a una mujer afable y cariñosa, solicita a procurar el bien de Sheldon y su legado literario. Sin embargo, esta mujer se transforma ante la menor crítica o comentario que no se adapte a sus percepciones llegando a perpetrar auténticas atrocidades a la persona que cuida. Tal y como sucede en el pasaje donde Sheldon descubre que a su máquina de escribir le falta una tecla y se lo menciona a Wilkes. Ella no acepta el hecho y le corta el pulgar, acto que pretende reflejar un castigo de aprendizaje personal del autor, para perpetuar su producción literaria (King, 1987).

Gracias a la sublime descripción emocional que Stephen King logra en los protagonistas de *Misery*, el escritor consigue profundizar en el mundo de las afecciones y los sentimientos, explorando el arte del cuidado y sus aspectos negativos. Por lo tanto, la obra es un análisis magistral del proceder enfermero de Genene Jones y como el rol de ángel de la muerte, llevado a cabo por un profesional de la salud puede llegar a personificar la figura de un asesino en serie.

CONCLUSIÓN

Tras analizar la vida de la enfermera Genene Jones como modelo el personaje femenino

en *Misery* de Stephen King, el autor da pie a que el lector se plante ciertas reflexiones. Así, desde una óptica profesional, se puede ahondar en las convicciones con relación al poder que tienen sus decisiones a cerca de proveer o denegar el cuidado de una persona. Hecho que puede desencadenar graves problemas de salud en el otro y que en ciertos profesionales, tan solo será una representación moral del poder que ejercen sobre la persona atendida, al ser incapaces de asumir el sufrimiento humano y sentirse impotentes para acompañar a la persona en la etapa final de la vida. De este modo encarnan el rol del ángel de la muerte, lo que les libera de su responsabilidad de cuidar a la persona, aunque genere desesperanza en los familiares. Ese poder mal entendido desencadenará problemas de salud como vía de representación o idealización del profesional sanitario.

Dicho trastorno emocional puede transformar el rol enfermero en el rol de ángel de la muerte, conduciendo a su vez al profesional en un asesino en serie. Cuyo objetivo es actuar como demiurgo a la hora de alcanzar el bienestar o ser maleficente con la persona que cuida. Hecho que, mediante descripciones emocionales, es analizado en la obra de King. Igualmente, los postulados teóricos expuestos, como el Modelo de los Sistemas de los Cuidados Conductuales de Dorothy Johnson, sirven de base referencial para los profesionales de Enfermería, a la hora de detectar irregularidades en el bienestar holístico de las personas, tal y como sucedió en Genene Jones y Stephen King. Por lo tanto, ante la inestabilidad homeostática y de sistemas ambos buscaron una fuerza reguladora, que equilibrase su vida y actitud. Siendo en el caso de King su mecanismo de escape y huida la drogadicción y en el caso de Jones su instrucción como enfermera, profesión que pensó que ejercía con vocación. Aunque los cuidados que llevó a cabo fueron ejecutados bajo el poder que tenía sobre el paciente al decir su vida o su muerte.

Por otro lado, cabe reseñar que la literatura de terror permite profundizar e incrementar los conocimientos del rol enfermero, tanto a los profesionales de la salud como a los estudiantes de enfermería y a la población en general. Ya que el campo de la narrativa de terror permite, al igual que la ciencia ficción, reflexionar sobre distintas disciplinas de carácter científico, lo que admite ahondar, especialmente, en aspectos psicosociales y morales con relación a la atención de las personas. Situación que puede incrementar los conocimientos en ciertas disciplinas, entre ellas la enfermería, al descubrir características positivas, así como trastornos o conductas negativas que pueden subyacer en dicha profesión.

BIBLIOGRAFÍA

- Almeida, V. C. F., Lopes, M. V. O., & Damasceno, M. M. C. (2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(2), 202-210.
- Alvarez, A. (2018). Misery loves company: The killer nurse who inspired Stephen King. Recuperado de: <https://pleasekillme.com/annie-wilkes-stephen-king/>
- Álvarez, J. P., Guevara, M. y Orellana, C. (2018). Florence Nightingale, Estadística y Enfermería. Otra mujer fantástica. *Rev. Med. Clin. Condes*, 29(3), 372-379. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864018300683>
- Anderson, T. H. (1984). "Nurse Genevieve faces trial in children's hospital deaths". United Press International.
- Barroso Romero, Z. y Torres Esperón, J. M. (2001). Fuentes teóricas de la enfermería profesional: Su influencia en la atención al hombre como ser biosicosocial. *Revista Cubana de Salud Pública*, 27(1), 11-18.
- Blumer, Herbert. (1982). *El Interaccionismo simbólico, perspectiva y método*. Barcelona: Hora.
- Cohen, L., Ganzini, L., Mitchell, C., Arons, S., Goy, E. y Cleary, J. (2005). "Accusations of Murder and Euthanasia in End-of-Life Care". *Journal of Palliative Medicine*, 8(6), 1096–1104.
- De la Serna, J. M. (2017). *La Mitomanía: Descubriendo al Mentiroso Compulsivo*. Tektime.
- Dios-Aguado, M., Peters, A. A., Gómez-Cantarino, S., Rodríguez Montejano, J. y Peres, M. A. A. (2020). Richard Speck Bajo la Mirada de Florence Nightingale y Concepción Arenal]. *Hist enferm Rev eletrônica*;11(Especial), 7-14.
- Elkind, P. (1983). "The Death Shift". *Texas Monthly*.
- Field, J. (2007). "Chapter 5". *Caring to Death: a discursive analysis of nurses who murder patients* (Ph.D. thesis). Universidad de Adelaide.
- Gómez-Cantarino, S., Dios-Aguado, M. D., Peñalver, A. C., Dominguez-Isabel, P., Rodríguez Montejano, J. y Espina-Jerez, B. (2020). Regulación de la Enfermería Española: incorporación a la profesión sanitaria (1850-1950). *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, 24(4). Recuperado de: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452020000400701&script=sci_arttext
- González Gil, T. (2005). Florence Nightingale. Profesionalización de los cuidados desde una perspectiva de la antropología feminista. *Cult. cuid.*, 17(1), 33-40.
- Hickey, E. (2010). *Serial Murderers and Their Victims*. Belmont, CA: Wadsworth. p. 182.
- Holmes, R. y Holmes, S. (2009). *Serial murder*. Sage Publications, Inc.
- Kalisch, P. A., y Kalisch, B. J. (1987). *The changing image of the nurse*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- King, S. (1987). *Misery*. Países Bajos: Luitingh.
- King, S. (2002). *On Writing: A Memoir of the Craft*. New York City: Pocket Books.

- Lamoureux, A. (2018). The Baby Killer: Did Genee Jones Kill As Many As 60 Children As A Pediatric Nurse? *All that's interesting*. Recuperado de: <https://allthatsinteresting.com/genene-jones>
- Lovecraft, H. P. (1927). *El horror sobrenatural en la literatura y otros escritos teóricos y autobiográficos*. Madrid: Valdemar.
- Gilks M., Fleming P. y Allen, M. (2003). *Science Fiction: The Literature of Ideas*. WritingWorld.com.
- Matek, L. (2015). Teaching Horror Literature in a Multicultural Classroom. *ELOPE*, 12(1),61.
- Newton, M. (2006). *The Encyclopedia of Serial Killers*. Infobase Publishing.
- Oakes, D. A. (2000). *Science and Destabilization in the Modern American Gothic: Lovecraft, Matheson and King*. Greenwood Press.
- Peck, T. E., Hill, S. A. y Williams, M. (2003). *Pharmacology for Anaesthesia and Intensive Care*. London, UK: Greenwich Medical Media Limited.
- United Press International. (1984). *Nurse Genee: Convicted murderer*. Recuperado de: <https://www.upi.com/Archives/1984/02/15/Personality-SpotlightNEWLNNurse-Genene-Jones-Convicted-murderer/6881445669200/?ur3=1>
- Peplau H. E. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica*. Barcelona: Salvat.
- Raile, M. y Marriner, A. (1999). *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona: Elsevier.
- Reyes Cerda, J. A. F. y Zepeda González, M. I. (2008). Aplicación de un modelo teórico de enfermería en la investigación de las mujeres víctimas de violencia doméstica. *Enfermería global*, 13.
- Rich, N. y Lehmann-Haupt, C. (2006). Stephen King, The Art of Fiction. *The Paris Review*, 178.
- Schechter, H. y Everitt, D. (2012). *The A to Z Encyclopedia of Serial Killers*. Pocket Books.
- Stableford, B., Clute, J. y Nicholls, P. (1993). "Definitions of SF". En Clute, J. y Nicholls, P. (Eds.). *Encyclopedia of Science Fiction*. Londres: Orbit/Little, Brown and Company. pp. 311–314.
- Vronsky, P. (2007). *Female Serial Killers: How and Why Women Become Monsters*. Nueva York: Berkley Books.
- World Health Organization (2009). En Stuart, M. C., Kouimtzi, M. y Hill, S. R. (Eds.). *WHO Model Formulary 2008*. World Health Organization. pp. 426–428.
- Zielinski, Alex (26 May 2017). "Bexar County Prosecutors Re-Open "Angel of Death" Case". San Antonio Current.

HISTORIA

Hacia una sociedad más justa y equitativa a través de la enfermería renacentista de San Juan de Dios

Towards a fairer and more equitable society through the Renaissance Nursing of Saint John of God

Rumo a uma sociedade mais justa e mais justa através da Enfermagem do Renascimento de São João de Deus

Aarón Muñoz Devesa¹, Isabel Morales Moreno², José Carlos Bermejo Higuera³, José María Galán González-Serna⁴

¹ Doctor en Enfermería, profesor de Historia, Fundamentos teóricos y Cuidados básicos de la Enfermería en la Universidad Católica de Murcia. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4861-6704>

² Doctora en Antropología Social, profesora de Enfermería Comunitaria en la Universidad Católica de Murcia. Correo electrónico: imorales@ucam.edu. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1528-984X>

³ Doctor en Teología Pastoral Sanitaria, Director del Centro de Humanización de la Salud de los RR. Camilos. Correo electrónico: josemaria-galan@sjd.es. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5026-4333>

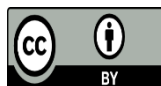
⁴ Doctor en Medicina, Profesor Centro Universitario Enfermería San Juan de Dios. Correo electrónico: jcbermejo@humanizar.es. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3103-5946>

Cómo citar este artículo en edición digital: Muñoz-Devesa, A., Morales Moreno, I., Bermejo, J.C., & González-Serna, J.M.G. (2022). Hacia una sociedad más justa y equitativa a través de la enfermería renacentista de San Juan de Dios. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 26(63). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2022.63.05>

Correo electrónico de contacto: amdevesa@ucam.edu

Correspondencia: Facultad de Enfermería, Universidad Católica San Antonio. Campus se Los Jerónimos, s/n. 30107 Guadalupe (Murcia, España).

Recibido: 21/12/2021 Aceptado: 28/02/2022



ABSTRACT

Background: Was there bioethics before Potter? Certainly yes, and a clear example is the Nursing of San Juan de Dios, father of modern Nursing of the s. XVI. After performing various trades, it will be in Granada where he will reform the socio-health care by observing the great inequalities between people

due to a social and individual conscience numbed by the sense of honor; developing a high sense of otherness, being his being, the other, framed within a community. And since the poor were his focus of action, the sick were his priority, since they were the most disadvantaged dying on the streets of Granada. Aim: Therefore, in this study we propose to describe the principle of Justice and Equality in San Juan de Dios through his care, influenced by his Master San Juan de Ávila. Methodology: For this we resort to the historiographic-hermeneutic method, being the documentary sources the texts of the same closest to their time. Results-Conclusion: In them we have been able to observe how their spirituality led them to take care of all kinds of people, being the poor, sick, women and children, the center of their actions. However, he took care of the entire population, awakening solidarity among the entire population, making them co-responsible for all their hospital reform through material and human resources.

Keywords: History of nursing; bioethics; justice, equality.

RESUMEN

Introducción: ¿Existía bioética antes de Potter? Ciertamente sí, y un claro ejemplo es la Enfermería de San Juan de Dios, padre de la Enfermería moderna del s. XVI. Tras desempeñar diversos oficios, será en Granada donde reformará la atención socio-sanitaria al observar las grandes desigualdades entre personas por una conciencia social e individual adormecida por el sentido del honor; desarrollando un alto sentido de la alteridad, siendo su ser, el otro, enmarcado dentro de una comunidad. Y siendo los pobres su foco de actuación, los enfermos fueron su prioridad, pues eran los más desfavorecidos muriendo por las calles de Granada. Objetivo: En este estudio nos proponemos describir el principio de Justicia e Igualdad en San Juan de Dios a través de sus cuidados, influido por su Maestro San Juan de Ávila. Metodología: Para ello recurrimos al método historiográfico-hermenéutico, siendo las fuentes documentales los textos de los mismos más cercanos a su tiempo. Resultados-Conclusión: En ellos hemos podido observar cómo su espiritualidad les llevó a atender a todo género de personas, siendo los pobres, enfermos, mujeres y niños, el centro de su actuación. Sin embargo, cuidó a toda la población despertando la solidaridad en toda persona haciéndoles co-responsables de toda su reforma hospitalaria mediante recursos materiales y humanos.

Palabras clave: Historia de la Enfermería; bioética; justicia, igualdad.

RESUMO

Introdução: Havia bioética antes de Potter? Certamente sim, e um exemplo claro é a Enfermagem de San Juan de Dios, pai da Enfermagem moderna do s. XVI. Depois de realizar vários ofícios, será em Granada onde irá reformar o sistema sócio-sanitário observando as grandes desigualdades entre as pessoas devido a uma consciência social e individual entorpecida pelo sentido da honra; desenvolver um alto senso de alteridade, sendo seu ser, o outro, enquadrado em uma comunidade. E como os pobres eram o seu foco de ação, os doentes eram a sua prioridade, pois eram os mais desfavorecidos morrendo nas ruas de Granada. Objetivo: Portanto, neste estudo, propomos descrever o princípio da Justiça e da Igualdade em San Juan de Dios com seus cuidados, influenciados por seu Mestre San Juan de Ávila. Metodologia: Para isso, recorreremos ao método historiográfico-hermenéutico, sendo as fontes documentais os textos mais próximos do seu tempo. Resultados-Conclusão: Neles, conseguimos observar como sua espiritualidade os levou a cuidar de todos os tipos de pessoas, sendo pobres, doentes, mulheres e crianças, o centro de suas ações. No entanto, ele cuidou de toda a população, despertando a solidariedade entre toda a população, tornando-os co-responsáveis por toda a reforma hospitalar através de recursos materiais e humanos.

Palavras-chave: História de enfermagem; bioética; justiça, igualdade.

INTRODUCCIÓN

Tomas de Aquino (2001) afirmaba que la justicia es dar a cada uno lo que le corresponde según su vulnerabilidad, según sus necesidades, sistematizando sus tres tipos. Sin embargo, ayer como hoy, podemos observar grandes desigualdades entre las personas, por lo que la Bioética principialista estableció el principio de justicia en las artes socio-sanitarias para custodiar la igualdad en el acceso y desarrollo de la salud individual y colectiva (Beauchamp y Childress, 1999). Se puede observar en la Enfermería actual, la cual cuida de manera personalizada (Torralba, 1998) siguiendo la necesidad espiritual de igualdad descrita por Weil (1996):

“Consiste en el reconocimiento público, general y efectivo, expresado por las instituciones y las costumbres, de que a todo ser humano se le debe la misma cantidad de respeto y de consideración; porque el respeto se le debe al ser humano como tal, y en esto no hay gradaciones” (p. 33)

En la actualidad, España contempla este principio en su Constitución de 1978 donde reconoce el derecho universal a sanidad, siendo este uno de los pilares fundamentales del Sistema Nacional de Salud. Por ello, toda persona es igual frente al acceso a los recursos socio-sanitarios. Sin embargo, no siempre fue así, aunque hubo intentos de renovación donde poder comprender los tiempos actuales y observar su salvaguarda en enfermeros ilustres del pasado. Por ello, en el presente estudio nos propusimos como objetivo general describir la protección de la justicia social e igualdad en la reforma hospitalaria de San Juan de Dios bajo la doctrina de su Maestro San Juan de Ávila.

METODOLOGÍA

Para su consecución, realizamos un estudio historiográfico siguiendo la corriente de la historia de las mentalidades con ciertos aspectos del método biográfico moderno, de manera que comprendiésemos el influjo del contexto sobre la persona concreta y viceversa, de manera cíclica y circular (Ortega, 1992; Ferrarotti, 1981).

Las fuentes documentales que utilizamos, de colección personal, fueron las siguientes:

- Primera biografía de San Juan de Dios escrita por Castro (Castro, 1995)
- Proceso de Beatificación de San Juan de Dios (Martínez-Gil, 2006)
- Cartas de San Juan de Dios (Martínez-Gil, 2002)
- Proceso judicial del pleito por la propiedad del Hospital de San Juan de Dios (Sánchez-Martínez, 1573)
- Epistolario de San Juan de Ávila (2003), donde contamos con tres enviadas a San Juan de Dios

- Audi, *Filia* de San Juan de Ávila (2007)

Tras ello, realizamos un análisis de contenido (Bardin, 2002) cuyas categorías de análisis fueron: igualdad, justicia y cuidados. Una vez categorizados los documentos, proseguimos con la triangulación de la información obtenida entre los textos, estudios previos y supuestos del investigador.

RESULTADOS – ANÁLISIS DOCUMENTAL

Igualdad en el S. XVI español

En la cristiana Edad Media, toda persona era concebida igual en cuanto criatura e hija de Dios, quedando reducido al ideario, como sucede en la actualidad con los Derechos Humanos (ONU, 1948). Sin embargo, a partir del S. XV, la sociedad española se estratificó según religión; judíos y musulmanes se encontraban en el último escalafón, y tras estos, estarían los cristianos, los cuales se diferenciaban entre nuevos o viejos, según antigüedad religiosa. Para garantizar

esta estructura social, se establecieron los Estatutos de Limpieza de Sangre para prohibir un trabajo o puesto social a cristianos nuevos; sólo podían ascender socialmente a través de la carrera eclesiástica, aunque con reservas (Hering , 2003-04; Salazar, 1991). Juan de Ávila era cristiano nuevo, por lo que no pudo ir a América a evangelizar, incluso vivió bajo la sombra de la Inquisición. En cuanto a Juan de Dios, se cree que podría ser judío converso, más no existe evidencia (Martínez-Gil, 2002). Se aprecia una legalidad xenófoba frente a la responsabilidad de la ética del cuidado (García, 2015). Dice Ávila (2007):

“Y Cristo así predicado es luz, entonces y ahora, para los gentiles que le quieren creer; y es luz y honra para los judíos, que también le quieren creer, como lo nota San Pablo, diciendo: de los cuales viene Cristo, según la carne” (p. 774)

Ávila reconoce a toda persona igual en cuanto a su capacidad de transcendencia; no mira a la persona por lo que es sino por lo que puede llegar a ser, aunque aprecia una gran relevancia en el pueblo judío por su consanguineidad con Cristo, *“Porque Él quiere que todos se salven y vengan al conocimiento de esta verdad”* (de Ávila, 2007, p. 628).

Juan de Dios cuida a no cristianos, como es el caso con la comunidad islámica (Rodríguez, Arribas y Gantes, 2004); debió ser alguien importante para ellos, pues asistieron a su funeral alabando sus obras y dejando múltiples herencias a su hospital (Martínez-Gil, 2006; Castro, 1995; García-Pedraza, 1995). En cuanto a los cristianos viejos, existían dos clases sociales: los privilegiados y los pecheros. Mientras los privilegiados gozaban de honra, exentos del trabajo e impuestos al creer que la virtud se heredaba por la sangre, los pobres heredaban el pecado, el cual era reparado con el trabajo manual y los tributos, por lo que todos aspiraban a asemejarse a

los privilegiados ocultando su estado. Así, la sociedad se clasificaba por motivos morales, buenos y malos a través de las apariencias, iniciándose un gran debate en torno a la solución de la pobreza por la corriente humanista (Pérez, 2003).

Durante el medievo, el pobre cumplía una función social: rezar por los benefactores; el benefactor se salvaba por la oración del pobre y su caridad, y el pobre por su oración y pobreza. Sin embargo, en el Renacimiento hay un giro de pensamiento; se exalta el trabajo como algo humano. Pero, por la honra, hubo pecheros que despreciaban el trabajo dedicándose a la picaresca; robaban la asistencia a aquellos pobres verdaderos, lo que provocó una persecución contra todos los pobres, marginándolos por posible contagio moral (Rodríguez, 1981; 2003). El problema real eran los pobres falsos; mientras unos tienen derecho a mendigar por alguna incapacidad, lo cual es justo y equitativo, los falsos querían vivir de ayudas pudiendo trabajar, eludiendo su responsabilidad, por lo que se inicia un debate para controlarlos.

Los pobres y el humanismo

Principalmente, fueron tres los humanistas que incidieron en la sociedad española: Erasmo, Moro y Vives. Para los tres, el problema se encuentra en aquellos que almacenan las riquezas creyendo encontrar en ellas la seguridad, olvidando su vulnerabilidad (González-Faus, 1991; Moro, 2004; Vives, 1997). Juan de Dios, descubriendo su propia vulnerabilidad e integrándola en su vida, llamará a toda persona “hermano”. No reserva este apelativo a los pobres, sino a todos, incluso al rey Felipe II, al cual le dijo “Señor, yo acostumbro llamar a todos hermanos en Jesucristo” (Castro, 1995, p. 55). Mientras la sociedad criticaba y se alejaba de los pobres por considerarlos malos, Juan de Dios no emite juicios de valor en torno a ellos, pues todos, ricos o pobres, son iguales en cuanto a naturaleza:

“los pobres que están en el hospital son buenos, y yo no conozco vicio ninguno dellos; y pues Dios sufre a malos y buenos, y sobre todos tiende su sol cada día, no será razón echar a los desamparados y afligidos de su propia casa” (Castro, 1995, p. 72)

Ciertamente, Juan de Dios considera a toda persona potencialmente perfecta, en contraposición a humanistas como Vives o Erasmo que critican tanto al rico como al pobre falso que basan su vida en el egoísmo, pereza y avaricia (Maza, 1987). Para Juan de Dios, que los pobres no tengan acceso a los recursos socio-sanitarios radica en la carencia de responsabilidad de la que hablan los humanistas, pero contempla a estas mismas personas como carentes de conciencia social, por lo que también requieren de cuidados a nivel espiritual.

En esta misma tónica, su maestro Juan de Ávila procura una reforma integral basada en

medidas políticas y educativas. Impulsa las cofradías de caridad, la hospitalidad, o la creación de escuelas para pobres, de modo que no sólo se limite a la ayuda económica sino una reforma a largo plazo que reinserte a aquellos en riesgo de exclusión, aunque incluye una educación integral para todos (Esquerda, 2000; Moreno, 2004), pues refiere que toda persona “*es de la misma flaca naturaleza*” (de Ávila, 2007, p. 741), y todos están inclinados al mal, pues “*piense que él y el caído son de una masa, y que cayendo otro cae él cuanto es de su parte*” (de Ávila, 2003, p. 565). Toda persona es semejante ante la contingencia de la vida; la persona sale del no ser al ser, y de ahí a la transcendencia. Y aun siendo todos iguales en cuanto a esencia personal, todos son diferentes en cuanto a su existencia. Dice Juan de Dios que “*si bien todos persiguen un mismo fin, cada uno va por el camino que Dios le traza*” (Martínez-Gil, 2002, p. 589), por lo que la justicia no radicaría en dar a todos por igual sino a cada uno lo que le corresponde, pues “*la Justicia quiere decir que seamos justos, dando a cada uno lo que es suyo*” (Martínez-Gil, 2002, p. 589).

Juan de Ávila (2007) no se queda en la teoría ontológica, él se adentra en las relaciones igualitarias y en el cómo llegar a ser *justos*. La igualdad podríamos decir que es reconocida en cuanto que hay justicia entre las partes, siendo esta definida como la virtud por la cual se da a cada uno lo suyo, lo que le corresponde (de Aquino, 2001). Y esta justicia que sería particular, siguiendo la doctrina tomista, se haría universal al establecerse la fraternidad. Dice Ávila (2007):

“Porque si Cristo en vos mora, sentiréis de las cosas como Él sintió, y veréis con cuánta razón sois obligada a sufrir y amar a los prójimos; a los cuales Él amó y estimó como la cabeza ama a su cuerpo, y el esposo a su esposa, y como hermano a hermanos, y como amoroso padre a sus hijos” (p. 742)

Como se aprecia, la empatía es una de las habilidades necesarias para ser justos y establecer relaciones igualitarias, siendo un requisito el autoconocimiento y la humildad. Dice Ávila (2007):

“No se puede decir ni escribir, el entrañable amor que se engendra en el corazón del cristiano que mira a sus prójimos, no según lo de fuera, así como riquezas o linajes, o cosas semejantes, mas como a unos entrañables pedazos del cuerpo de Jesucristo, y como cosa conjuntísima a Cristo con toda manera de parentesco y de amistad” (p. 743)

El cambio necesario de mentalidad, Juan de Dios y Ávila, la basan en la gratuidad. Al descubrir la persona la contingencia de la vida, comienza a aceptar toda la existencia como un

don, siendo la vulnerabilidad humana una verdad común a todo ser humano, siendo todos uno y lo mismo. Por ende, Ávila (2007) le recordará a Doña Sancha Carrillo la ley que debe de regir las relaciones interpersonales para alcanzar la justicia:

“Pues, doncella, en cualquier cosa que en vuestro prójimo viéredes, mirad qué es lo que vos sentís, o querriades que otros sintieses de vos, si aquello os acaeciese; y con aquellos ojos que pasan por vos compadeceos de él, y remediadlo en cuanto pudiéredes; y seréis medida de Dios con esta piadosa medida que vos midiéredes” (p. 742)

se aprecia, el gran problema social de la época era la discriminación del diferente, estableciendo estructuras de poder entre clases y entre personas, siendo la alteridad y reciprocidad que provocan la solidaridad en justicia dos conceptos no deseados por los individuos que se adaptan a la norma imperante, como son los privilegiados. El mismo Luis Vives (1997), refería:

“No se puede contar el número de los que tres años ha murieron de hambre en el Andalucía, que vivieran aun si estuviéramos tan prontos a dar socorro como a pedirlos, o si nos moviese siquiera la libertad de las bestias y su género de sentido, mas acomodado a la naturaleza que el nuestro, pues ninguna bestia hay que, apacentada y satisfecha, no deje allí al común que le sobra, sin custodia alguna” (p. 52)

Y esta injusticia por el individualismo, fue lo que hizo a Juan de Dios despertar, como se aprecia en su biografía:

“estando en casa del Conde de Oropesa veía en la caballeriza los caballos gordos y lucidos y bien encubertados, y los pobres flacos y desnudos y mal tratados; y el entre si decía: Y como, Ioan, ¿no será mejor que entiendas en curar y apacentar los pobres de Jesucristo, que no bestias del campo? Y suspirando decía: Dios me traiga a tiempo que lo haga” (Castro, 1995, pp. 8-9)

Estas injusticias crearon un cambio de mentalidad en Juan de Dios, desembocando en una alteridad hospitalaria, especialmente hacia el pobre, aunque su atención socio-sanitaria fuera de carácter universal. El pobre era despreciado, como se aprecia en los hospitales de la época; siendo creados para los desamparados, se convirtieron en un dispositivo de control (Foucault, 1997; 2009; Menéndez, 2005):

“no se reciben enfermos sin que primero haya parecer del médico y consentimiento de rector y hermano mayor [...] Y se han muerto esperando las dilaciones y

determinaciones para ser recibido. Y para unos hay cama y para otros nunca la hay [...] si viene el pobre a la puerta a pedir, siempre le dicen esperaos; y, si viene el rico, no a menester portero, todos le conocen, porque trae su xaez” (Sánchez-Martínez, 1573, pp. 383-388)

El problema para la mentalidad de la época no eran los pobres, sino aquellos que acumulaban riquezas, tanto ricos como pobres falsos. Para Vives (1997), el avaro es un “*ladrón*” por malgastar los recursos económicos con fines hedonistas. Del mismo modo, Tomás Moro también critica a los que acumulan y malgastan sus riquezas, proponiendo la propiedad colectiva (Moro, 2004), lo que resultaría en Juan de Dios la hospitalidad. Sin embargo, para los humanistas la caridad era concebida como una fuente de ociosidad (Maza, 1987). Era necesaria una reforma asistencial nacional para atajar la necesidad de justicia de aquellos más vulnerables. Dice Erasmo:

“cuánta ansiedad por el miedo a perder lo que tenemos... Pobre y desamparado es todo hombre por piadoso que sea en esta vida, siempre con hambre y sed de justicia hasta que se vea saciada en la resurrección” (González-Faus, 1991)

Sin embargo, la concepción medieval se mantuvo a la vez que crecía la visión humanista, produciendo en España un debate entre intelectuales que se tradujo en medidas legales (Santolaria, 1997).

El debate de los pobres en España

En España el trabajo no faltaba, pero los trabajadores demandaban un alto salario, por lo que preferían mendigar (Pérez, 2003). Por ello, la sociedad se dividió entre el control de los pobres y la libertad de mendigar. El mayor problema llegó en la crisis de los años 38 y 39, cuando el mismo Cardenal Tavera informaba al emperador Carlos V de la carencia de pan, aumentando el número de pobres, aunque sin distinguir entre verdaderos y falsos (Santolaria, 2003).

Las primeras medidas que se tomaron en las Cortes fue la diferenciación de los pobres verdaderos de los falsos, dando cédula a aquellos pobres que, tras ser examinados, demostraban su incapacidad para trabajar, creando desconfianza de todos los pobres. A su vez, se ordenó crear hospitales para la institucionalización de los mismos (Perrotta, 2000). Mientras había segregación, Juan de Dios establece la igualdad de atención, sin mirar a quién:

“recogía a todo género de pobres de cualquier enfermedad que fuese, sin elección de persona alguna ni exceptuar a ninguno, sino, generalmente, a todos recibía así

moriscos como cristianos viejos. Cuantos le nombraban a Dios tantos recogía”

(Sánchez-Martínez, 1573, p. 376)

Esto es por su vocación de “*salvar las almas de los pobres que al dicho hospital van*” (Sánchez-Martínez, 1573, p. 388), acogiendo hasta completar aforo. Por ende, el hospital se designaba como de desamparados o general. De igual modo sucedía con la limosna, daba a cualquier persona que pidiese por Dios. Todos son iguales para él, siempre y cuando pidan ayuda por Dios; no sólo en la ciudad de Granada, pues “*Hermano, dallo aquí o dallo en Granada todo es hacer bien por Dios, que está en todo lugar*” (Castro, 1995, p. 57), incluso asistía en la cárcel de Oropesa (Martínez-Gil, 2006). Juan de Ávila instruye a la Duquesa de Arcos en una de sus cartas sobre a quién se debe socorrer; la limosna no es el fin sino un medio por el cual hacer justicia. Da igual el parentesco o el lugar, sólo hay que mirar la necesidad de quien recibe ayuda (de Ávila, 2003).

Juan de Dios se hace igual a toda persona; se hace pobre por los pobres, y enfermo por los enfermos, pues “*les daba todo cuanto tenía hasta desnudarse y dalles su hábito*” (Martínez-Gil, 2006, p. 61), como bien solicita, “*Hermano, dadme otro, que aquel di a un pobre que tenía más necesidad que no yo*” (Sánchez-Martínez, 1573, p. 420); al ser los otros, Juan de Dios quiere morir en su hospital con sus pobres y enfermos, muriendo como ellos en ausencia de privilegios, tal como vivió (Castro, 1995; Martínez-Gil, 2006).

Pero si había un sector social injustamente discriminado era el de la mujer; desde la Grecia clásica se las consideraba inferiores al hombre. Esto propició el Patriarcado por el que la mujer quedaba totalmente dependiente del hombre, siendo recluida al ámbito doméstico y religioso (Díaz, 2010), siendo la única salida de la mujer la vida religiosa o el matrimonio. Por esta causa, la mujer que caía en pobreza, podría recurrir a la prostitución ante la ausencia de un sistema de soporte. Esta práctica estaba prohibida, aunque se toleraba, y aunque las prostitutas eran despreciadas, muchos eran los clientes que recurrían a ellas (Moreno y Vázquez, 2007); nadie les facilitaba el abandonar este último recurso, incluso “*muchos siervos de Dios se abstienen de tratar con ellas*” (Castro, 1995, p. 41), pues podían ser deshonrados. La sociedad las juzgaba de “*mujeres malmiradas*” o “*mujeres de mal exemplo y que son perjudiciales*” (Castro, 1995, pp. 71-72).

A Juan de Ávila se le ha tachado múltiples veces de misoginia, pero son múltiples las cartas que envía a mujeres como dirección espiritual, e incluso se conoce por su biografía su relación pastoral con ellas, encontrando entre estas mujeres a Santa Teresa de Jesús, la cual destino el libro de su vida a su revisión, antes de pasar la censura del tribunal de la Inquisición.

A su vez, su obra más paradigmática, el *Audi, Filia*, es redactado en primer lugar para una mujer dirigida suya, Doña Sancha Carrillo, aunque después se imprimiría para la lectura de toda la sociedad. Sin embargo, debemos afirmar que mantuvo parte del ideario de la época, pues diferencia entre sexos y considera a la mujer como un ser emocional mientras el hombre es la fortaleza y racionalidad (de Ávila, 2007). Aun así, es de resaltar que el Maestro Ávila abre la puerta a la mujer a la formación espiritual, relegada al ámbito religioso, alcanzando el mundo de los hombres (Rincón, 2011).

En Juan de Dios no se aprecia atisbo de miedo ni rechazo a la mujer; al contrario, sale en busca de ellas para promocionar su salud y bienestar integral. Estas mujeres podían ser pobres vergonzantes, huérfanas, viudas, prostitutas, doncellas, ricas o pobres, etc. Para él la mujer no es un cuerpo sino una persona con la misma dignidad que el hombre, por lo que se siente impelido a cuidar de ellas; es la responsabilidad individual y social lo que mueve su voluntad, pudiendo caracterizar esto el *ethos* del cuidar (Martínez-Gil, 2002; García, 2015; Torralba, 1998; Spaemann, 1987). Las mujeres viudas o doncellas formaban comunidades, dotándolas de recursos para el sustento a través del trabajo manual y les aportaba charlas espirituales para cuidarlas en su dimensión psico-espiritual (Castro, 1995). Y todo ello respetando la autonomía de las mismas, siendo él un recurso para fomentar el autocuidado e independencia.

Es muy de resaltar su relación con las prostitutas (Castro, 1995); cuando iba a los prostíbulos, buscaba a las más necesitadas, les pagaba el precio estipulado, e iban a una habitación donde se ponía de rodillas y relataba todos sus errores del pasado pidiendo perdón por ellos. Juan de Dios parte de su autoconocimiento para reconocer en la mujer su dignidad, pues ambos son personas vulnerables. Tras esto, Juan de Dios comenzaba a relatar la Pasión de Cristo para contemplar el amor de un Dios que ama a toda persona.

Sería ingrato no recordar que muchas mujeres y hombres le acompañaron en esta tarea creando grupos de autoatención para la realización de su hospitalidad (Sánchez-Martínez, 1573; Martínez-Gil, 2006).

CONCLUSIONES

Por lo tanto, para ambos autores, toda persona es igual en cuanto a dignidad y contingencia, siendo todos llamados a un mismo fin sobrenatural. A su vez, contemplan a todas las personas inclinadas al mal. Ya bien fuesen cristianos, viejos o nuevos, judíos, musulmanes, ricos o pobres, hombre o mujer, todos son iguales ante Dios, por lo que Juan de Dios y Juan de Ávila se relacionan con ellos observando sólo lo que pueden llegar a ser: perfectos. Así, ante

esto, todos son iguales, necesarios, necesitados, y complementarios, por lo que las medidas reformadoras de estos dos hombres fueron encaminadas a la promoción de aquellos que se hallaban en condiciones más injustas por las estructuras sociales, de manera que a través de sus palabras y obras pudieron colaborar a establecer una comunidad equitativa, dando a cada uno lo que le corresponde.

BIBLIOGRAFÍA

- Bardin, L. (2002). *Análisis de contenido*. Madrid: Akal.
- Beauchamp, T., y Childress, J. (1999). *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson.
- Castro, F. (1995). *Historia de la vida y santas obras de San Juan de Dios y de la Institución de su orden y principios de su Hospital*. Córdoba: Obra Cultural Cajasur.
- de Aquino, T. (2001). *Suma de teología*. III: Parte II-II ae (Vol. III). (D. Byrne, Ed.) Madrid: BAC.
- de Ávila, J. (2003). *Obras completas de San Juan de Ávila*. IV: Epistolario (Vol. IV: Epistolario). (L. Sala, & M. F, Edits.) Madrid: BAC.
- de Ávila, J. (2007). *Obras completas de San Juan de Ávila*. I: Audi, filia. Pláticas. Tratados. Madrid: BAC.
- Díaz, S. (2010). *Discriminación o Igualdad. La educación en el respeto a la diferencia a través de la enseñanza de la Historia*. Segovia: Universidad de Valladolid.
- Erasmo. (1993). *El elogio a la locura*. Barcelona: Ediciones 29.
- Ferrarotti, F. (1981). On the autonomy of the Biographical Method. En Bertaux, Biography and Society. *The Life History Approach in the Social Sciences*. London: SAGE.
- Foucault, M. (1997). *El nacimiento de la clínica*. Madrid: siglo veintiuno.
- Foucault, M. (2009). *Vigilar y castigar*. Madrid: siglo veintiuno.
- García, L. (2015). La ética del cuidado y su aplicación en la profesión enfermera. *Acta Bioethica*, 21(2), 311-317.
- García-Pedraza, A. (Otoño de 1995). Una relación ignorada: Juan de Dios y los moriscos. *Index de Enfermería*, 4(14), 23-26.
- González-Faus, J. (1991). *Vicarios de Cristo*. Madrid: Trotta.
- Hering, M. (2003-04). "Limpieza de Sangre": ¿Racismo en la Edad Moderna? *Tiempos modernos* (9), 1-16.

- Maritain, J. (1991). *De Bergson a Santo Tomas De Aquino*. Buenos Aires: Ministerio de Cultura Buenos Aires.
- Martínez-Gil, J. (Ed.) (2002). *San Juan de Dios: Fundador de la Fraternidad Hospitalaria*. Madrid: BAC.
- Martínez-Gil, J. (Ed.). (2006). *Proceso de beatificación de San Juan de Dios*. Madrid: Bibl.autores cristianos
- Maza, E. (1987). *Pobreza y asistencia social en España. Siglos XVI al XX*. Valladolid: Universidad de Valladolid.
- Menéndez, E. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Antropología social* (14), 33-69.
- Moreno, A., & Vázquez, F. (2007). Formas y funciones de la prostitución hispana en la Edad Moderna: el caso andaluz. *Norba. Revista de Historia*, 20, 53-84.
- Moreno, J. (2004). *Juan de Ávila: Corazón de pobre*. Burgos: Monte Carmelo.
- Moro, T. (2004). *Utopía*. Madrid: Tecnos.
- ONU. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Recuperado de http://www.derechoshumanos.net/normativa/normas/1948-DeclaracionUniversal.htm?gclid=EAIaIQobChMIr9Gw4L_C1gIVSbHtCh1KPQ08EAAYASAAEgKDKfD_BwE
- Ortega, S. (1992). Introducción a la Historia de las Mentalidades. En H. Crespo, E. Florescano, L. González González, M. León-Portilla, C. Marichal, C. Martínez Assad, y otros, *El Historiador frente a la Historia. Corrientes historiográficas actuales* (págs. 87-95). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Pérez, J. (2003). *Historia de España*. Barcelona: Crítica.
- Perrotta, C. (2000). La disputa sobre los pobres en los Siglos XVI y XVII: España entre desarrollo y regresión. *Cuadernos de CC.EE. y EE.* (37), 95-12.
- Rincón, M. (2011). *Juan de Ávila y la Espiritualidad de la mujer*. En *Entre todos, Juan de Ávila* (págs. 233-236). Madrid: BAC.
- Rodríguez, A. (1981). Pobreza y marginación social en la España moderna. *Norba*, 2, 233-244.
- Rodríguez, J. (2003). La pobreza como marginación y delito. *Gazeta de antropología*, 19(14).
- Rodríguez, R.M., Arribas, J.M., & Gantes, J.C. (2004). Cuatro siglos de cuidados transculturales. *Cultura de los Cuidados*, 16(2), 20-26.
- Salazar, J. (1991). La limpieza de sangre. *Revista de la Inquisición* (1), 289-308.
- Sánchez-Martínez, J (Ed.) (1573). *Pleito entre los hermanos del "ospital de Juan de Dios" y "los frayles e convento del monasterio de San Gerónimo"*. *San Juan de Dios: Construcción y propiedad histórica (1543-1593)* (págs. 133-436). Granada: Archivo Museo San Juan de

Dios.

- Santolaria, F. (2003). *El gran debate sobre los pobres en el siglo XVI*. Barcelona: Ariel.
- Spaemann, R. (1987). *Ética: Cuestiones fundamentales*. Pamplona: Eunsa.
- Torralba, F. (1998). *Antropología del cuidar*. España: Mapfre.
- Vives, J. (1997). *El socorro de los pobres. La comunicación de bienes*. Madrid: Tecnos.
- Weil, S. (1996). *Echar raíces*. Madrid: Trotta.

(Re)construcción del rol histórico de la enfermería en Chile: una mirada desde las representaciones sociales de las personas vinculadas a la enfermería

(Re) construction of the historical role of nursing in Chile: a look from the social representations of people linked to nursing

(Re) construção do papel histórico da enfermagem no Chile: um olhar a partir das representações sociais de pessoas vinculadas à enfermagem

Hugo Juanillo-Maluenda¹, Gabriel Chavira-Trujillo²

¹ Doctor en Ciencias de la Salud Pública. Docente adjunto Escuela de Salud, Carrera de Enfermería, Universidad de O'Higgins, Rancagua, Chile. Correo electrónico: hugo.juanillo@uoh.cl Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0292-4333>

² Doctor en Ciencias de la Salud Pública Investigador Adscrito al Departamento de Epidemiología del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" Juan Badiano 1, Col. Sección XVI, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14080, Ciudad de México, Tel.: 555573-2911. Correo electrónico: psic.gabrielchavira@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9918-1822>

Cómo citar este artículo en edición digital: Juanillo-Maluenda, H., & Chavira-Trujillo, G. (2022). (Re)construcción del rol histórico de la enfermería en Chile: una mirada desde las representaciones sociales de las personas vinculadas a la enfermería. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 26(63). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2022.63.06>

Correo electrónico de contacto: psic.gabrielchavira@gmail.com

Correspondencia: Departamento de Epidemiología del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" Juan Badiano 1, Col. Sección XVI, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14080, Ciudad de México, Tel.: 555573-2911 ext. 21014.

Recibido: 21/12/2021 Aceptado: 28/02/2022



ABSTRACT

Aim. Explore the social representations of the historical role of Chilean nursing in people linked to this profession. **Methodology.** A study of social representations was carried out through the application of free lists in people linked to nursing. From the structuralist approach, the central nucleus and the peripheries of the social representation were determined, complementing it with an analysis of similarity of the words evoked and one of the discourses that support the choice of the participants, interpreted according to their lexicographic relationships. **Results** The central nucleus was made up of the terms: "Care", "History", "Management" and "Florence Nightingale". Two main nodes were identified: "nursing" and "role". The elements "history" and "health" showed a greater relationship with "nursing"; while "role" was linked to the execution and the

management of the profession. Conclusion. Although there is a diversity of terms related to milestones in the historical role of Chilean nursing, there are elements that are not present. It is essential to reinforce the spaces for discussion and training, since the omission in matters of public policies in which the nursing discipline in Chile has been a participant throughout history is evident.

Keywords: History of Nursing; Historical Role of Nursing; Social Representations; Chile

RESUMEN

Objetivo. Explorar las representaciones sociales del rol histórico de la enfermería chilena, en personas vinculadas a esta profesión. **Metodología.** Se realizó un estudio de las representaciones sociales por medio de la aplicación de listados libres en personas vinculadas a la enfermería. A partir del enfoque estructuralista se determinó el núcleo central y las periferias de la representación social complementando con un análisis de similitud de las palabras evocadas y uno de los discursos que fundamentan la elección de los participantes, interpretado en función de sus relaciones lexicográficas. **Resultados** El núcleo central estuvo conformado por los términos: “Cuidados”, “Historia”, “Gestión” y “Florence Nightingale”. Se identificaron dos nodos: “enfermería” y “rol”. Los elementos “historia” y “salud” mostraron mayor relación con “enfermería”; mientras que “rol” se vinculó a la ejecución y las gestiones propias de la profesión. **Conclusión.** A pesar que existe una diversidad de términos relacionados con hitos del rol histórico de la enfermería chilena, hay aún elementos que no están presentes. Es indispensable reforzar los espacios de discusión y formación, ya que, se hace evidente la omisión en materia de políticas públicas en que ha sido partícipe la disciplina de enfermería en Chile a lo largo de la historia.

Palabras clave: Historia de la Enfermería; Rol Histórico, Representaciones Sociales; Chile

RESUMO

Objetivo. Explorar as representações sociais do papel histórico da enfermagem chilena nas pessoas vinculadas a esta profissão. **Metodologia.** Foi realizado um estudo das representações sociais através da aplicação de listas livres em pessoas ligadas à enfermagem. A partir da abordagem estruturalista foi determinado o núcleo central e periférico da representação social complementando com uma análise de semelhança das palavras evocadas e dos discursos que fundamentam a eleição dos participantes, interpretados em função das suas relações lexicográficas. **Resultados:** O núcleo central foi formado pelos termos: “Cuidado”, “História”, “Gestão” e “Florence Nightingale”. Foram identificados dois nós: “enfermagem” e “função”. Os elementos “história” e “saúde” mostraram uma maior relação com a “enfermagem”, enquanto que “função” estava ligado à execução e gestão da profissão. **Conclusão.** Apesar de haver uma diversidade de termos relacionados com marcos do papel histórico da enfermagem chilena, há elementos que não estão presentes. É indispensável reforçar os espaços de discussão e formação, pois, torna-se evidente a omissão em matéria de políticas públicas em que a disciplina de enfermagem têm participado no Chile ao longo da história.

Palavras-chave: história da enfermagem; função histórica da enfermagem; representações sociais; Chile.

INTRODUCCIÓN

En las últimas dos décadas, académicas y académicos vinculados a las ciencias de la enfermería, han buscado una interpretación sociohistórica a la enfermería chilena en sus distintas etapas. Sin embargo, no se ha alcanzado suficiencia en el tema como su rol en políticas públicas a lo largo de la historia chilena. Para Arratia (2005), el fenómeno de querer rescatar la historia de las enfermeras chilenas surge a partir del deseo por construir una identidad, visibilizar su trabajo y validarse en su quehacer profesional. Ante este dilema, (Moreno

& Siles, 2014) establece que la memoria colectiva de los profesionales de enfermería le brinda una identidad como grupo social en la medida que estos gestionen y establezcan su propia memoria. En este sentido, la memoria colectiva es una vía para representar esta reivindicación histórica, ya que vincula tanto la historia cotidiana como aquella que está patente en la memoria actual de las personas (Carretero et al., 2006).

El concepto de memoria colectiva fue acuñado por Halbwachs (2004), quien la define como necesaria para la reconstrucción histórica de las representaciones pretéritas de determinados grupos, cuya finalidad es producir, conservar y reconfigurar el pasado histórico de los actores involucrados. Por ello, la propuesta de Siles va en la senda que los colectivos profesionales prestigiosos, presenten una percepción de sí mismos de utilidad ante la sociedad, lo que les permita influir en la interpretación de los hitos que los involucra; por lo mismo, es de ellos la responsabilidad de analizarlos y solucionarlos (Siles, 2004). Precisamente esta problemática permite contextualizar la complejidad para la enfermería por asumir este desafío frente a una relegación histórica ante el saber biomédico que, desde su posición dominante, provoca en este cuerpo profesional una permanente lucha contra este sometimiento para sustentar tanto su existencia como su identidad (Landman et al., 2019)

Para Alba-González (2016), la memoria colectiva y las representaciones sociales (RS) se vinculan epistemológicamente a partir de la sociología durkheimiana en lo que respecta a la noción de representaciones colectivas. En palabras de quien sienta las bases teóricas de las RS, Serge Moscovici (1979), estas corresponden a un corpus organizado de conocimientos, en tanto actividad psíquica por la cual las personas hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios. Para el enfoque estructural de las RS desarrollado por Abric (2001) y cuyos aportes están en la aproximación a la organización y estructura de las RS, estas se definen como un sistema interpretativo que influye en las relaciones y el comportamiento de las personas con su entorno físico y social, lo que en definitiva determina la manera en que se le da sentido a las prácticas sociales.

Es así como la teoría de las RS y sus distintas metodologías permiten la reconstrucción de la memoria colectiva al actualizar la identidad social presente de los grupos, a partir de la (re)construcción de su pasado y con ello planificar como colectivo una visión de futuro en la medida que ciertos aspectos del pasado van sucumbiendo en el olvido social (Alba-González, 2016). Investigaciones llevadas a cabo por Liu y Hilton (2005) sugieren que las implicancias del estudio de las RS en la historia de un determinado grupo social conllevan a que estos presenten un impacto significativo en su identidad, lo que en definitiva les permite desarrollar un sentido crítico para responder a nuevos desafíos transformadores en el futuro (McKeown, 2020; Serdarevich, 2020).

Objetivo

Explorar, definir e interpretar las representaciones sociales de las personas vinculadas a la enfermería del rol histórico de la enfermería chilena, por medio de la complementariedad que brindan los enfoques estructuralista e interpretativista.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño. Se realizó un estudio exploratorio de acuerdo con el enfoque estructuralista de la Teoría de las

RS (Abric, 2001; Banchs, 2000; Vergés, 1992), el modelo de consenso cultural (Romney et al., 1986; Weller, 2007) y el interpretativismo (Morin, 2001).

Delimitación sociocultural. La investigación se realizó en 13 regiones de Chile dentro de un contexto mayoritariamente urbano. La difusión estuvo orientada primariamente a profesionales y estudiantes de enfermería ya que, derivado de su práctica, formación y área profesional su información se considera más representativa del término inductor.

Muestra. Se realizó un muestreo no probabilístico por el método de casos críticos (Martínez-Salgado, 2012) con autoselección de participantes. La participación fue voluntaria y fue condicionada a los siguientes criterios: ser estudiante o profesional de enfermería.

Técnicas de recolección de datos. Se recolectó la información durante el periodo de mayo a agosto del 2019. Los participantes realizaron una entrevista estructurada compuesta de: consentimiento informado, datos sociodemográficos y listados libres. La entrevista estructurada fue creada mediante la herramienta Formularios que ofrece Google ® y difundida por medio de un URL. Las respuestas se almacenaron automáticamente en una hoja de cálculo, lo que disminuyó el error de captura.

El consentimiento informado se elaboró conforme a la ley aplicable en Chile (Figuroa, 2012) y en la cédula de datos sociodemográficos se recabó: sexo, edad, nivel educativo, área y región geográfica. La técnica de los listados libres es frecuentemente utilizada en la literatura para configurar las RS (Betancur-Betancur et al., 2014; Romney et al., 1986; Vergès, 1992). Esta consiste en una entrevista estructurada autoadministrable que solicita al participante escribir cinco palabras o expresiones “que se le vengan a la mente” a partir de un término inductor; en este caso fue: “Rol histórico de la enfermería en Chile”. Una vez mencionadas, se pidió a las personas una definición y/o explicación del porqué mencionó cada una de las palabras (Abric, 2001; Lo Monaco et al., 2017).

Procedimientos de análisis. En primera instancia se realizó una depuración de casos como detalla el diagrama de limpieza (Anexo 1), posteriormente se hizo una limpieza de la base de datos que consistió en: borrar los signos de puntuación y símbolos adicionales (e.g. /,*,?;¡), estandarizar la ortografía de las palabras (e.g. “Educación”: educación, educasión, educacion), así como una agrupación de palabras con el mismo significado (e.g. Universidad: Universidades, universidades).

Posteriormente se hizo un análisis prototípico de las palabras recabadas en los listados libres ponderando dos indicadores: la frecuencia de la palabra (número de veces que es mencionado un término) y el orden de mención (lugar en que fue enunciada la palabra) para determinar la estructura de la RS. A partir del cruce de ambos indicadores, se produce una tabla con las cuatro zonas que conforman la estructura de la RS: núcleo central, zona de contraste y dos zonas periféricas (Abric, 2001; Banchs, 2000; Vergès, 1992, 2001).

Por último, se realizó un análisis de similitudes mediante el índice de coocurrencia, el cual permite conocer el consenso de sus respuestas, mediante el número de veces en la que los elementos han coocurrido en el discurso de los participantes. El análisis de similitud se aplicó a las palabras evocadas y a los contenidos de los significados (explicación del por qué asociaron las palabras). Por su parte, el análisis de los significados de los participantes permite conocer la composición léxico-semántica de los significados a través de las unidades

consensadas, es decir, que ocurran en conjunto (Marchand & Ratinaud, 2012; Molina-Neira et al., 2017; Ratinaud, 2004). Para los análisis se utilizó el software IRaMuteQ versión 07. Alpha 2 y hojas de cálculo.

RESULTADOS

Se consideraron 181 participantes con una edad media de 28.4 años y una desviación estándar de 8.04, el 84.83% fueron mujeres y el 96% pertenecía al área urbana. En lo que respecta a la educación concluida; el 48.62% tienen formación universitaria completa, el 36.46% educación media (en el caso de los estudiantes de enfermería), 8.29% poseen magíster concluido y el 6.07% educación técnico profesional. El 46.65% tuvo al menos una asignatura que dedicara sus contenidos exclusivamente a la historia de la enfermería en Chile.

A partir de los listados libres, se obtuvieron un total de 905 palabras o expresiones, de las cuales, 475 palabras presentaron frecuencia de uno y 84 presentaron al menos una frecuencia de dos. Tres participantes no respondieron en su totalidad al listado libre: uno dejó sin contestar la cuarta mención y dos la quinta palabra, lo que corresponde al 0.33% de pérdida de datos.

Análisis prototípico. En la *Figura 1* se aprecia la matriz del análisis prototípico que da cuenta de la estructura de la RS. Dentro del núcleo central de la RS del “*Rol Histórico de la Enfermería en Chile*” la palabra “*Cuidados*” presenta mayor relevancia, seguida de “*Educación y Gestión del Cuidado*”. Esta primera terna se enfoca en los roles históricos que ha jugado la profesión de la enfermería, denotando lo que para los participantes está más presente en su cotidianidad. Como elementos centrales adicionales las palabras “*Historia*”, “*Gestión*” y “*Florence Nigthingale*”, dan cuenta de una temporalidad y el quehacer de la enfermería, terminando con una de las principales representantes de la enfermería en Chile.

En la primera periferia se encuentran palabras asociadas con características de las personas: “*Vocación*” y “*Empatía*”. Los términos “*Poco Valorado*”, “*Evolución*” y “*Salud*”, señalan perspectivas arraigadas de la profesión que aluden al valor histórico, el desarrollo y el ejercicio sanitario. En esta zona se compone de los elementos que no son primeramente mencionados; sin embargo, tienen mayor frecuencia por parte de los participantes. Los elementos de contraste se organizaron en dos grupos i) estructurales (e.g. “*Salud Pública*”, “*Universidad de Chile*” y “*Código Sanitario*”) y ii) códigos presentes en la profesión (e.g. “*Responsabilidad*”, “*Profesionalización*”, “*Ayuda*” y “*Protección*”). En este mismo sentido, existen palabras asociadas con la identidad y la pertenencia (e.g. “*Empoderamiento de la Enfermería*”, “*Importancia*”, “*Historia de la Enfermería*”, “*Desconocido*”, “*Progreso*”, “*Enfermeras*” y “*Trabajo*”). La zona de contraste se compone de elementos relevantes (primeras menciones) que no alcanzaron la cantidad de personas (baja frecuencia) para figurar en lo central o la primera periferia.

Figura1. Análisis prototípico

		Núcleo central	Primera periferia
< 7.63 Frecuencias >= 7.63		Cuidados-55-1.8 Educación-22-2.7 Gestión del cuidado-19-2.6 Historia-15-2.1 Gestión-14-2.6 Florence Nightingale-14-1.4	Vocación-16-3.4 Empatía-11-3.6 Poco Valorado-11-3.5 Evolución-8-2.8 Salud-8-3.9
		Elementos de contraste	Segunda periferia
		Responsabilidad-7-2.7 Profesionalización-7-2.4 Salud Pública-6-2.5 Empoderamiento de la enfermería-6-2.5 Universidad de Chile-6-2.7 Importancia-6-2 Historia de la enfermería-5-2.6 Vacunación-5-1.8 Desconocido-4-1.8 Progreso-3-1.7 Código sanitario-3-1.7 Ayuda-3-2.7 Trabajo-3-2 Enfermeras-3-2.7 Protección-3-2.7	Investigación-7-4 Amor-6-3.5 Disciplina-6-4.3 Colegio de enfermeras-6-3.2 Holístico-6-3.3 Conocimiento-6-3.7 Autonomía-5-2.8 Liderazgo-5-2.8 Calidad-4-3.8 Lucha-4-3 Prevención-4-3.8 Nada-4-3.2 Esfuerzo-4-3.5 Administración-4-2.8 Epidemiología-3-3.3 Promoción y prevención-3-4.7 Modelos-3-3.3 Toca-3-4.3 Importante-3-3.7 Avances-3-4.7

Fuente: elaboración propia.

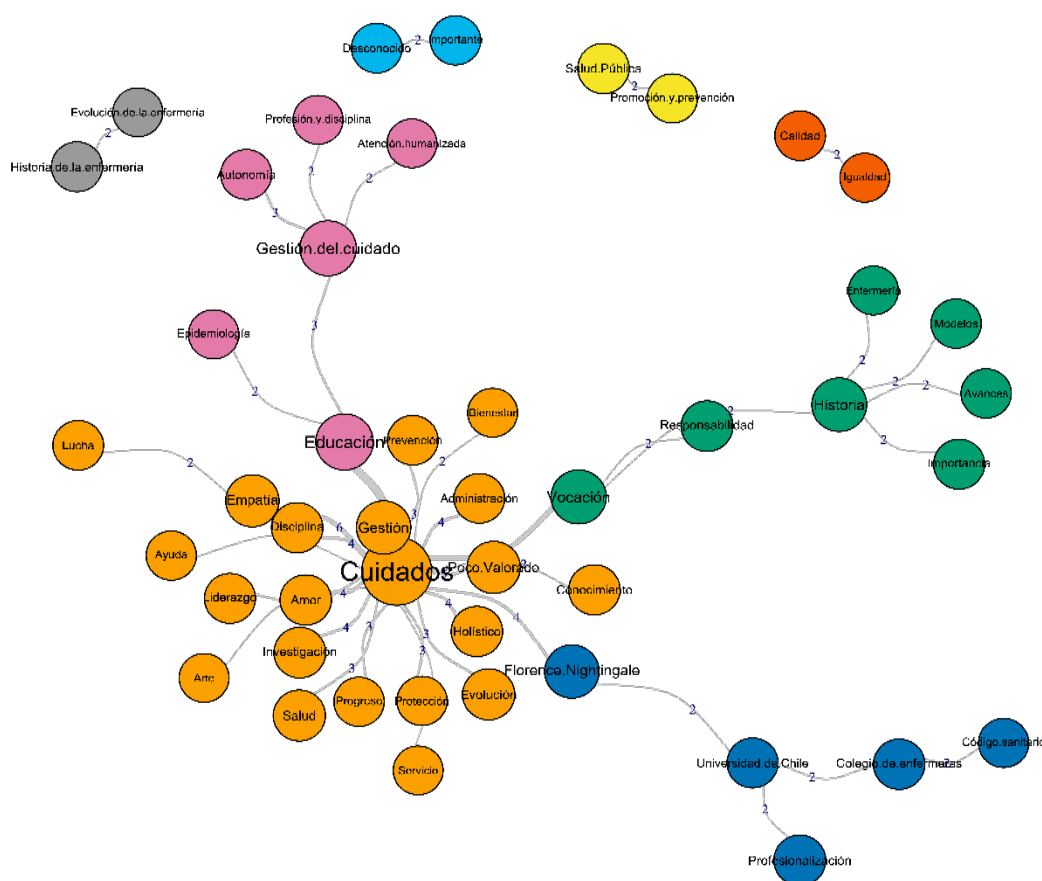
Por último, la segunda periferia da cuenta de los elementos que no son ni enunciados en los primeros lugares ni frecuentes, centrándose en términos asociados a la profesión que no alcanzaron consenso en el grupo recabado; sin embargo, aportan componentes emergentes de la RS. Elementos como: “*Investigación*”, “*Administración*”, “*Epidemiología*”, “*Promoción*” y “*Prevención*” refieren áreas específicas que ejercen los profesionistas entrevistados. Además, existen valores como las palabras: “*Amor*”, “*Disciplina*”, “*Autonomía*”, “*Liderazgo*” y “*Esfuerzo*”, relacionados con interpretaciones más particulares o poco difundidas. En última instancia, las palabras: “*Colegio de Enfermeras*”, “*Holístico*”, “*Conocimiento*”, “*Calidad*”, “*Lucha*”, “*Nada*”, “*Esfuerzo*”, “*Modelos*”, “*Toca*” (*cofia*) e “*Importante*”, se encuentran asociadas con elementos institucionales, instrumentales y semánticos.

Análisis de similitud. En la *Figura 2* se muestra el grafo resultante del análisis de similitud realizado con las matrices de palabras. El análisis de similitud en matrices de palabras evalúa el grado de acuerdo entre los participantes centrándose en las palabras que fueron enunciadas en el mismo orden y en el mismo lugar por los participantes. La palabra con mayor coocurrencia es “*Cuidados*”, señalando que ese rol histórico de la enfermería ha sido el central para la mayoría de los participantes. La segunda palabra que forma parte del núcleo central de la RS es “*Gestión*” cuyas funciones parecen estar altamente relacionadas con el cuidado, denotando que estas dos palabras son inseparables en el quehacer histórico de la enfermería. Dentro de la misma

red se aprecian el grupo de palabras circundantes: “Disciplina”, “Amor”, “Investigación”, “Holístico” y “Poco valorado” con similares índices de coocurrencia, dando cuenta de las características más consensadas para los participantes o que se asocian con menciones coocurrentes.

Existen otras palabras (nodos) que conectan con nuevos grupos de palabras (e.g. “Educación”, “Vocación” y “Florence Nigthingale”) dando cuenta de las redes de acuerdo naturales que se forman a partir del consenso de los participantes. Así también, existen cuatro duplas de palabras: i) *Historia de la enfermería-Evolución de la enfermería*, (ii) *Desconocido-Importante*, iii) *Salud Pública-Promoción y prevención* y iv) *Calidad-Igualdad*; estos elementos fueron temas convergentes dentro de los participantes, pero no lograron ser lo suficientemente representativos para asociarse a los significados principales en la muestra de participantes, sin embargo, son elementos emergentes que posiblemente aparezcan al explorar con mayor amplitud el rol en otros estudios.

Figura.2 Análisis de similitud de las menciones



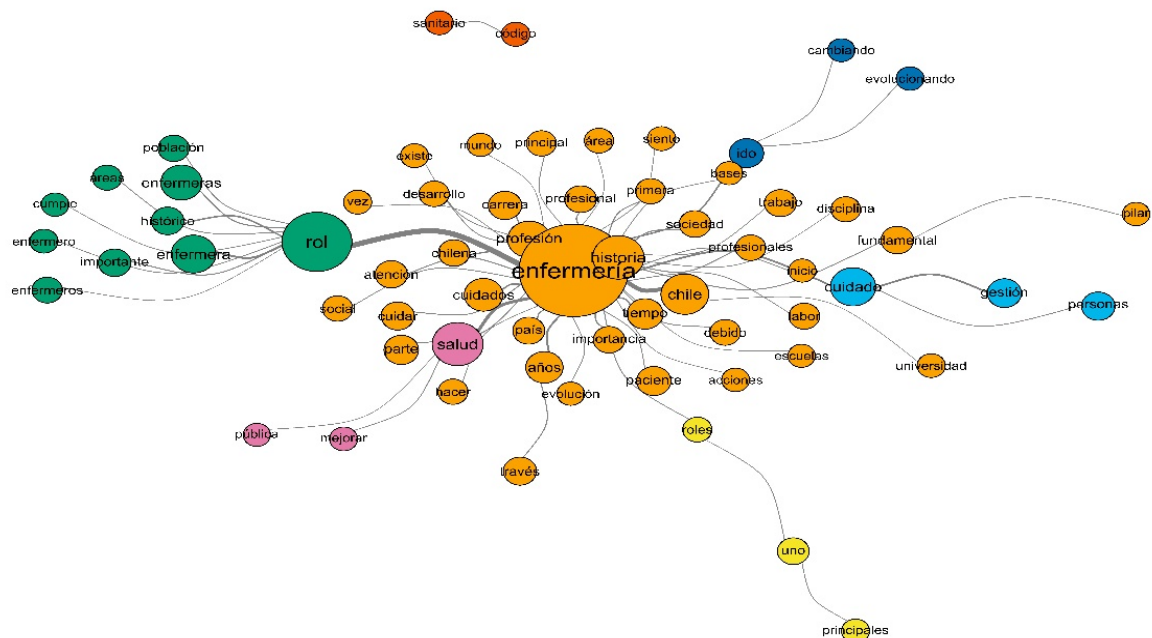
Fuente: elaboración propia.

La red que corresponde a “Educación” se asocia con el término “Epidemiología” y una agrupación de palabras relacionadas con la “Gestión del cuidado” que se compone de: “Autonomía”, “Profesión y Disciplina” y “Atención Humanizada”, dando cuenta de los valores inculcados dentro de la formación en enfermería. Además, la red de “Florence Nigthingale” contiene elementos más relacionados a instituciones formales como: “Universidad de Chile”, “Profesionalización”, “Colegio de enfermeras” y

“código sanitario”. Por último, la palabra “Vocación” da cuenta de la responsabilidad y elementos que componen el rol histórico que agrupa la palabra “Historia”: “Enfermería”, “Modelos”, “Avance” e “Importancia”.

Análisis de similitud lexicográfico. Se presenta en la *Figura.3* el análisis de los significados que a diferencia del presentado en la *Figura.2* está enfocado en las matrices de palabras. Dando cuenta del índice de coocurrencia de las redes léxico-semánticas en los significados de los participantes. En este análisis la palabra central es la “Enfermería”, que se encuentra íntimamente relacionada con la “Historia”, “Profesión” y “Chile”. La relación de las palabras con el término inductor en los discursos de los participantes señala junto con todas las palabras que la rodean, las características principales de los significados de la RS.

Figura.3 Análisis de similitud lexicográfico



Fuente: elaboración propia

La palabra “Rol” agrupa los diferentes actores (e.g. “Enfermera”, “Enfermero”) y clasificaciones (e.g. “Histórico”, “Importante”). Por su parte, la palabra Salud emerge con Pública y Mejorar mostrando dos características asociadas que dan cuenta de nociones de equidad y avance respectivamente; en este mismo sentido, el verbo “Ido” agrupa “Cambiando” y “Evolucionando”, lo que aporta un significado dinámico de continuo cambio y desarrollo. La palabra “Cuidado” se encuentra relacionada con “gestión” y “personas” dando cuenta de las funciones asociadas al cuidado; mientras que “roles” se socia con: “Uno” y “Principales”. Existe una dupla con *Sanitario-Código* que no alcanza a ser tan relevante en los significados de los participantes, pero se mantiene como un término presente.

DISCUSIÓN

La perspectiva utilizada en este estudio permitió brindar una aproximación a las RS de personas

vinculadas a la enfermería y su construcción como colectivo con respecto al rol histórico de la enfermería en Chile a más de un siglo de su conformación como profesión en el país. Un componente indiscutido, y de cierta manera privilegiado, corresponde al término “cuidados”; aspecto presente tanto en el núcleo central de la RS como en el nodo principal en el análisis de similitud de las matrices de palabras. Dentro del análisis prototípico se observa que el rol histórico de la enfermería en Chile está asociado a los “*cuidados*” al ser la palabra crucial del núcleo central y el nodo más importante dentro del análisis de similitud de las menciones. El rol del cuidado en la enfermería comienza a adquirir protagonismo conforme inicia su desvinculación gradual de las órdenes religiosas hacia finales del siglo XIX, las que eran las encargadas de la instrucción en materia de cuidado (Collao & Osorio, 2019); lo que en cierta forma permite configurar los albores en el desarrollo histórico del cuidado ejercido por las enfermeras.

La segunda palabra relevante que arroja el análisis prototípico se asocia con la palabra “*educación*” otro de los roles relevantes en el desarrollo histórico de la enfermería y presente en su memoria colectiva. Un claro ejemplo de este desarrollo es la creación del primer curso de instrucción para enfermeras en 1902 en el Hospital San Borja bajo las directrices del médico y catedrático Eduardo Moore Bravo; quien luego de un viaje a Europa conoce los avances en la formación de profesionales de la salud, aspecto que se materializó en la duración de los estudios de un mínimo de tres años y marca un hito en la historia de la enfermería chilena (Flores, 1965). A pesar de ello, el análisis de similitud de las menciones considera que esta palabra no juega una función central, sino más bien, parece tener un rol mediador con la gestión del cuidado palabra que cuenta con el tercer rol en el análisis prototípico.

Esta conjetura entre ambos análisis puede explicarse en términos históricos y de memoria colectiva de las personas vinculadas a la enfermería, al concebir la educación como un pilar fundamental en la evolución de la disciplina; la que migró desde ejecutar un cuidado técnico hacia una conceptualización más amplia a partir de la gestión de los cuidados, lo que permitió una activa participación de las y los profesionales de la enfermería dentro de las instituciones de salud y con ello alcanzar un rol clave y de mayor protagonismo al interior de las organizaciones sanitarias.

Esta evolución es calificada por algunos autores como una rápida “*intelectualización de la actividad práctica*” en la formación de los profesionales de enfermería (Ayala et al., 2014). En relación a lo descrito, una de las académicas chilenas más visionarias en el ámbito de la enfermería, Sofía Pincheira (1934), elaboró un decálogo de funciones para las escuelas formadoras de enfermeras, atribuyendo al Estado esta responsabilidad, dado el rol sanitario con formación científica que la enfermera debía poseer ante los problemas epidemiológicos de la época, lo que en definitiva contribuiría a determinar una independencia de los requerimientos de los hospitales para constituir a un profesional indispensable en la sociedad.

En términos generales, las últimas tres palabras del núcleo central de la RS que aparecen son: “*Historia*”, “*Gestión*” y “*Florence Nigthingale*”. Al ser la palabra “*Historia*” un término evidente y seguramente asociado al término inductor, algunos de los significados que los participantes brindaron fueron: “*Porque todo comienza aquí*”, “*La historia de la enfermería*”, “*la historia de la enfermería como llegó a Chile*” se puede suponer que esta palabra se encuentra vinculada al término generador “*Rol histórico de la enfermería en Chile*” dando una

noción de continuidad o asociación inevitable al término inductor.

En lo que respecta a la gestión de los cuidados, se establece en la Norma General Administrativa N° 19, la conformación de Unidades de Gestión del cuidado en establecimientos de atención cerrada (Resolución Exenta N° 1127 Ministerio de Salud, 2007), la que brinda una estructura organizacional al quehacer enfermero en organigramas hospitalarios (Mosqueda-Díaz & Stiepovich-Bertoni, 2012; Valdebenito et al., 2015). Con respecto a la figura de Florence Nigthingale, esta tuvo una especial acogida incluso antes que se iniciara la formación profesional en el país (Collao & Osorio, 2019), influencia que prosiguió en los años que la enfermería chilena se consolidó como una profesión con un currículum universitario; lo que para la enfermera salubrista Sofía Pincheira (1944), representó un ejemplo a seguir por el impacto que tuvo para el desarrollo de la profesión en Inglaterra. Incluso en la actualidad, su legado concita inspiración para las agrupaciones estudiantiles de enfermería quienes se autodenominan “Los hijos de Florence” lo que contribuye a brindar un sentido de pertenencia y lucha, en especial en conflictos profesionales acontecidos para el gremio en Chile durante la última década (Ayala & Núñez, 2017).

A partir del análisis de similitud lexicográfico que se realizó sobre los significados de los participantes, se observa como nodo central la palabra “*enfermería*” la que presenta una vinculación estrecha con las palabras: “*Rol*”, “*Chile*” e “*historia*”, situación que puede derivarse de la asociación libre debido a la similitud con el término inductor; sin embargo, denota la importancia que le brindan al rol en el contexto chileno; siendo los discursos más frecuentemente coocurridos por los participantes. A su vez, la palabra “*Rol*” agrupa un campo léxico sobre los actores y figuras relacionados al tema. Mientras que: “*Salud*”, “*Cuidado*”, “*Roles*” e “*Ido*” muestran nodos emergentes que conectan con los haceres y valores presentes en los discursos de los participantes.

No obstante, no fue posible evidenciar la evocación de aspectos históricos en los que ha sido protagonista la enfermería chilena. Un caso puntual que merece ser reivindicado en términos históricos, fue el papel que desempeñó la enfermera sanitarista en la década de 1930 (Illanes, 2010); época en que la mortalidad infantil era cercana a 225 por cada mil nacidos vivos (Llanos Reyes & Lanfranco, 2017) y donde la enfermería ejerció un rol clave al asistir a las madres en su domicilio. Esta estrategia contribuyó en el tiempo a reducir las tasas de mortalidad infantil en la segunda mitad del siglo XX, ya que para el año 1974 era de 65 por cada mil nacidos vivos (Braun et al., 2000). Para Ayala y Núñez (2017), esta validación del quehacer de enfermería tuvo impactos políticos sin precedentes, como el fortalecimiento de la formación universitaria, la implementación de políticas sanitarias que reconocían el rol de las enfermeras, la fundación de una asociación profesional que velaba por el comportamiento ético de las profesionales y la conformación de una asociación de educación para conducir el mejoramiento continuo de la formación en enfermería; lo que en definitiva sería validar el rol social de una profesión de acuerdo con los lineamientos de Siles (2004).

CONCLUSIONES

El estudio de las RS de las personas vinculadas a la enfermería determina que la palabra “*cuidados*” es el principal elemento dentro del rol histórico de la enfermería desde una perspectiva de la

memoria colectiva profesional. Sin embargo, existe una amplia diversidad en las respuestas de los participantes entre las que destaca la “vocación”, “educación” y “Florence Nightingale”. El análisis lexicográfico de los significados refiere la relevancia del rol de la enfermería como principal dúo presente en el discurso, coincidiendo con los elementos encontrados en el análisis prototípico.

Para comprender la profundidad de los elementos que conforman la representación social en la memoria colectiva de los profesionales en ejercicio y de los estudiantes en formación, es necesario integrar el conocimiento de otras disciplinas, ya que, una de las principales limitaciones del presente estudio se centra en la naturaleza exploratoria-descriptiva de la RS; a pesar de ello, el análisis lexicográfico de los discursos permite complementar y fundamentar la explicación de la RS, con base en la coocurrencia de los discursos de los participantes, adicionando elementos que enriquecen las perspectivas.

BIBLIOGRAFÍA

- Abric, J. (2001). *Prácticas sociales y representaciones sociales*. México: Ediciones Coyoacán.
- Alba-González, M. (2016). Teorías en diálogo: representaciones sociales y memoria colectiva. *Iztapalapa Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 37(80), 131-151. <https://doi.org/10.28928/revistaiztapalapa/802016/aot1/dealbagonzalezm>
- Amezcua, M. (2009). Foucault y las enfermeras: pulsando el poder en lo cotidiano. *Index de Enfermería*, 18(2), 77-79. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962009000200001>
- Arratia, A. (2005). Investigación y documentación histórica en enfermería. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(4), 567-574. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000400014>
- Ayala, R., Fealy, G., Vanderstraeten, R., & Bracke, P. (2014, 2014/04/01/). Academisation of nursing: An ethnography of social transformations in Chile. *International Journal of Nursing Studies*, 51(4), 603-611. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.08.010>
- Ayala, R., & Núñez, E. (2017). Dusting off the looking-glass: A historical analysis of the development of a nursing identity in Chile. *Nursing Inquiry*, 24(3), e12185. <https://doi.org/10.1111/nin.12185>
- Banchs, M. (2000). Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales. *Papers on Social Representations. Textes sur les représentations sociales*, 9, 3.1-3.15.
- Betancur-Betancur, C., Restrepo-Ochoa, D. A., Ossa-Henao, Y. d. J., Zuluaga-Arboleda, C., & Pineda-Rodríguez, C. (2014). Representaciones sociales sobre salud mental en un grupo de profesionales en la ciudad de Medellín: análisis prototípico y categorial. *CES Psicología*, 7(2), 96-107.
- Braun, J., Braun, M., Briones, I., Diaz, J., Lüders, R., & Wagner, G. (2000). *Economía chilena 1810-1995: estadísticas históricas. Documento de Trabajo N° 187*. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Carretero, M., Rosa, A., & González, M. F. (2006). Enseñar historia en tiempos de memoria. In M. Carretero, A. Rosa, & M. F. González (Eds.), *Enseñanza de la historia y memoria colectiva* (pp. 11-36). Barcelona:Paidós.
- Collao, C., & Osorio, X. (2019). Acontecimientos históricos en la formación académica de los profesionales de enfermería en Chile. In E. Rivas (Ed.), *La historia de la enfermería en Chile* (pp. 29-61). Ediciones UFRO.
- Figueroa, R. (2012). Consentimiento informado en la nueva ley de derechos de los pacientes. *Revista Médica de Chile*, 140(10), 1347-1351. <https://doi.org/10.4067/S0034->

[98872012001000017](https://doi.org/10.22201/ENEO.23958421E.2019.2.644)

- Flores, R. (1965). *Historia de la enfermería en Chile. Síntesis de su evolución educacional*. Santiago: Autoedición.
- Halbwachs, M. (2004). *La memoria colectiva*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.
- Illanes, M. (2010). *En el nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia, Historia Social de la salud Pública en Chile 1880-1973*. Santiago: Ministerio de Salud de Chile.
- Landman, C., Arriola, Y., Chacón, A., De, Á. G., Esparza, C., Herrera, E., Pizarro, P., Ribera, S., Rojas, D., Verdejo, V., & Molina, J. (2019). Transitando hacia el ejercicio de autonomía y liderazgo: ... «para el posicionamiento hay que luchar». *Enfermería Universitaria*, 16(2). <https://doi.org/10.22201/ENEO.23958421E.2019.2.644>
- Liu, J., & Hilton, D. (2005). How the past weighs on the present: Social representations of history and their role in identity politics. *British Journal of Social Psychology*, 44, 537-556. <https://doi.org/10.1348/014466605X27162>
- Llanos Reyes, C., & Lanfranco, M. F. (2017). La discusión política sobre la mortalidad infantil en Chile durante la década de 1930: elementos para una aproximación histórico política. *Anuario de Estudios Americanos*, 74(2), 675-703. <https://doi.org/10.3989/aeamer.2017.2.10>
- Lo Monaco, G., Piermattéo, A., Rateau, P., & Tavani, J. L. (2017). Methods for studying the structure of social representations: A critical review and agenda for future research. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 47(3), 306-331. <https://doi.org/10.1111/jtsb.12124>
- Marchand, P., & Ratinaud, P. (2012). L'analyse de similitude appliquée aux corpus textuels: les primaires socialistes pour l'élection présidentielle française (septembre-octobre 2011) *Actes des 11eme Journées Internationales d'Analyse Statistique des Données Textuelles*,
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 613-619. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300006>
- McKeown, M. (2020). Love and resistance: Re-inventing radical nurses in everyday struggles. *Journal of Clinical Nursing*, 29(7-8), 1023-1025. <https://doi.org/10.1111/JOCN.15084>
- Molina-Neira, J., Barriga-Ubed, E., & Gámez-Ceruelo, V. (2017). Representaciones sociales de los adolescentes catalanes sobre la participación política en democracia. *Revista Internacional de Sociología de la Educación*, 6(1), 85-109. <https://doi.org/10.17583/rise.2017.2472>
- Moreno, I. M., & Siles, J. (2014). Pensamiento crítico en enfermería: de la racionalidad técnica a la práctica reflexiva. *Aquichan*, 14(4), 594-604. <https://doi.org/10.5294/AQUI.2014.14.4.13>
- Morin, M. (2001). Entre representaciones y practicas: el sida, la prevención y los jóvenes. In J. Abric (Ed.), *Prácticas sociales y representaciones* (pp. 97-128). México: Ediciones Coyoacan.
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Editorial Huemul.
- Mosqueda-Díaz, A., & Stiepovich-Bertoni, J. (2012). Implementación de subdirecciones de gestión del cuidado en hospitales autogestionados, avances y desafíos para enfermería. *Enfermería Global*, 11(28), 355-367. <https://doi.org/10.6018/eglobal.11.4.134541>
- Pincheira, S. (1934). Contribución al estudio de la Organización de Escuelas de Enfermeras en Chile. *Revista de Asistencia Social*, 3(1), 1-46.
- Pincheira, S. (1944). *La enfermera sanitaria en los servicios de salud pública*. Santiago: Talleres Gráficos Casa Nacional del Niño.
- Ratinaud, P. (2004). Les composantes idéologiques de la représentation professionnelle d'Internet. *Les Dossiers des Sciences de l'Éducation*, 12, 19-36. <https://doi.org/10.3406/dsedu.2004.1045>
- Resolución Exenta N° 1127 Ministerio de Salud. (2007). *Aprueba Norma General Administrativa N° 19, "Gestión del cuidado de enfermería para la atención cerrada"*. Se notifica con fecha 14 de diciembre de 2007.
- Romney, A. K., Weller, S. C., & Batchelder, W. H. (1986). Culture as Consensus: A Theory of

Culture and Informant Accuracy. *American Anthropologist*, 88(2), 313-338. <https://doi.org/10.1525/aa.1986.88.2.02a00020>

- Serdarevich, U. (2020). Historiografía y memoria colectiva en enfermería. *Revista Colombiana de Enfermería*, 19(3), e022–e022. <https://doi.org/10.18270/RCE.V19I3.3314>
- Siles, J. (2004). La construcción social de la historia de la enfermería. *Index de Enfermería*, 13(47), 7-10. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962004000300001>
- Valdebenito, J., Barquero, A., & Carreño, M. (2015). Gestión del cuidado: valoración y conocimiento de enfermeros(as) de un hospital de la Región Metropolitana, Chile. *Ciencia y enfermería*, 21(1), 127-142. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532015000100012>
- Vergès, P. (1992). L'evocation de l'argent: Une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation. *Bulletin de Psychologie*, 45(405), 203-209.
- Vergès, P. (2001). L'analyse des représentations sociales par questionnaires. *Revue française de sociologie*, 42-3, 537-561. <https://doi.org/10.2307/3323032>
- Weller, S. C. (2007). Cultural consensus theory: Applications and frequently asked questions. *Field Methods*, 19(4), 339-368. <https://doi.org/10.1177/1525822X07303502>

Las enfermeras de la Juventud Femenina de la Acción Católica en la Guerra Civil Española y la Constitución de Salus Infirmorum

The nurses of the Feminine Youth of the Catholic Action in the Spanish Civil War and the Constitution of Salus Infirmorum

As enfermeiras da Juventude Feminina da Ação Católica na Guerra Civil Espanhola e a Constituição da Salus Infirmorum

Elena Chamorro Rebollo¹

¹Doctora en Ciencias de la Salud. Decana de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia Salus Infirmorum de la Universidad Pontificia de Salamanca. Orcid: <http://orcid.org/0000-0001-8515-5471>.

Cómo citar este artículo en edición digital: Chamorro Rebollo, E. (2022). Las enfermeras de la Juventud Femenina de la Acción Católica en la Guerra Civil Española y la Constitución de Salus Infirmorum.

Cultura de los Cuidados (Edición digital), 26(63). Recuperado de

<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2022.63.07>

Correo electrónico de contacto: echamorrore@upsa.es

Correspondencia: Facultad de Enfermería y Fisioterapia Salus Infirmorum. C/ Gaztambide, 12. 28005 Madrid.

Recibido: 13/12/2021 Aceptado: 18/02/2022



ABSTRACT

The health requirements brought about by the Spanish Civil War (1936-1939) led to the urgent organisation of health services. Nurses played a crucial role and generously took care of the civil and military populations. Objective: we want to highlight the work carried out by nurses of the women's branch of the Catholic Action Youth, led by their president María de Madariaga, who was appointed Deputy Inspector of women's hospital services; and justify the creation of the Sisterhood of Nurses Salus Infirmorum. Method: It is study historical-descriptive, based on primary and secondary sources from the archives of Catholic Action Youth and Salus Infirmorum. Results: Over 4,500 nurses of the Women's Catholic Action Youth provided care and assistance in hospitals, pharmacies, and garment workshops for combatants, visited hospitals and trained nurses. This work led to the subsequent creation of the Salus Infirmorum Sisterhood in 1942 founded by María de Madariaga as a group of Catholic nurses. Conclusion: The young women of JFAC actively participated in the national camp. Finished the war, it is created and and developed the Salus Infirmorum Sisterhood as a result leadership by María de Madariaga in the JFAC.

Keywords: Nurse; Spanish Civil War; Catholic Action; Nursing History; Healthcare.

RESUMEN

Las necesidades sanitarias que trajo consigo la Guerra Civil española (1936-1939), provocó la urgente organización de los servicios sanitarios. Las enfermeras participaron de manera decisiva y generosa en los cuidados de la población civil y militar, en cada uno de los bandos enfrentados. Objetivo: destacar la labor de las enfermeras de la rama femenina de las jóvenes de Acción Católica (JFAC), lideradas por su presidenta María de Madariaga; y justificar la creación de la Hermandad de Enfermeras Salus Infirmorum. Metodología: estudio histórico descriptivo mediante fuentes primarias y secundarias del archivo de la Juventud Femenina de la Acción Católica y de Salus Infirmorum. Resultados: Más de 4.500 enfermeras de la JFAC prestaron atención y ayuda en hospitales, farmacias, talleres de confección de prendas para combatientes, visitando hospitales o realizando cursillos de formación para enfermeras. Esta labor derivó en la posterior creación de la Hermandad de Enfermeras Salus Infirmorum en 1942, fundada por María de Madariaga como una agrupación de enfermeras católicas. Conclusión: Las jóvenes de la JFAC participaron activamente en el bando nacional. Finalizada la guerra, se crea y desarrolla la hermandad de enfermeras Salus Infirmorum, fruto del liderazgo de María de Madariaga en la JFAC.

Palabras clave: Enfermera, Guerra Civil española; Acción Católica; Historia de la Enfermería; Asistencia Sanitaria.

RESUMO

As necessidades de saúde decorrente da Guerra Civil Espanhola (1936-1939), levaram à urgente organização dos serviços de saúde. Os enfermeiros participaram de forma decisiva e generosa no cuidado da população civil e militar, em cada um dos lados que se enfrentavam. Objetivo: destacar o trabalho das jovens enfermeiras da Ação Católica (J, lideradas por sua presidente María de Madariaga; e justificar a criação da Irmandade de Enfermeiras Salus Infirmorum. Método: Estudo histórico descritivo, com fontes primárias e secundárias, do arquivo da Juventude Feminina da Ação Católica e Salus Infirmorum. Resultados: Mais de 4.500 enfermeiras da Juventude Feminina da Ação Católica prestaram atendimento e ajuda em hospitais, farmácias, ateliê de roupas para combatentes, visitando hospitais ou realizando cursos de formação para enfermeiras. Este trabalho levou à criação posterior da Irmandade de Enfermeiras Salus Infirmorum em 1942, fundada por María de Madariaga como um grupo de enfermeiras católicas. Conclusões: As jovens do JFAC participaram ativamente do acampamento nacional. Após a guerra, a irmandade de enfermeiras Salus Infirmorum foi criada e desenvolvida, como resultado da liderança de María de Madariaga no JFAC.

Palavras-chave: Enfermagem, Guerra Civil Espanhola, Ação Católica, História da Enfermagem, Atenção à Saúde.

INTRODUCCIÓN

La Guerra Civil española (1936-1939) ha sido considerada por muchos investigadores un periodo de la historia de España que trajo consigo la desdicha social más traumática del pasado siglo XX, produciendo un cambio radical en la vida social, política, económica y cultural del Estado. El inicio de la guerra, el 18 de julio de 1936, supuso una ruptura y división del país en dos zonas: el bando nacionalista y el bando republicano. A nivel sanitario, durante los años que duró la guerra, España se sumió en una profunda crisis ante la incapacidad del gobierno republicano para dar cobertura a las necesidades sanitarias del momento (García & Martínez., 2019). No se disponía de personal sanitario suficiente para atender a los heridos, civiles y militares, tanto en los hospitales de campaña como en el frente y a la población civil general, y a los enfermos como consecuencia de las carencias y necesidades sufridas y las epidemias (Ávila *et al.*, 2017). Por ello, se hizo necesaria la reorganización de los servicios sanitarios tanto en los frentes de guerra como en la retaguardia, siendo necesario aumentar con carácter de urgencia el personal sanitario titulado y voluntariado para, a través de una formación sanitaria rápida y básica, cubrir las necesidades de salud (Domínguez *et al.*, 2019).

El periodo de la Segunda República fue una época de avance en las libertades y los derechos de las mujeres, donde además la enfermería experimentó un gran auge y especialización sin precedentes, debido sobre todo a las políticas reformistas y los novedosos cambios en educación y sanidad, en concreto, las escuelas profesionales adquirieron gran importancia en la reforma educativa. En este contexto, surge en el ámbito de la Iglesia, la Juventud Femenina de la Acción Católica (JFAC), que nace en 1926, como una rama juvenil de la Acción Católica, con el objeto de convertirse en una escuela de educación cívica y católica especialmente dirigida a las jóvenes de las clases acomodadas, haciendo especial hincapié a la formación religiosa, moral y personal de las jóvenes socias (Blasco, 2003).

En el presente estudio se plantean dos objetivos: por un lado, destacar la labor realizada por las enfermeras militantes en la Juventud Femenina de Acción Católica liderada por su presidenta y enfermera María de Madariaga durante el periodo de la Guerra Civil Española (1936-1939); y por otro, justificar la creación de la Hermandad de Enfermeras Salus Infirmorum como una especialización de la rama femenina de la juventud de la Acción Católica.

METODOLOGÍA Y FUENTES

Para alcanzar dichos objetivos en este estudio de corte histórico-descriptivo, se han analizado documentos primarios pertenecientes a distintos archivos, entre los que cabe destacar: el Archivo de las Jóvenes de Acción Católica (1926-1960), situado en la biblioteca de la

Universidad Pontificia de Salamanca; el Archivo de la Asociación Salus Infirmorum, Archivo personal de María de Madariaga (pendiente aún por catalogar), del que se han utilizado documentos primarios y fotografías para la elaboración de este estudio. También se llevó a cabo una revisión bibliográfica dirigida sobre los acontecimientos acaecidos en la Guerra Civil Española, abordado la historia de la Enfermería en este periodo, centrada principalmente en el análisis de la evolución enfermera en uno y otro bando; y también de la historia de la Iglesia mediante el estudio de la Acción Católica y el estudio del binomio mujer e Iglesia Católica a través del análisis del catolicismo social y político de las ramas femeninas de la Acción Católica.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La Juventud femenina de Acción Católica y María de Madariaga.

La Juventud Femenina de la Acción Católica (JFAC) nace en 1926, dentro de la Acción Católica de la Mujer. Los primeros años de se orientaron a la organización y preparación de esta nueva rama y a darse a conocer en los núcleos de jóvenes católicas. La proclamación de la II República en 1931 y la intensificación de la campaña antirreligiosa tuvieron la consecuencia aparentemente paradójica, de aumentar el entusiasmo entre las jóvenes.

En 1933, es nombrada presidenta María de Madariaga, que era vicepresidenta desde 1929. Se trata de una joven madrileña que nace en Madrid el 14 de diciembre de 1905, en el seno de una familia acomodada y profundamente cristiana, siendo educada en los valores de la época (Mejías & Barrios, 2012) y habiendo cursado los estudios de Enfermería en 1931 en la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Madrid (Chamorro, 2016). Hasta llegar a la organización, Madariaga había trabajado en la sección de juventud de la Unión de Damas del Sagrado Corazón (UDSC), donde organizó una Academia Nocturna para dar formación básica a las mujeres obreras que carecían de estudios, orientada en la mayoría de los casos a la enseñanza de la lectura y la escritura sin descuidar la formación religiosa (Archivo de Salus Infirmorum, s.f.). Con ello pretendían no sólo darles una cultura, sino que pudieran mejorar sus puestos laborales o su remuneración. Fueron las parroquias las que cedieron sus locales para que se llevaran a cabo formación en horario nocturno, para que las muchachas pudieran acudir tras finalizar sus horarios laborales, y la formación era impartida voluntariamente por las propias jóvenes de la JFAC. (Guirado, 2017). En 1936, había 198 academias repartidas en 27 diócesis españolas y más de 13.000 alumnas (Guirado, 2017).

Todos los esfuerzos de María de Madariaga como Presidenta de la JFAC fueron dirigidos

a lograr la expansión de ésta, preocupándose muy especialmente por la formación de las socias y dirigentes, impulsando la organización de semanas de estudio, cursillos y asambleas (Ecclesia, 1941). Esto llevó a aumentar considerablemente el número de afiliadas a la Juventud Femenina que ascendió de 800 en 1926 a 79.520 en 1940.

En palabras de Blasco, *la figura de María de Madariaga representa una nueva forma y una nueva generación de intervención pública de las mujeres católicas, quizá menos vinculada a la acción social pero más preocupada por la formación interior, desplegando un proselitismo religioso muy combativo, y vinculada también al ámbito político* (Blasco 2003).

Concluida la guerra, en 1940, Tras catorce años de ininterrumpida labor al frente a la Juventud Católica Femenina, María de Madariaga deja la organización, siéndole otorgada la Cruz *Ecclesia et Pontifice* que la Santa Sede, bajo el Pontificado de Pío XII, le concedió en 1941, siendo ésta la máxima condecoración que realiza la Iglesia Católica como reconocimiento a la labor de los laicos a favor de la Iglesia Católica (Chamorro, 2016).

La juventud femenina de acción católica en tiempos de guerra.

El golpe de estado del 18 de julio de 1936, que supuso el inicio de la Guerra Civil, fue interpretado por las católicas militantes como un castigo por la política anticlerical de la II República: alejamiento de la religión, la persecución de la Iglesia, la destrucción de la familia y la decadencia moral (Blasco, 2003). A pesar de que la Iglesia no estuvo directamente implicada en el levantamiento, ésta sufrió la reacción de los sublevados, siendo el blanco de ataques y de persecución religiosa, quizá provocado por posicionarse en apoyo al bando nacional. Según De Meer, a finales de agosto de 1936 se había asesinado a 2.077 personas entre sacerdotes, religiosos y religiosas y 10 obispos, elevándose la cifra a 3.400 a mediados del mes de septiembre de 1936 (De Meer, 1989).

Además, se calcula que destruyeron total o parcialmente 20.000 iglesias además de conventos, seminarios y otras propiedades del clero (Montero, 1999). La mayor parte de las dirigentes de la JFAC quedaron en zona republicana y se limitaron a mantener el culto en la clandestinidad y a apoyar a los sacerdotes encarcelados (Guirado, 2017), a pesar de que los locales donde ejercían su labor fueron asediados y destruyeron mucha documentación que disponían en ellos.

Ilustración 1: Intervención de María de Madariaga como presidenta de la JFAC en el teatro de la Zarzuela de Madrid



Fuente: Archivo de la Asociación de Salus Infirmorum de Madrid.

Tal como relata la memoria del curso 1936-1937, los católicos fueron perseguidos, especialmente las dirigentes del movimiento apostólico, poniendo incluso el precio de 40.000 pesetas a la cabeza de la Presidenta Nacional, María de Madariaga (JFAC. Memoria 1936-1937, 1937).

El bando republicano detuvo a María de Madariaga en Zarauz. Un estremecedor escrito de María Madariaga relata los 17 días que estuvo presa, donde no faltaron los golpes físicos e incluso se pone de manifiesto la intención de fusilarla (Madariaga, s.f.). Posteriormente, su domicilio familiar es asaltado, obligando a María a esconderse (Conde, 2008). Estuvo oculta en las embajadas de México y Francia, dado que las embajadas gozaban del privilegio de la protección por la extraterritorialidad, protegiendo y evacuando de la capital a compatriotas y madrileños perseguidos por ser enemigos de la República (Cervera, 2006). Así, desde la embajada gala se preparó la salida de María a Toulouse. Su intención no fue ni mucho menos permanecer en el exilio, sino que volvió a España instalándose en la zona nacional de Medina del Campo donde continuó su labor en la JFAC (Chamorro, 2016)

Las enfermeras de la juventud femenina de acción católica y su actuación durante la guerra civil española.

Resulta paradójico que un hecho tan deplorable para el hombre como son los conflictos

bélicos, haya servido para desarrollar materias científicas, tecnológicas, económicas, sociales y culturales. De hecho, es ineludible la relación existente entre la guerra y el desarrollo de la disciplina enfermera a lo largo de la historia. Según Siles, en materia de cuidados de salud, las guerras han jugado un papel determinante en aspectos como la atención de los heridos en el campo de batalla, la atención en materia de salud pública por el hacinamiento y las condiciones antihigiénicas de los cuarteles, los campamentos o los navíos que supusieron un caldo de cultivo para todo tipo de enfermedades, las distintas formas de implantar el sistema de apoyo sanitario de los ejércitos, la relación entre las condiciones político ideológicas de los distintos bandos, o los distintos significados e interpretaciones subjetivas que tales hechos provocaron en aquellos que lo vivieron (Siles, 1996). En este caso, la Guerra Civil ayudó a fortalecer la profesión enfermera, impulsó el avance académico interdisciplinar, favoreció la consolidación de una identidad profesional y mejoró la formación y acceso al medio laboral de las enfermeras (Segura *et al*, 2012).

Desde el comienzo del conflicto, España quedó dividida en dos territorios, enfrentados política e ideológicamente: una parte de estos territorios quedó bajo el control y administración del gobierno de la República, y la otra, menos extensa, fue controlada por un sector del Ejército Español, protagonista del alzamiento militar (Monge, 2015). Tras la sublevación militar, las mujeres salieron a la calle para mostrar su apoyo a sus gobiernos afines, republicanos y franquistas, y poniéndose a su servicio.

La guerra también definió los roles sexuales según el bando. Si bien, en la zona nacional, el puesto del hombre estaba en el campo de batalla, la mujer estaba en la retaguardia, realizando funciones patrióticas en hospitales, roperos comedores o en cualquier puesto donde fuera necesario. En cambio, en la zona republicana la mujer tuvo participación en trabajos considerados masculinos como la milicia, la industria o los medios de transporte, motivado por los valores ideológicos defendidos (Guirado, 2017). Cuando se prohíbe la presencia de milicianas en el frente, se les ofreció la posibilidad de trabajar como enfermeras a pesar de no contar con formación alguna (López, 2016).

La guerra sorprendió al país con un déficit de recursos sanitarios para afrontar los cuidados de los heridos. Inmediatamente se organizaron hospitales en ambas zonas donde españoles de uno u otro bando pusieron toda su voluntad y esfuerzo para atender a los heridos y enfermos (Rodríguez & Fernandez, 1996).

Durante los años que duró la contienda, el país se sumió en una profunda crisis que supuso un aumento de personal sanitario titulado y voluntario para atender las necesidades de los

heridos civiles y militares. Esta realidad obligó a llevar a cabo una formación sanitaria rápida y básica para cubrir las demandas de salud. Por ello, se describen distintos perfiles profesionales según la zona o el bando donde actuaban:

La zona republicana, al inicio de la contienda, contó un sistema sanitario fragmentado y desorganizado debido a la falta de personal y material. Las enfermeras procedían de las afiliaciones a sindicatos como el sindicato socialista UGT, el anarco-sindicalista CNT y otros sindicatos sanitarios. Son escasas las fuentes que aporten cifras del número de enfermeras existentes en este bando dado que, al finalizar la guerra, muchas de ellas permanecieron en el anonimato o en el exilio.

La carencia de enfermeras promovió que muchas mujeres se prestaran voluntarias, carentes de titulación y formación, para ayudar y colaborar en la atención de heridos y enfermos en los hospitales. Además, el gobierno republicano tuvo que poner en marcha distintas estrategias para aumentar el personal sanitario entre las filas de su ejército: por un lado, la movilización forzosa de sanitarios civiles, dado que muchas huyeron a la zona nacional y las que no se fueron o no pudieron salir, se escondían por miedo a represalias (Casas & Miralles, 2003), y por otro, la habilitación y certificación de los estudiantes de practicantes (Segura *et al*, 2012). También surgió la figura del voluntariado provisional y no profesional (enfermera voluntaria, dama auxiliar enfermera, enfermera de guerra, practicante de guerra, marineros enfermeros, auxiliares de sanidad...). Se crearon cursillos en escuelas provisionales de enfermería en distintas localidades. La prensa publicó esta oferta formativa, haciendo un llamamiento en el reclutamiento de mujeres e instaba a la necesidad de tener una buena formación sanitaria. También definía el papel de la enfermera, cuyas cualidades eran de “cariño, amor y gratitud” (López, 2016).

La Cruz Roja Internacional, que desempeñó su neutralidad durante la guerra, aportó su ayuda sanitaria, al igual que hicieran brigadas internacionales y de profesionales sanitarios extranjeros que constituyeron una importante ayuda (Aspas & Almudéver, 2018).

En la zona nacional, la situación fue radicalmente distinta ya que la respuesta de las enfermeras y las voluntarias fue masiva. Contaban con los servicios sanitarios propios del ejército, los servicios dispensados por las órdenes religiosas y asociaciones católicas, como la Acción Católica, la Sección Femenina de Falange Española liderada por Pilar Primo de Rivera que estableció tres delegaciones: Frentes y Hospitales para la atención sanitaria de los soldados en el frente, el Auxilio social, dirigido por María Rosa Urraca Pastor, para realizar labores asistenciales para las víctimas de la guerra y la Delegación de Sección Femenina y de la JONS

(Juntas de Ofensiva Nacional Sindicalista) para la formación de las mujeres nacionales (Guirado, 2017); o las Margaritas del Requeté, Sanitarias procedentes del partido Carlista, y por el personal de la Cruz Roja de la zona.

Con el fin de aumentar las necesidades de personal sanitario emanadas de la contienda, se procedería a movilizar a profesionales civiles, mientras que se potenciaba el desarrollo formativo de las enfermeras de la Sección Femenina de Falange Española Tradicionalista y de las Juntas de Ofensiva Nacional Sindicalista (F.E.T y de las JONS).

Analizando la división territorial del país tras el alzamiento de 1936, se observa que la mayor parte de las diócesis con presencia de la JFAC quedaron en la zona republicana. El número de asociadas al comenzar la guerra era de 70.000, y aunque no hay datos concisos sobre los años de la contienda, parece que se mantuvieron ya que en 1939 el número de socias alcanzó los 74.300. Las cifras son relativamente pequeñas, si se comparan con la población femenina de España o con otras organizaciones de mujeres como la Sección Femenina que pasó de 2.000 afiliadas antes de la guerra a cerca de 600.000 en 1939 (García, 1980).

Las jóvenes de Acción Católica participaron activamente en el bando nacional actuando en la retaguardia, prestando atención y ayuda en hospitales, farmacias, talleres de confección de prendas para combatientes, visitando hospitales o realizando cursillos de formación para enfermeras, tareas muy similares a las que realizaban desde la Sección Femenina (Blasco, 2003). Otra actividad en la que colaboraron todas las asociadas fue la colaboración en los Roperos de Culto y Clero, cuyo fin era reparar y reponer las prendas sagradas que saquearon y destrozaron en la persecución religiosa. Las estadísticas de la JFAC de 1937 calculan que hubo 300 en roperos de las diócesis del país, trabajando en ellos cerca de 13.000 asociadas y confeccionando 100.000 prendas. (Archivo de la JFAC. Estadística de 1937). La carencia de sacerdotes, que se incorporaron a las milicias o al ejército, obligó a que las jóvenes pudieran impartir sacramentos como el bautismo, la visita a moribundos o dar la comunión. También existían roperos en hospitales, donde trabajaban 2.316 asociadas, y roperos de soldados, elaborando textiles para el uso hospitalario y para el ejército respectivamente. Entre las jóvenes que conformaban la JFAC había un número importante de enfermeras, muchas de ellas de la Cruz Roja, que tuvieron un papel y un protagonismo especial durante el conflicto bélico. Según los datos disponibles, solo un 8% del total de socias de la JFAC hicieron su contribución al conflicto bélico en el primer año, alcanzando el 21% entre 1937 y 1938, cifras que contrastan con la participación de las mujeres de la Sección Femenina: 580.000 en 1937 de las cuales 300.000 formarían parte del Auxilio Social (Guirado, 2017).

La enfermera de AC actuaba no solo por su vocación de ayuda y servicio a los demás, sino también por un servicio a la Iglesia y a la Patria: [...] *No basta el afán patriótico, ni el deseo de ser útil, ni la obligación de cumplir un deber; para la afiliada de la Juventud el móvil principal al ofrecerse como enfermera en un hospital debe ser la Caridad, que es el amor al prójimo por Dios* (Enciso, 1937). En 1937, el número registrado de enfermeras tituladas y auxiliares en las estadísticas de la JFAC era de cerca de 5.000, frente a las 8.000 de la Sección Femenina, una proporción más próxima frente a las cifras globales anteriores (Estadística de actividades de guerra, 1937).

Cuando María de Madariaga consigue llegar a de nuevo a la España Nacional es nombrada por la Inspectora General de los Servicios Femeninos de Hospitales, Mercedes Milá Nolla, Inspectora delegada de servicios femeninos de hospitales, el 15 de abril de 1937. Su labor de inspección se refería a la vigilancia e información a la Inspección General sobre la conducta moral y religiosa de las enfermeras y auxiliares, y la organización de cursillos de moral para las enfermeras, en todos los hospitales (Chamorro, 2016).

Ilustración 2. María de Madariaga y Mercedes Milá Nolla



Tercer puesto y quinto por la izquierda, Mercedes Milá Nolla y María de Madariaga respectivamente. Fuente: Archivo Salus Infirmorum.

Su primer encargo tras recibir su nombramiento fue ponerse en contacto con todas las Uniones Diocesanas, solicitando que visitaran todos los Hospitales y que hicieran llegar a todas las enfermeras un cuestionario que deberían de enviar lo antes posible cumplimentado a la Inspectora General de Servicios Femeninos, Mercedes Milá (Circular de María de Madariaga, 1937).

Dieron respuesta al cuestionario 33 diócesis de las 44 donde estaba organizada la JFAC, dentro de la España liberada. Las estadísticas indican que había un total de 4.513 enfermas en el año 1937 de las cuales 1.099 enfermeras tituladas, 2.175 enfermas auxiliares y 1.239 enfermeras

visitadoras de hospitales (Estadística de actividades de guerra, 1937).

En esa misma circular, también se animaba a organizar un cursillo de “Religión y Moral” para las enfermeras y velaran “...*con suma caridad y prudencia por nuestras enfermeras, consiguiendo que cumplan su sagrada misión como verdaderas cristianas, compaginando su vida espiritual con las obligaciones del hospital, a fin de que sean en realidad, esa legión blanca, en el interior del alma como lo son en su atavío exterior* (Estadística de actividades de guerra, 1937).

Las Uniones Diocesanas debían organizar estos cursillos de moral en todos los hospitales, cuyo fin era la construcción de un modelo de enfermera cristiana: *la mujer cristiana, que, movida principalmente por sentimientos de caridad, se consagra al cuidado y asistencia de los enfermos* (Estadística de actividades de guerra, 1937). Se pone de relieve que el perfil de la enfermera debía ser femenino, puesto que en la mujer se encontraban las cualidades necesarias para el correcto desempeño de su tarea: *más corazón y sensibilidad que el hombre; ser más intuitiva, esto es, mayor capacidad que el hombre para discernir los mil matices de la vida, fijándose en destalles y pormenores que al hombre pasan desapercibidos* (Normas y Orientaciones para la Dirección de la JFAC, 1937). Estas cualidades se encontraban en la mujer cristiana que bebía “consagrarse” al enfermero, esto es, *la entrega de su persona y actividades al servicio de los enfermos* (Estadística de actividades de guerra, 1937).

El cursillo de moral, preparado por el Consejo Superior del movimiento, constaba de 10 lecciones, y se celebraron hasta noviembre de 1937 un total de 35 cursillos en 17 diócesis del país.

La enfermera ideal que pretendía educar la JFAC debía contemplar unas aptitudes personales, como optimismo, alegría, simpatía..., además de aptitudes intelectuales y espirituales (Guirado, 2017). La misión de la enfermera no era solo atender las necesidades físicas de los enfermos sino también actuar sobre las necesidades morales que pudieran tener: *[...] Ahí tienes tu papel; curar las heridas corporales; pero sanando las llagas morales, siendo consuelo de dolor, alegrando a los tristes, enderezando a los descarriados, iluminando a los espiritualmente ciegos y levantando hacia Dios a los hundidos en el pecado* (Enciso, 1937). Este modelo de enfermera era compartido por las otras organizaciones femeninas nacionales, definidas como “enfermeras heroínas sin armas que se entregaban al trabajo hospitalario con “voluntad y sacrificio”, dentro de los papeles tradicionales como madre, esposa e hija (López, 2016). También las mujeres de las Margaritas, le dieron gran importancia a las celebraciones religiosas en su día a día en los hospitales (López, 2021)

Las orientaciones de estos cursillos de moral tenían el propósito de evitar, en la medida de lo posible, el romanticismo del rol de la enfermera o los amores de guerra (Guirado, 2017). Se buscaba por encima de todo la profesionalidad de las enfermeras, dejando de lado las tentaciones que la proximidad con los soldados heridos podía dar lugar. Por ello, se recomendaba la pureza, la modestia, el respeto, el sacrificio, la caridad, apartarse de la seducción o la vanidad, que estaba presente en algunos círculos de la vida social, donde el ocio, la frivolidad y un trato distendido entre hombres y mujeres contrastaba con la dureza de los hospitales de guerra. Así lo puso de manifiesto la enfermera británica Priscilla Scott en su diario de guerra, que participó como voluntaria (Scott-Ellis, 1996).

El movimiento contrapuso repetidas veces el sufrimiento y sacrificio de los hombres en el frente a la comodidad de las mujeres en la retaguardia. De ahí que se pusiera en marcha una gran Campaña de Austeridad y Modestia en el verano de 1937, cuyo objetivo principal era el de “...recordar y repetir a las jóvenes españolas deberes y ejemplos admirables en estar horas de guerra y dolor” (Normas y Orientaciones para la Dirección de la JFAC, 1938.)

De la Juventud Femenina de la Acción Católica a la constitución de Salus Infirmorum.

Fue una llamada de su Santidad el Papa Pío XI (1922-1939) en 1934, la que motivó a las enfermeras católicas del mundo a unirse *frente al materialismo invasor de todos los sectores* (Mejías *et al* 2019). Atendiendo a esta petición, Madariaga organizaría en 1935 dentro de la JFAC un movimiento específico de enfermería, de absoluta novedad en nuestro país. Pretendía ser un movimiento profesional de enfermeras que actuase en defensa de los intereses humanos y profesionales de sus componentes, sirviendo además como órgano de unión y coordinación de las enfermeras seculares (Tribuna Sanitaria, 1985).

Para llevar a cabo el proyecto, se elabora el texto normativo para la Organización Nacional de Enfermeras Españolas, realizado por el doctor Mariano Gómez Ulla y presentado al Cardenal Gomá en abril de 1937 (Conde, 2012). La normativa, dejaba la puerta abierta a todas las enfermeras que quisieran ingresar en la organización, e incluso a las alumnas que estuvieran cursando los estudios enfermeros en las escuelas de enfermería. Todas las enfermeras de la organización deberían llevar un uniforme compuesto por bata, delantal, toca y calzado para su uso en el hospital y otro azul marino para asistir a los actos oficiales fuera del hospital.

Todo se realizaría en lo que llamarían “Hogar de la Enfermera”, en la que cada miembro de la organización pagaría una cuota de 0,50 céntimos mensuales: [...] *Un hogar donde se celebren cursillos y conferencias. Donde haya una buena biblioteca. Una Sala de Prácticas (instrumental, autoclave, esqueletos, mobiliario) para ejercitarse. Un sitio donde se conozcan y*

se traten nuestras enfermeras, se estimulen, se ayuden y se quieran. [...] (Andrés-Gallego & Pazos, 2003)

El proyecto que con tanta ilusión se había trabajado, no llegó a ponerse en marcha por el inicio de la Guerra Civil. *“Fue precisamente el 18 de julio de 1936 el día que habíamos elegido para formalizar el contrato de una casa en Carabanchel que nos iba a servir como primer centro específico de reunión para enfermeras. La guerra abrió un largo y doloroso paréntesis en nuestras vidas, pero no en la agrupación reciente creada, ya que, en ambas Españas, abiertamente o en la clandestinidad, se siguió trabajando por la idea y los objetivos de Salus”* (Blanco y Negro, 1985).

Concluida la Guerra Civil, en 1940, ante las condiciones de la posguerra española y la carencia de asistencia sanitaria, el arzobispo de Madrid-Alcalá y Patriarca de las Indias Occidentales, Monseñor D. Leopoldo Eijo y Garay, solicitó a María de Madariaga, que retomara el proyecto truncado, nacido dentro de la JFAC. María acepta el reto y junto con un grupo de enfermeras se comprometen, a las órdenes de la Iglesia, a ejercer el apostolado entre los pobres de los suburbios madrileños y en el propio ambiente profesional.

María de Madariaga pondrá en marcha la Asociación Católica Nacional y Profesional de Enfermeras y Asistencia Médico Social, dando a esta asociación el nombre de Salus Infirmorum, contando con las entidades más destacadas del campo sanitario de la Enfermería de aquella sociedad a quién se intentaba agrupar y coordinar, pero naturalmente con la fuerte y oportuna conexión de la Iglesia a quién deseaban servir: *Elegimos esta advocación mariana para nombre de nuestra asociación por considerar a la Virgen como la primera y más excelsa enfermera de todos los tiempos. Posteriormente, este nombre se haría internacional al adoptarlo agrupaciones católicas de Enfermería de todo el mundo”* (Blanco y Negro, 1985).

Será el momento en el que María de Madariaga deje la JFAC para liderar como presidenta nacional la nueva obra de Salus Infirmorum.

En 1944, Salus Infirmorum queda erigida canónicamente siendo sus propósitos fundacionales preparar el futuro sanitario; actualizar, revalorizar y especializar a aquellas enfermeras que lo desearan para una mejor capacitación y unificar a todas en la obra de la Iglesia y en la variedad de sus profesiones (Chamorro, 2016).

La primera actuación de la Hermandad en 1941, fue la de prestar atención sanitaria a los más desfavorecidos de los suburbios de la posguerra madrileña, a través del voluntariado de las enfermeras que integraban dicha institución, mediante improvisados centros asistenciales en las

parroquias o en el propio domicilio si la situación del enfermo lo requería (Chamorro *et al*, 2016). Más tarde, la labor de la asociación se centró principalmente en la formación de Enfermeras, mediante la creación de distintas escuelas de Enfermería, la primera de ellas, se crea en 1943 en Madrid, siendo su director el profesor D. Gregorio Marañón (Chamorro, 2016). María de Madariaga jugó un papel trascendente en la reforma de los estudios de la Enfermería y en impulsar la especialización con el fin de brindar una mayor capacitación a las enfermeras, entre las que cabe destacar la de Fisioterapia (Chamorro *et al*, 2018).

La Hermandad, para ir organizando y cristalizando sus actividades, crea distintos departamentos: departamento de Escuelas, departamento de prensa, encargada de la publicación de una revista mensual; departamento de didáctica, para la enseñanza a niños y la confección de juguetes; departamento de especializaciones, para las enfermeras en rayos, medicina, psiquiatría, puericultura, cirugía; departamento de ediciones y publicaciones para la propaganda oral, escrita y radio; departamento de enfermos, que contaba con un fichero de la atención sanitaria prestada a los enfermos necesitados de Madrid; departamento de caridad, que se ocupa de todos los servicios de las enfermeras que voluntariamente atendían a todos los enfermos que lo solicitaran; departamento de servicios, para las enfermeras que actúan en casas particulares, clínicas y sanatorios como enfermeras puericultoras; departamento de extranjero, que mantenía el contacto con las diversas organizaciones católicas de todo el mundo por medio de intercambio de revistas, publicaciones, congresos, etc. (Chamorro, 2016).

CONCLUSIONES

La JFAC nace con el fin de convertirse en una escuela de formación religiosa, moral y personal de las jóvenes socias, que logró implantarse en todo el territorio nacional, llegando tanto a ciudades como a los pequeños pueblos, y llegando a alcanzar un elevado número de socias, hecho que debe de atribuirse al trabajo incansable de su presidenta, María de Madariaga.

La Guerra Civil fue entendida por la JFAC como un castigo por la decadencia moral y el alejamiento de la religión de la sociedad republicana. Las jóvenes participaron activamente en el bando nacional actuando en la retaguardia, especialmente las enfermeras, que tuvieron un protagonismo especial durante el conflicto bélico, prestando atención y ayuda en hospitales, farmacias, talleres de confección de prendas para combatientes, visitando hospitales o realizando cursillos de formación para enfermeras.

La enfermera de Acción Católica actuaba no solo por su vocación de ayuda y servicio a

los demás, sino también por un servicio a la Iglesia y a la Nación.

La experiencia de liderazgo de María de Madariaga durante sus catorce años en la militancia de la JFAC jugó un papel determinante en la creación y desarrollo de *Salus Infirmorum*. El proyecto inicial de constitución de esta obra fue el llamado Movimiento Específico de Enfermería, gestado dentro de la JFAC, ante el llamamiento del Papa Pío XI a la unión de todas las enfermeras, que no llega a desarrollarse por el comienzo de la guerra civil española.

Tras la contienda, y ante la solicitud del arzobispo de Madrid-Alcalá y Patriarca de las Indias Occidentales, se retoma este proyecto, creando la Hermandad de Enfermeras *Salus Infirmorum*, una obra constituida por catorce entidades de reconocido prestigio en el campo de la Enfermería en aquel momento.

BIBLIOGRAFÍA

- Andrés-Gallego, J. y Pazos, A. (2003) *Archivo Gomá: Documentos de la Guerra Civil. Volumen 5 (Abril-Mayo 1937)*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Aspas López, S., y Almudéver Campo, L. (diciembre de 2018). Los profesionales de enfermería en la prensa española durante la Guerra Civil. *Enfermería Integral* (120).
- Ávila Olivares, José Antonio, y Martín Barrigos, J. (2017). *Practicantes vs Enfermeras. Génesis de la unificación profesional de las clases auxiliares sanitarias (1915-1980)*. Alicante: Consejo General de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA).
- Blasco, I. (2003). *Paradojas de la ortodoxia. Política de masas y militancia católica femenina en España (1919-1939)*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.
- Casas Martínez, F., y Miralles Sangro, T. (2001). Monumento a las enfermeras de la Cruz Roja de Astorga. *Enfermería Clínica*, 11(4), 161-165.
- Casas Martínez, M. F., y Miralles Sangro, Teresa. (2008). Las enfermeras en la Guerra Civil Española. *Híades. Revista de Historia de la Enfermería* (10), 867-872.
- Casas Martínez, M., y Miralles Sangro, M. (2003). Las enfermeras en la Guerra Civil española. *Educare* 21(2).
- Cervera Gil, J. (2006). *Madrid en Guerra: la ciudad clandestina 1936-1939*. Alianza Editorial.
- Chamorro Rebollo, Elena (2016), *La influencia de María de Madariaga y de Salus Infirmorum en la Enfermería española en la última mitad del siglo XX* (tesis doctoral). Universidad de Alicante, Alicante, España.
- Chamorro Rebollo, E., Siles González, J., Díaz Pérez, C., y Álvarez López, O. (2016). Nursing care in postwar Madrid. *Investigación y educación enfermera*, 34(2), 329-341. DOI: 10.17533/udea.iee.v34n2a13

- Chamorro Rebollo, E., Siles González, J., Díaz Pérez, C., y Álvarez López, O. (2018). 60 años de la aprobación del título de Fisioterapia y de la primera escuela de Fisioterapia reconocida, la de Salus Infirmorum en el centro infantil “Casa del Niño” de Madrid”, *Asclepio*, 70 (2). DOI: <https://doi.org/10.3989/asclepio.2018.17>
- Cincuentenario de Salus Infirmorum (30 de junio de 1985). *Revista Blanco y Negro. ABC* pp. 154-156
- Conde Mora, F. G. (2008). *D^a María de Madariaga y Alonso (1905-2011). Fundadora de Salus Infirmorum*. Cádiz.
- Conde Mora, F. G. (2012). El archivo histórico de la Asociación Salus Infirmorum de Cádiz: un referente para la investigación en la Historia de la Enfermería en *Asociacionismo en la enfermería y su influencia en el desarrollo de la profesión*. (págs. 445-450). Madrid: Colegio Profesional de Enfermería de Madrid.
- De Meer, F. D. (1989). Algunos aspectos de la cuestión religiosa en la Guerra Civil (1936-1939). *Anales de Historia Contemporánea*, 7, 111-126.
- Domínguez Isabel, P., Espina Jerez, B., Gómez Cantarino, S., Elena Hernández, A., de Dios Aguado, M., y Pina Queirós, P. (2019). Organización de los cuidados de enfermería en la Guerra Civil Española (1936-1939): un abordaje histórico. *Cultura de los Cuidados* (53), 77-86. DOI:10.14198/cuid.2019.53.08
- Enciso Viana (1937). *La enfermera de Acción Católica*. Vitoria: Editorial Social Católica.
- Enfermeras de Acción Católica. (julio de 1938). *Normas y Orientaciones para la dirección de la Juventud Femenina de A.C.*, 7.
- García Basauri, M (1980). La sección femenina en la guerra civil española. *Historia* 16, 50, pp. 45-56.
- García Ferrandis, X., y Martínez Vidal, Á. (2019). La ayuda humanitaria de los British Quakers durante la guerra civil española (1936-1939): el caso del hospital infantil de Polop de la Marina (Alicante). *Asclepio*, 71(1), 253. DOI: <https://doi.org/10.3989/asclepio.2019.05>
- Guirado, I. (2017). *La Juventud Femenina de Acción Católica (1926-1951)* (Tesis doctoral). Alcalá de Henares. Madrid. España
- JFAC (1936-37, 1937). *Memoria de 1936-37*. Archivo de la Juventud Femenina de Acción Católica. Universidad Pontificia de Salamanca. Salamanca.
- JFAC (1937). *Estadística de 1937*. Archivo de la Juventud Femenina de Acción Católica. Universidad Pontificia de Salamanca. Salamanca.
- JFAC (1937). *Estadística de actividades de guerra*. Archivo de la Juventud Femenina de Acción Católica. Universidad Pontificia de Salamanca. Salamanca.
- Circular de María de Madariaga (26 de abril de 1937). *Te Martyrum candidatus laudat exercitus*. Archivo de la JFAC. Universidad Pontificia de Salamanca
- Las jóvenes de Acción Católica. Ingente labor de organización y proselitismo. (1 de abril de 1941). *Ecclesia*, 7, 10-11.
- López Vallecillo, M, (2016), *Presencia social e imagen pública de las enfermeras en el siglo XX (1915-1940)* (tesis doctoral). Universidad de Valladolid, Valladolid, España.

- López Vallecillo, M, (2021), *Enfermeras: mujeres protagonistas en los conflictos bélicos de la primera mitad del siglo XX en España*, Ediciones Universidad de Navarra. Pamplona. España.
- Madariaga, M. (s.f.). Archivo de la Asociación Nuestra Señora Salus Infirmorum. Madrid.
- Mejías Márquez, C., y Barrios Ortiz, Antonia. (2012). *María de Madariaga y la Asociación Salus Infirmorum: un reto en la promoción de la mujer en Asociacionismo en la enfermería y su influencia en el desarrollo de la profesión*. (págs. 585-590). Madrid: Colegio Oficial de Enfermería de Madrid.
- Mejías Marqu岸ez, C, Lepiani Díaz, I, Paramio Cuevas, JC, Conde Mora, FG, Carranza Naval, MJ, Mata Pérez, C, (2019), *Salus Infirmorum en Cádiz. La excelencia en la formación de los cuidados (1952-2016)*, Cádiz, Salus Infirmorum, p. 36.
- Monge Ortiz, M. (7-9 de mayo de 2015). Cuidar en tiempos de guerra civil (1936-1939). *XIV Congreso Nacional de Historia de la Enfermería*. Santander. Obtenido de <https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/06CE0550-D879-408D-9CC9-38326E7ECACE/d6b4fcc3-3406-4932-b485-4293cf99ce69/d6b4fcc3-3406-4932-b485-4293cf99ce69.pdf>
- Montero Moreno, A. (1999). *Historia de la persecución religiosa en España: 1936-1939*. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos.
- *Normas y Orientaciones para la Dirección de la Juventud Femenina de AC*. (junio de 1937). Normas y Orientaciones (10), 6.
- Rodríguez Gómez, C., y Fernández Lamelas, M. (1996). Enfermeras en la Guerra Civil española. Impresiones y testimonios. *Index de Enfermería* (15), 15-18.
- Salus Infirmorum (s.f). Archivo Asociación Nuestra Señora Salus Infirmorum. Madrid.
- Segura López, G., Hernández Conesa, J., y Beneit Montesinos, J. (2012). *Los sistemas formativos enfermeros durante la Guerra Civil española 1936-1939*. Murcia: Diego Martín Librero Editor.
- Siles González, J. (1996). Enfermería y conflictos bélicos. *Index de Enfermería* (15), 7-8.
- Scott-Ellis, P. (1996). *Diario de la guerra de España*. Barcelona: Plaza y Janés.
- Un merecido homenaje (1985). *Tribuna Sanitaria*, 23, pp. 22-23

Reglamento Municipal de Beneficencia y Sanidad, Elche 1928

Municipal Regulation of Charity and Health, Elche 1928

Regulamento Municipal de Caridade e Saúde, Elche 1928

¹María Rosa Gómez Martínez

¹Doctora en Sociología, Universidad de Murcia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4867-1618>

Cómo citar este artículo en edición digital: Gómez Martínez, M^a R. (2022). Reglamento Municipal de Beneficencia y Sanidad, Elche 1928. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 26(63). Recuperado de

<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2022.63.08>

Correo electrónico: mariarosa.gomez@um.es

Correspondencia: C/Mariano Benlliure, 29, 7º-2, 03201 Elche (Alicante)

Recibido:03/01/2022 Aceptado: 12/02/2022



ABSTRACT

The health policy of Primo de Rivera elaborated a regulatory legal body to protect the needy classes that attended to their needs; the increase in health activity led to the creation of a large number of care institutions as well as professional health professionals involved in its development. Objectives: the research aims to analyze the practical application of the municipal Health and Welfare Regulations of the city of 1928 and, on the other hand, its impact on the social life of the underprivileged class. Method: a historical research based on the literature review was carried out. Documentary sources: documentary catalogs of libraries and documentary archives, electronic databases, catalogs of magazines specializing in history and other online sources. Descriptors used: midwife, practitioner, doctor, pharmacist, census of the poor. Results: documents from studies based on primary sources were included in the analysis and the results are presented in 4 sections: The Municipal Regulation of 1928, Pharmacists and medicines for poor patients, Doctors and practitioners and Midwives, midwives and childbirth teachers. Conclusion: the Regulation is applied long before its publication and health care is constantly exercised by all the professionals that comprise it; the number of practitioners is equal to that of doctors in this period; the City Council is responsible for paying pharmaceuticals for poor patients to pharmacists and is distributed by quarters; With regard to doctors, and since 1924, sufficient places have been created for the demand of the poor, which will increase, as well as possible substitutes; the creation of the dental clinic for the poor in the Santo Hospital in 1930 is included; in 1928 and 1929 there are 4 matrons for the four districts of the city, following the legislation; In 1930 the municipal midwives received an annual salary increase from 720 to 900 pesetas from the town council.

Keywords: Health legislation; matron; practicing; medical; pharmacist; poor register.

RESUMEN

La política sanitaria de Primo de Rivera elaboró un cuerpo legal reglamentario para proteger a las clases menesterosas que atendía sus necesidades; el aumento de la actividad sanitaria supuso la creación de un gran número de instituciones asistenciales así como de sanitarios profesionales implicados en su desarrollo. Objetivos: la investigación tiene por objetivos analizar la aplicación práctica del Reglamento municipal de Sanidad y Beneficencia de la ciudad de 1928 y, por otra parte, su repercusión en la vida social de la clase menesterosa. Método: se llevó a cabo una investigación histórica basada en la revisión bibliográfica. Fuentes documentales: catálogos documentales de bibliotecas y archivos documentales, bases de datos electrónicas, catálogos de revistas especializadas en historia y otras fuentes de red. Descriptores utilizados: matrona, practicante, médico, farmacéutico, padrón de pobres. Resultados: en el análisis se incluyeron documentos procedentes de estudios basados en fuentes primarias y los resultados se presentan en 4 apartados: El Reglamento municipal de 1928, Farmacéuticos y medicamentos para enfermos pobres, Médicos y practicantes y Matronas, comadronas y profesoras de partos. Conclusión: el Reglamento se aplica mucho antes de su publicación y la asistencia sanitaria es ejercida de manera constante por todos los profesionales que la integran; el número de practicantes se equipara al de médicos en este período; el Ayuntamiento se hace cargo del pago de medicamentos para enfermos pobres a los farmacéuticos y se reparte por trimestres; respecto a los médicos, y desde 1924, se van creando plazas suficientes para la demanda del padrón de pobres, que irá en aumento, así como posibles suplentes; se incluye la creación del gabinete odontológico para pobres en el Santo Hospital en 1930; en 1928 y 1929 hay 4 matronas para los cuatro distritos de la ciudad, siguiendo la legislación; en 1930 las matronas municipales reciben un aumento de sueldo anual de 720 a 900 pesetas por parte del ayuntamiento.

Palabras clave: Legislación sanitaria; matrona; practicante; médico; farmacéutico; padrón de pobres.

RESUMO

A política de saúde de Primo de Rivera elaborou um órgão legal regulador para proteger as classes carentes que atendiam às suas necessidades; O aumento da atividade de saúde levou à criação de um grande número de instituições assistenciais, bem como de profissionais de saúde envolvidos no seu desenvolvimento. Objetivos: a pesquisa visa analisar a aplicação prática do Regulamento Municipal de Saúde e Previdência da cidade de 1928 e, por outro lado, seu impacto na vida social da classe menos favorecida. Método: foi realizada uma pesquisa histórica com base na revisão de literatura. Fontes documentais: catálogos documentais de bibliotecas e arquivos documentais, bases de dados eletrônicas, catálogos de revistas especializadas em história e outras fontes online. Descriptores utilizados: parteira, praticante, médico, farmacêutico, censo dos pobres. Resultados: foram incluídos na análise documentos de estudos baseados em fontes primárias e os resultados são apresentados em 4 seções: O Regulamento Municipal de 1928, Farmacêuticos e medicamentos para doentes pobres, Médicos e praticantes e Parteiras, parteiras e professoras de parto. Conclusão: o Regulamento é aplicado muito antes de sua publicação e a assistência à saúde é exercida constantemente por todos os profissionais que o compõem; o número de praticantes é igual ao de médicos nesse período; a Câmara Municipal é responsável pelo pagamento dos medicamentos dos doentes pobres aos farmacêuticos e é distribuído por trimestres; No que diz respeito aos médicos, e desde 1924, foram criadas vagas suficientes para a procura dos pobres, que irá aumentar, bem como eventuais substitutos; inclui-se a criação da clínica odontológica para pobres no Hospital Santo em 1930; em 1928 e 1929 há 4 matronas para os quatro bairros da cidade, seguindo a legislação; Em 1930, as parteiras municipais receberam um aumento salarial anual de 720 para 900 pesetas da câmara municipal.

Palavras-chave: Legislação sanitária; matrona; praticando; médico; farmacêutico; cadastro ruim.

INTRODUCCIÓN

El período anterior a la política sanitaria de Primo de Rivera es importante por los

acontecimientos que se suceden como la Guerra de Marruecos, la revolución de 1917 y la epidemia de gripe de 1918-1919, gran revulsivo en el contexto sanitario del país; en la dictadura se iniciará un considerable aumento de la actividad sanitaria, continuada durante la República y caracterizada por una intensa preocupación reglamentaria y la creación de un gran número de instituciones (Huertas, 2000:35).

Según Ben-Ami (2012:260-262), los gastos para beneficios sociales en este periodo crecieron el 98% y los de los servicios sanitarios el 20%, mientras que en terrenos como la protección a la infancia, la caridad pública y los servicios estrictamente sociales ascendieron al 800% más que en 1920; Primo de Rivera tendrá la intención de elaborar una cuerpo legal como base para una sociedad donde los humildes se sintieran protegidos intentando domesticar a la clase obrera atendiendo sus necesidades y derrotando al socialismo con sus propias armas, socializando. Así, la selección de las vidas puede provocar que los idóneos sean integrados y los pobres rechazados al no encuadrarse dentro del modelo propuesto, dejándolos morir por la consecuente depauperización que padecen (Bazzicalupo, 2016:111).

En los años 20 la higiene social se sirvió de los constructos ideales de familia higiénica, asentamiento higiénico y comunidad higiénica para ser vista como una ciencia social referida al *homo hygienicus* (Rodríguez, 2005:237). El higienismo va a ser el protagonista de la implantación de la sanidad provincial y municipal. En la siguiente década la intervención del higienista en problemas sociales y la necesidad de la unificación sanitaria situará a la higiene en una esfera social y en un modo de vida en sí misma (González de Pablo, 1995:293) conciliadora de clases, hecho que cristalizará en la sanidad municipal (Gómez Martínez, 2018:54).

La Ley Orgánica de Sanidad de 28 de Noviembre de 1855 consta como de deber ineludible de todos los Ayuntamientos de España y regula que en todas las poblaciones que no pasen de los 4.000 vecinos habrá facultativos municipales de medicina, cirugía y farmacia; en las de mayor vecindario se llevará un registro de pobres con derecho a asistencia facultativa gratuita (Maza, 1999: 37-39). Esta ley estará vigente hasta la proclamación de la ley de Coordinación sanitaria de 1934. La Beneficencia provincial y municipal, por su importancia, pasa a ser la piedra angular de la asistencia en España y el núcleo asistencial más efectivo.

Un primer objetivo se refiere a la narrativa sociohistórica de los documentos localizados en el Archivo Histórico Municipal de Elche (AHME): correspondencia, legajos, prensa histórica local, comunicaciones u otra documentación relacionados con el objeto de estudio, en un intento de hacer una reconstrucción socio-histórica y cultural o historia social (Gómez Martínez, 2018:24) de las profesiones sanitarias municipales del momento estudiado desde la microhistoria (Serna y Pons, 1993). Un segundo objetivo intenta analizar la aplicación práctica del

Reglamento municipal de Sanidad y Beneficencia de la ciudad de 1928 y su repercusión en la vida social de la clase menesterosa o inscritos en el padrón municipal de beneficencia de la ciudad.

METODOLOGÍA

El proceso de investigación del siguiente estudio se realizó en 3 momentos: primero se llevó a cabo un examen exhaustivo de la documentación municipal existente en el Archivo Histórico Municipal de Elche (AHME) y de revisión de la prensa histórica disponible en la Biblioteca Municipal de Elche; el análisis de las noticias, artículos o publicidad de un período concreto puede indicarnos cuál es el papel de la sociedad respecto al objeto de estudio (Martínez, Juárez, Solano y Siles-González, 2017); posteriormente se procedió a una revisión bibliográfica de las publicaciones existentes respecto al Reglamento municipal de Sanidad y Beneficencia de la ciudad desde su dimensión aplicada; en un tercer momento se realizó una búsqueda en los diferentes recursos electrónicos y bases de datos (CUIDEN, SCIELO y DIALNET) atendiendo a las palabras: matrona, practicante, médico, farmacéutico, años 20.

Desde la observación documental se procedió al análisis y narrativa sociohistórica de la aplicación del Reglamento en la sociedad ilicitana.

DESARROLLO DEL TEMA

El reglamento municipal de 1928

La situación de la política sanitaria en la ciudad es analizada por Francisco Quesada en el semanario *Trabajo* en Marzo de 1924; la realidad es que no existe un Laboratorio donde pobres y ricos puedan servirse de la ciencia investigadora de su microbiología y bacteriología; cómo explicar que *una ciudad de 30.000 habitantes carece de casa de Socorro* de asistencia inmediata; la mayoría de los obreros, por su precaria situación económica, carecen del dinero para afrontar la asistencia médica... aunque existe la *Cruz Roja*... pero es de justicia que esta asistencia sea en local ad hoc montado por el Ayuntamiento; en pueblos de igual categoría sí existen (*Trabajo*, 30-03-1924; Gómez Martínez, 2020:147). El artículo 3º del Reglamento de 14 de Junio de 1891 contempla los requisitos que han de tener los vecinos pobres para tener derecho a asistencia médica gratuita:

1º: los que no contribuyan directamente con cantidad alguna al Erario, ni sean incluidos en los repartos para cubrir los gastos provinciales ni municipales. Se exceptúan de esta regla los que sin pagar contribución alguna directa al Estado, la provincia ni al Municipio, disfruten de

jubilación, cesantía o pensión cualquiera que sea su procedencia.

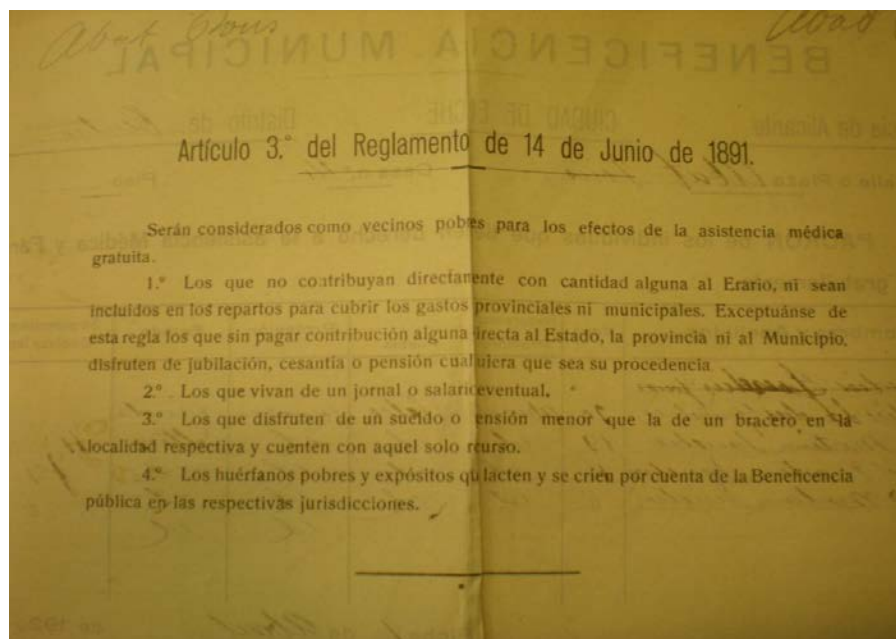
2º: los que vivan de un jornal o salario eventual.

3º: los que disfruten de un sueldo o pensión menor que la de un bracero en la localidad respectiva y cuenten con aquel solo recurso.

4º: los huérfanos pobres y expósitos que lacten y se críen por cuenta de la Beneficencia pública en las respectivas jurisdicciones (*Trabajo*, 24-02-1924; Legajo E 1564/21).

Este artículo está en el reverso de las papeletas que utiliza el Ayuntamiento para confeccionar el *Padrón de pobres* de la ciudad correspondiente al año 1924.

Figura 1. Reverso de papeleta utilizado para la creación del padrón de 1924.



Fuente: E 1565/3, Beneficencia Municipal: Libro Registro General de inscritos, 1924.

Con la base de este Reglamento se elabora un Proyecto de Estatuto Municipal de la ciudad en el año 1928; dice el Reglamento en su:

Artículo 1º, que *la Beneficencia y Sanidad de la ciudad proporciona asistencia facultativa a los pobres y mejora los servicios higiénicos y sanitarios de la población.*

Artículo 2º, habla de la *asistencia a domicilio de los enfermos pobres*, dividiendo la población en cuatro distritos que son: 1º Santamaría, 2º el Salvador, 3º Arrabal de San Juan y 4º Arrabal de Santa Teresa.

Artículo 5º, se refiere al servicio gratuito de Médico, Farmacia, Practicante y Matrona, del que disfrutarán los vecinos incluidos en las listas de Beneficencia.

Artículo 6º, afirma que *los individuos de las familias pobres tendrán que estar vacunados o revacunados según la edad, y si no lo estuvieran serán sometidos a esta operación preventiva, quedando excluido de la asistencia gratuita los que a ello se negaren.*

El Capítulo 5º se refiere a los *deberes de los Médicos Inspectores Municipales de Sanidad*; en su artículo 16º dice que los médicos titulares, estarán *encargados de la asistencia domiciliaria* de los enfermos pobres del distrito correspondiente, en toda clase de enfermedades y lesiones que impidan al enfermo trasladarse a la consulta del Médico; el artículo 17º establece *una hora de consulta diaria en su despacho*; el artículo 19º expone que *participarán al Jefe de Beneficencia y Sanidad los casos de enfermedad infecto-contagiosa* que asistan, y *darán cuenta inmediata de las defunciones* que dichas enfermedades ocurran; el artículo 20º se refiere a que *dirigirán y practicarán las vacunaciones y revacunaciones contra la viruela* en sus respectivos distritos; el artículo 22º dice que cuando tengan que *prestar un servicio gratuito de Beneficencia o Sanidad a más de un kilómetro de la población, el Ayuntamiento pondrá a su disposición el vehículo o carruaje apropiado* (Acta 226:3-4, 05-01-1928).

El Capítulo 7º, tiene que ver con los *Practicantes*; de su artículo 28º se desprende que el *número de practicantes será igual al de los Médicos titulares Inspectores municipales de Sanidad*; el artículo 29º dice que todos los Señores Practicantes *estarán a las inmediatas órdenes de los Señores facultativos, prestando los servicios de Beneficencia y Sanidad* (Acta 226:4-5, 05-01-1928).

Farmacéuticos y medicamentos para enfermos pobres

En Octubre de 1923 se acuerda pagar a Manuel Pomares Ibarra 464,05 pesetas por medicamentos suministrados a enfermos pobres durante el mes de Septiembre (Acta 222:33, 19-10-1923); por el mismo concepto 305,25 pesetas, relativos al mes de Octubre (Acta 222:44, 09-11-1923), 376,65 pesetas durante el mes de Noviembre (Acta 222:58, 12-12-1923) y 322,70 pesetas correspondientes al mes de Diciembre (Acta 222:77-78, 09-01-1924). En Diciembre de 1923, Gonzalo Antón Tarí, pide la palabra para proponer que, existiendo en la ciudad cuatro farmacéuticos, los medicamentos que por cuenta del Ayuntamiento se facilitan a los enfermos pobres, sean suministrados por los cuatro, y no por uno sólo; expresa que debe celebrarse un sorteo entre los otros tres para fijar el turno de los meses que deberá suministrarlo cada uno de los cuatro farmacéuticos; esta proposición es aprobada por el Ayuntamiento (Acta 222:60, 12-12-1923). En Enero de 1924 consta en Acta el suministro de medicamentos a los pobres, su distribución por farmacéutico y por meses del año corresponde a:

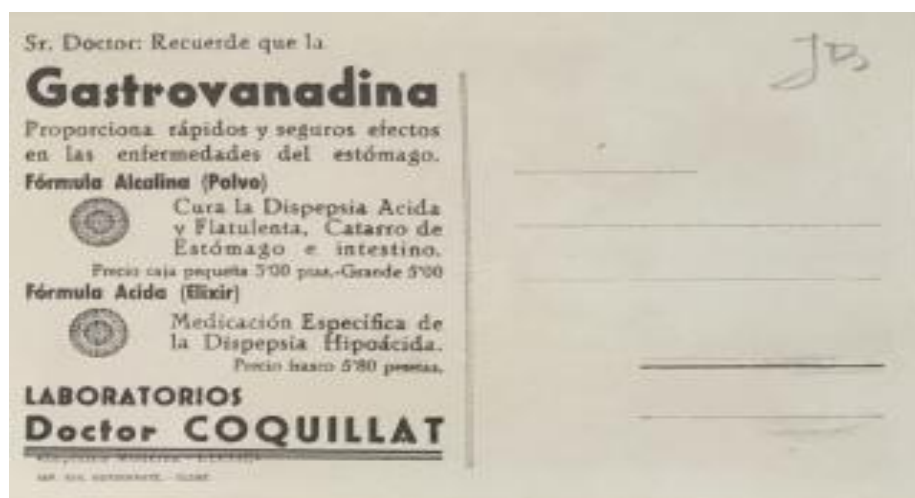
- Aureliano Coquillat Pascual y Gabriel Ruiz Chorro suministraran dichos medicamentos en los meses de Enero, Marzo, Mayo, Julio, Septiembre y Noviembre.
- Manuel Pomares Ibarra y Ladislao Orts Maciá, en los meses de Febrero, Abril, Junio, Agosto, Octubre y Diciembre (Acta 222:74, 02-01-1924).

Con esta nueva distribución de farmacias, se le pagan a Aureliano Coquillat 381,55 pesetas por medicamentos suministrados a familias pobres durante el mes de Enero de 1924, 278,40 pesetas durante el mes de Marzo y 629,75 por el mes de Mayo; a Manuel Pomares Ibarra 245,30 pesetas correspondientes al mes de Febrero (Acta 223: 30, 06-03-1924; Acta 223:76, 10-04-1924), 477,80 por el mes de Abril y 531,05 por el mes de Junio; a Ladislao Orts Maciá 308,60 pesetas por el mes de Abril (Acta 223:98, 08-05-1924; Acta 223:136, 19-06-1924; Acta 223:161, 10-07-1924) y 329,95 por el mes de Junio (Acta 223:177, 24-07-1924).

El 28 de Junio de 1924, Antonio Trives García, Licenciado en Farmacia, habiendo adquirido por traspaso la farmacia de Gabriel Ruiz Chorro, sita en la calle Puerta Orihuela, solicita ser autorizado para servir recetas de la Beneficencia Municipal (Legajo 39/33). En Julio de 1924 se acuerda incluir a Antonio Trives García en el turno establecido entre las farmacéuticas para los enfermos pobres (Acta 223:153, 03-07-1924). El 28 de Febrero de 1925, Diego Alonso Frías, farmacéutico establecido en la calle Canalejas número 3 de la ciudad, solicita autorización para entregar recetas de la Beneficencia Municipal en la forma y condiciones establecidas por las disposiciones vigentes (Legajo 39/33).

En el mes de Octubre de 1930, Rafael Giménez Ambit, de 25 años, soltero, farmacéutico, natural y vecino de la ciudad, expone que en la casa de su domicilio, en la calle Canalejas 36, tiene abierta al público una Farmacia; dice que sus compañeros de profesión vienen facilitando por turno la medicación a los enfermos pobres por cuenta del Ayuntamiento que tiene establecido un turno al efecto; solicita que se incluya en dicho turno para poder suministrar medicamentos a los enfermos pobres (Legajo 97/34).

Figura 2. Gastrovanadina del Dr. Coquillat. Década de los 20 y 30.



Fuente: Cátedra Pedro Ibarra. Colección Francisco Flores.

En el Libro del turno de farmacias, del personal y de registro de enfermos varones del Hospital de 1926-1927, aparecen registradas las farmacias y los farmacéuticos existentes en 1926: septiembre Manuel Pomares Ibarra, octubre Diego Alonso Frías, noviembre Aurelio Coquillat y diciembre Ladislao Orts (Legajo E-2600/24).

En el año de 1927, un farmacéutico titular cobra 750 pesetas al mes; en acta del mes de Mayo se recoge el gasto de dos farmacéuticos por el importe de 1.500 pesetas (Acta 225:133, 19-05-1927). En el mes de Marzo, se inaugura un nuevo establecimiento farmacéutico del joven Licenciado en Farmacia Alejandro Sansano Ibarra, en el sitio más céntrico de la ciudad, las “Cuatro Esquinas”, en la confluencia de la calle Victoria y la calle Aureliano Ibarra, que atraviesan la calle Corredora; en efecto, es uno de los sitios más transitados de la ciudad y de mayor comercio. En una de sus esquinas vivió Asunción Ibarra Santamaría y Viuda de Revenga (*Amanecer*, 06-03-1927; *La Defensa*, 06-03-1927). En Enero de 1927 la gripe se desarrolla en la ciudad aumentando el número de enfermos; el semanario *Amanecer* aconseja que *debe prevenirse el que no tenga los medicamentos necesarios* para combatir la enfermedad; también dice que *debe estudiarse la manera de facilitar a las clases humildes los medicamentos gratuitamente*; de suma importancia es la *necesidad de que se establezca el servicio nocturno de farmacia*, pues en poblaciones de menos importancia hay un establecimiento farmacéutico abierto por las noches (*Amanecer*, 23-01-1927). *La Defensa* aclara algunos datos respecto a la gripe, afirmando que *ni en cantidad ni en calidad afecta la dolencia gravedad alguna... en Elche son en número regular los atacados*. Según el Inspector de Sanidad las bajas fueron de 73, las altas de 37 y los enfermos existentes de 307; *hasta el día de hoy ni uno sólo ha muerto de gripe* (*La Defensa*, 16-01-1927).

El Capítulo 6º del Reglamento de Beneficencia y Sanidad de la ciudad habla del *Servicio Farmacéutico*; el artículo 25º dice que *despacharán todas las recetas firmadas por los facultativos titulares y autorizados por el Ayuntamiento*; el artículo 26º afirma que *no podrán ser despachadas recetas de específicos*, excepción hecha de los sueros orgánicos y vacunas (Acta 226:4, 05-01-1928). En el Suplemento al presupuesto ordinario del Ayuntamiento, en Diciembre de 1929, se consignan 1.000 pesetas para suministro de medicamentos a familias pobres (Acta 226:184, 03-12-1929).

Médicos y practicantes

En el mes de Febrero de 1924 fallece el médico titular del 3º Distrito Juan Micó Serrano; con el fin de que la asistencia facultativa de los enfermos pobres esté atendida se nombra médico titular interino de dicho Distrito a José Juan Orts Martínez (Acta 223:20-21, 28-02-1924); en

Julio de 1928 cambiará de distrito pasando al cuarto, y teniendo el cargo de Médico Titular e Inspector Municipal de Sanidad (Acta 226:38-39, 04-07-1928). En el movimiento de Caja del Ayuntamiento de Noviembre de 1923 se reflejan los haberes de los Médicos para el mes de Septiembre correspondientes a 833,20 pesetas; para los meses de Octubre y Noviembre, en la Caja de Diciembre, la cantidad asciende a 1666,40 pesetas (*Nueva Illice*, 16-12-1923 y 13-01-1924); en el movimiento de Caja del mes de Marzo de 1924 se refleja un gasto de 2.277,02 pesetas pagado a la *Brigada Sanitaria Provincial*; en el movimiento de Caja del mes de Abril de 1924 se reflejan haberes a los Médicos titulares por 833,32 pesetas (*Renovación*, 13-04-1924 y 19-10-1924). El 18 de Junio de 1926 el alcalde comunica al Gobernador Civil de la Provincia de Alicante los médicos que ejercen la profesión en el término municipal (Comunicación d 155/2, 18-06-1926): Manuel Pascual Urbán, Carmelo Serrano García, Julio M^a López Orozco, José Pomares Perlasia, Jerónimo Sánchez Pascual, José Juan Orts Martínez, Andrés Brú Gomis, Antonio Brú Gomis, Manuel Martínez Magro y José Martínez Pérez. Los médicos titulares suplentes sin sueldo para el Servicio Benéfico Sanitario, en Agosto de 1926, son, por distritos: Distrito 1º: Santa María, José Juan Orts Martínez; Distrito 2º: Salvador, Manuel Martínez Magro; Distrito 3º y 4º: San Juan y Santa Teresa, Antonio Brú Gomis. Los practicantes titulares suplentes sin sueldo: Distrito 1º: Santa María, Juan Bautista Jiménez Ambit; Distrito 2º: Salvador, José Ródenas Cisilar; Distrito 3º: San Juan, Mariano Cases; Distrito 4º: Santa Teresa, Juan Vicente Caracena (Acta 225:52, 09-08-1926).

En vista del aumento del número de asilados del *Asilo de San José* y, debido a la construcción del barrio del Asilo, en el que habitan muchas familias pobres, en el ejercicio del segundo semestre de 1926, el Ayuntamiento decide aumentar el sueldo del Médico del Santo Hospital a 2.500 pesetas anuales; Andrés Brú Gomis, hasta este momento, recibe 1.500 pesetas anuales satisfechas por el Consistorio; este Médico Cirujano tiene la obligación de prestar sus servicios profesionales gratuitamente en el *Asilo de San José*, en el *Santo Hospital* y en el barrio del Asilo; también debe turnarse con sus compañeros Médicos titulares en la *Casa de Socorro*, prestando dichos servicios gratuitamente, si esta se creara (Legajo 362/37). En 1931, solicita autorización para recetar recetas de Beneficencia el médico y concejal Juan Petschen Kutz, como auxiliar del distrito del Llano de San José, por ser *grandísimo* el número de enfermos y tener asignado doble número de familias con derecho a la asistencia médica. Este médico se ofrece a *realizar el servicio gratuitamente, mientras subsista la anormalidad* en el contingente de enfermos (Legajo 85-47). De hecho, este distrito se parte en dos distritos en el Padrón de familias pobres de 1932-1935, por exceder de 300 familias; en concreto se contabilizan 582 familias entre ambos distritos (Legajo E 1463/4).

En Noviembre de 1931, Manuel Pascual Urbán, manifiesta en la *Junta Municipal de Beneficencia*, las múltiples dificultades que ofrece el distrito en relación con las familias que figuran en las listas; estas dificultades aumentan por la asignación de las Partidas Rurales, por lo que propone a la Junta que se respeten los distritos actuales y que, para la asistencia a las familias del arrabal de San Juan y del Llano, que tienen más de 300 familias, se aumenten titulares de medicina y cirugía. Por economía, propone subir el sueldo en 800 pesetas al Médico del Hospital ascendiendo de 2.500 pesetas anuales a 3.300, *que es el sueldo legal*. En el caso que ocupa a la Junta, el actual Médico del Hospital, Andrés Brú Gomis, pasaría a desempeñar una plaza de médico titular prestando los servicios que hace en el *Hospital Municipal y Asilo de San José*. Después se procedería a crear otra plaza de Médico titular, con lo que quedaría convenientemente atendida la asistencia, sin exceder ninguno de los distritos de las 300 familias pobres que deben tener asignadas. La propuesta del señor Urbán es aceptada.

En *Junta Municipal de Beneficencia*, de 22 de Septiembre de 1932, se acuerda por unanimidad que, de conformidad con el artículo 39 del Reglamento de Sanidad Municipal, y *en el que taxativamente se marca que ninguna titular puede exceder de 300 familias pobres*, y visto que en el distrito 4º figuran más de 400 familias pobres, *se divida el distrito debiendo crearse una nueva plaza de Médico Titular Inspector Municipal de Sanidad*. A continuación, se fija el número de familias pobres que han de integrar el Padrón para el año 1933, con derecho a asistencia médico-farmacéutica y de comadrona gratuita, domiciliaria y hospitalaria (Legajo b 226): Creación propia a partir de datos de los censos obtenidos:

Tabla 1. Número de familias inscritas en los distintos padrones de Beneficencia Municipal de la ciudad, de 1924 a 1935 (elaboración propia)

1924	1932	1933	1935
D 1º: 160 fam	No hay datos	D 1º: 109 fam	D 1º: 231 fam
D 2º: 136 fam	No hay datos	D 2º: 110 fam	D 2º: 194 fam
D 3º: 195 fam	D 3º: 164 fam	D 3º: 231 fam	D 3º: 300 fam
D 4º: 126 fam	D 4º: 191 fam	D 4º: 204 fam	D 4º: 300 fam
		D 5º: 171 fam	D 5º: 282 fam
Total: 617 familias 2.422 personas.	Total: -----	Total: 825 familias (faltan datos)	Total: 1.307 familias

Fuente: Para el año 1935, el Distrito 1º es Santa María, el Distrito 2º el Centro, el Distrito 3º Arrabal, el Distrito 4º San José Norte y el Distrito 5º San José (resto).

Matronas, comadronas, profesoras de partos

El Capítulo 8º del Reglamento de Beneficencia y Sanidad, del Estatuto Municipal de la ciudad de 1928 trata de las *Matronas*; el artículo 30º expone que *en cada distrito habrá una matrona, encargada de la asistencia gratuita a los partos y puerperios, en las familias incluidas en las listas de Beneficencia*; en este sentido se exige estar incluida en el padrón de pobres para ser asistida (Torres, 2016:71); la ley de Instrucción Pública de 1857 ya menciona los títulos de practicante, enfermera y matrona (Martínez y Salazar, 164); el artículo 31º establece que, *cuando observasen en un puerperio síntomas de infección, lo participarán a la familia para que sea avisado el Médico del distrito* (Acta 226:5, 05-01-1928). En una comunicación del Ayuntamiento al Jefe de los servicios sanitarios de la ciudad, en Octubre de 1929, se solicita que, cumpliendo la Real Orden de 26 de Septiembre de 1929, se comunique el número de partos normales y distócicos asistidos durante el último quinquenio, a las familias incluidas en Beneficencia, que, aproximadamente son 1.200 (Comunicación d 161, 23-10-1929). El Gobierno Civil de la Provincia de Alicante, en su negociado de Sanidad, comunica al alcalde de la ciudad en Diciembre de 1929, que se ha visto el expediente del ayuntamiento para la clasificación de los servicios de tocología, practicantes y matronas del término municipal; el número de partos del último quinquenio es de aproximadamente 420, entre normales y distócicos. Con estos datos, se considera suficiente la extensión del término municipal para que los servicios profesionales sanitarios queden en *un médico tocólogo, cuatro matronas y cuatro practicantes*, es decir, los profesionales que existen en el año 1929 (Comunicación d 161, 14-12-1929).

Figura 3. Julia Martínez Guerra, Profesora en partos, 1934



Fuente: Cátedra Pedro Ibarra.

Las *Profesoras de partos* se publicitan en la prensa, como Antonia Hernández Rico, en la calle Chapí número 4 en el barrio de Puente Nuevo (*Amanecer*, 23-07-1926). María Mollá

Brotons, auxiliar de Matrona Titular, nacida en Elche en 1894, fue matrona del distrito IV y empleada municipal, militando en “Acción Cívica de la Mujer” durante la II República y ofrece gratuitamente sus servicios como *Profesora de partos* en el Ayuntamiento; la Corporación le agradece su altruista y desinteresado proceder (Comunicación d 163, 09-05-1930). El movimiento de Caja del Ayuntamiento de la ciudad correspondiente al mes de Noviembre de 1923 registra un pago de los meses de Septiembre y Octubre de 360 pesetas para *Comadronas* (*Nueva Illice*, 16-12-1923); los términos *Comadrona*, *Matrona* y *Profesora de partos* son equivalentes para los semanarios, legajos, actas y comunicaciones, de esta manera se utilizan de igual modo en distintos discursos. El mismo mes, Josefa Guerra Tomás solicita la plaza de comadrona de la Beneficencia Municipal de la ciudad por hallarse vacante una de las plazas; la instancia pasa a informe de la *Comisión de Beneficencia y Sanidad* que resuelve una semana más tarde nombrarla para el distrito cuarto (Acta 222:43, 2 y 9-11-1923). Durante el mes de Abril de 1924, el Ayuntamiento tiene un gasto de haberes de profesoras de partos por 120 pesetas (*Renovación*, 19-10-1924). En el presupuesto ordinario de gastos del Ayuntamiento de la ciudad para el año 1928 aparece *el sueldo de 4 profesoras de partos*, a 720 pesetas cada uno, lo que equivale a 2.880 pesetas totales (Comunicación d 159/2, 30-03-1928); en el presupuesto ordinario de 1930, el sueldo de las profesoras de partos se ha elevado a 900 pesetas cada uno, ascendiendo el total de 4 sueldos de profesoras a 3.600 pesetas (Comunicación d 163, 22-02-1930). Josefina Carbonell, secretaria del Colegio de Matronas de Alicante, creado en 1930, solicita al Ayuntamiento de la ciudad que comunique los nombres y domicilios de las Matronas que actualmente residen en la ciudad (Comunicación d 164/1, 26-05-1930).

CONCLUSIONES

La asistencia gratuita médica, farmacéutica, de practicante y de matrona para los inscritos en el padrón de beneficencia es ejercida en la ciudad de manera constante por todos los profesionales sanitarios incluidos en el Reglamento de Sanidad Municipal de 1928; en este sentido la aplicación es anterior al desarrollo del Reglamento, hecho que constatamos desde 1924.

El artículo 28 dice que el número de practicantes será igual al de los Médicos titulares Inspectores municipales de Sanidad; en la ciudad el número de practicantes se equipara al de Médicos titulares en el periodo primorriverista.

El número de farmacias para dispensar medicamentos a los inscritos en el padrón de beneficencia se reparte por trimestres hasta completar las 4 disponibles y se constatan los pagos del ayuntamiento a los farmacéuticos para medicamentos para enfermos pobres.

En relación al artículo 39 del Reglamento de Sanidad Municipal, en él se expone que ninguna titular puede exceder de 300 familias pobres por distrito y visto que en el distrito 4º figuran más de 400 familias pobres se divide el mismo, creándose en 1930 una nueva plaza de Médico Titular Inspector Municipal de Sanidad. Respecto a los médicos, y desde 1924, se van creando plazas suficientes para la demanda del padrón de pobres, que irá en aumento, así como posibles suplentes; se incluye la creación del gabinete odontológico para pobres en el Santo Hospital en 1930 (Gómez Martínez, 2018:82).

El artículo 30 del Reglamento dispone una matrona por distrito para asistencia a partos y puerperios; en 1928 y 1929 hay 4 matronas para los cuatro distritos de la ciudad; en 1930 las matronas municipales reciben un aumento de sueldo anual de 720 a 900 pesetas por parte del ayuntamiento; el tratamiento formal de los términos *matrona*, *comadrona* y *profesora de partos* será equivalente a efectos de la documentación registrada en el AHME.

FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA

- Bazzicalupo, L. (2016). *Biopolítica. Un mapa conceptual*. Santa Cruz de Tenerife: Ed. Melusina.
- Ben-Ami, Shlomo (2012). *El cirujano de hierro, la dictadura de Primo de Rivera (1923-1930)*. Barcelona: RBA Libros.
- Gómez Martínez, M.R. (2018). *Crónica de la pobreza. Orígenes de la Asistencia Social en una ciudad del mediterráneo. Elche, 1923-1930*. Elche: Cátedra Pedro Ibarra. Universidad Miguel Hernández.
- Gómez Martínez, M. R. (2020). Asamblea Local de Cruz Roja Española de Elche (1909-1930). *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 24 (57). <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.57.09>
- González de Pablo, A. (1995). Sobre la configuración del modelo de pensamiento de la higiene actual: el caso español, *Dynamis*. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus., 15 (267-299).
- Huertas, R. (2000). Política sanitaria: de la Dictadura de Primo de Rivera a la II República, *Revista Española de Salud Pública*, Madrid, 74,35-43.
- Martínez-Sabater, A., Juárez-Colom, J., Solano-Ruiz, M^a. C., & Siles-González, J. (2017). Las nodrizas en el periódico ABC (1903-1920). *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 21(48). <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.48.11>
- Martínez, E., & Salazar, M. (2005). La salut dels il·licitans fa cent anys, *La Rella: anuari de L'Institut d'Estudis Comarcals del Baix Vinalopó*, 18,163-178.
- Maza, E. (1999). *Pobreza y beneficencia en la España Contemporánea (1808-1936)*. Barcelona: Ariel.
- Monge Juarez, M. (2015). *Agua, tierra y capital. La construcción de una ciudad contemporánea. Elche, 1884-1903*. Elche: Cátedra Pedro Ibarra. UMH.
- Rodríguez Ocaña, E. (2005). *Salud Pública en España. Ciencia, profesión y política, siglos XVIII-XX*. Granada: Universidad de Granada.
- Serna, J. & Pons, A. (1993). El ojo de la aguja. ¿De qué hablamos cuando hablamos de microhistoria?, *Ayer*, 12, 93-133.
- Torres Díaz, A., Rengel Díaz, C., Cubillas Rodríguez, I., & Morales Gil, I.M^a. (2016). Las Matronas de la Beneficencia Municipal y su atención a las mujeres pobres de Málaga (1900-

Prensa histórica

- Amanecer*, PH-23, Año II, Núm. 37 de 23 de Julio de 1926 (AHME)
Amanecer, PH-23, Año II, Núm. 42 de 5 de Septiembre de 1926 (AHME)
Amanecer, PH-23, Año III, Núm. 61 de 23 de Enero de 1927 (AHME)
La Defensa, PH-66, Año XVII, Núm. 790 de 16 de Enero de 1927 (AHME)
Nueva Illice, PH-74, Año XI, Núm. 589 de 16 de Diciembre de 1923 (AHME)
Nueva Illice, PH-74, Año XII, Núm. 592 de 13 de Enero de 1924 (AHME)
Renovación, PH-17, Año I, Núm. 11 de 13 de Abril de 1924 (AHME)
Renovación, PH-17, Año I, Núm. 37 de 19 de Octubre de 1924 (AHME)
Trabajo, PH-34, Año XVII, Núm. 694 de 24 de Febrero de 1924 (AHME)
Trabajo, PH-34, Año XVII, Núm. 699 de 30 de Marzo de 1924 (AHME)

Documentos del Archivo Histórico Municipal de Elche (AHME)

- Acta 222, de 19 de Octubre de 1923, p. 33 (AHME)
 Acta 222, de 9 de Noviembre de 1923, p. 44 (AHME)
 Acta 222, de 12 de Diciembre de 1923, p. 58 (AHME)
 Acta 222, de 12 de Diciembre de 1923, p. 60 (AHME)
 Acta 222, de 2 de Enero de 1924, p. 74 (AHME)
 Acta 222, de 9 de Enero de 1924, pp. 77-78 (AHME)
 Acta 223, de 28 de Febrero de 1924, pp. 20-21 (AHME)
 Acta 223, de 6 de Marzo de 1924, p. 30 (AHME)
 Acta 223, de 10 de Abril de 1924, p. 76 (AHME)
 Acta 223, de 8 de Mayo de 1924, p. 98 (AHME)
 Acta 223, de 19 de Junio de 1924, p. 136 (AHME)
 Acta 223, de 3 de Julio de 1924, p. 153 (AHME)
 Acta 223, de 10 de Julio de 1924, p. 161 (AHME)
 Acta 223, de 24 de Julio de 1924, p. 177 (AHME)
 Acta 225, Sesión extraordinaria, de 19 de Mayo de 1927, p. 133 (AHME)
 Acta 225, de 9 de Agosto de 1926, p. 52 (AHME)
 Acta 226, Sesión extraordinaria, de 5 de Enero de 1928, pp. 3-4 (AHME)
 Acta 226, Sesión extraordinaria, de 5 de Enero de 1928, pp. 4-5 (AHME)
 Acta 226, Sesión extraordinaria, de 4 de Julio de 1928, pp. 38-39 (AHME)
 Acta 226, Sesión extraordinaria, de 3 de Diciembre de 1929, p. 184 (AHME)

- Comunicación d 155/2, de 18 de Junio de 1926 (AHME)
 Comunicación d 159/2, de 30 de Marzo de 1928 (AHME)
 Comunicación d 161, de 23 de Octubre de 1929 (AHME)
 Comunicación d 161, de 14 de Diciembre de 1929 (AHME)
 Comunicación d 163, de 22 de Febrero de 1930 (AHME)
 Comunicación d 163, de 9 de Mayo de 1930 (AHME)
 Comunicación d 164/1 de 26 de Mayo de 1930 (AHME)

- Legajo 39/33 (AHME)
 Legajo 85-47 (AHME)
 Legajo 97/34 (AHME)
 Legajo 98-21 (AHME)

Legajo 137/2 (AHME)

Legajo 362/37 (AHME)

Legajo E 1463/4 (AHME) Relación de familias pobres de los distritos 3° y 4° que solicitan ingresar en la Beneficencia Municipal el año 1932.

Legajo E 1564/21

Legajo E-2600/24 (AHME)

Legajo b 226. Junta Municipal de Beneficencia.

Imaginário social sobre la enfermería en el cine: una aproximación histórico-social

The social imaginary about the nurse in the cinema: a historical-social approach

Imaginário social sobre enfermagem no cinema: uma abordagem histórico-social

Lucas de Sousa Santos¹, Genival Fernandes de Freitas.²

1. Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem, da Universidade de São Paulo.

Membro do Grupo de Pesquisa “História, Bioética e Legislação em Enfermagem”. Orcid:

<https://orcid.org/0000-0002-2121-6789>. São Paulo/SP, Brasil. Correo electrónico: lucasdesousa@usp.br

2. 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.

Cómo citar este artículo en edición digital: Santos, L.S., & Freitas, G. (2022). Imaginario social sobre la enfermería en el cine: una aproximación histórico-social. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 26(63). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2022.63.09>

Correo electrónico de contacto: lucasdesousa@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.

Recibido: 09/12/2021 Aceptado: 12/02/2022



ABSTRACT

Introduction: The cinema disseminates the social imaginary from various human images and archetypes, such as the professional nurse, in their area or outside of it. Thus, this study allows an approximation of the filmic language intertwined with the historical-social analysis of what this professional is and what he represents. **Objective:** To describe and analyze the social imaginary about the representation of nurses in cinema, considering the cultural and historical context of each chosen film work. **Methodology:** This is a qualitative, analytical and historical-social-cultural research, based on the theoretical framework on the "social imaginary", in three works of cinematographic art from different times and countries of origin: "One Flew Over the Cuckoo's Nest", from 1975, "Atonement", from 2007 and "The Father", from 2020. **Results:** Nursing is portrayed differently in film films, such as the one that invokes great icons and their achievements or contributions to the development of professionalization, but without frequently discussing the historical process of the identity construction of what it is to be a nurse and what he does, in favor of the social collectivity. **Conclusion:** The study contributed to the demystification of the integrated and stereotyped look, in the hope of consolidating itself culturally and advancing in the description and careful, careful and current analysis of the differences in the being and doing of nurses, as a social actor of their time and the structural context in which it is inserted.

Keywords: Nursing Research; history of nursing; cinema; nursing in cinema.

RESUMEN

Introducción: El cine difunde el imaginario social a partir de diversas imágenes y arquetipos humanos, como el del profesional enfermero, en su ámbito o fuera de él. Así, este estudio permite una aproximación al lenguaje fílmico entrelazado con el análisis histórico-social de lo que es y representa este profesional. **Objetivo:** Describir y analizar el imaginario social sobre la representación de las enfermeras en el cine, considerando el contexto cultural e histórico de cada obra fílmica escogida. **Metodología:** Se trata de una investigación cualitativa, analítica e histórico-social-cultural, basada en el marco teórico sobre el "imaginario social", en tres obras de arte cinematográfico de diferentes épocas y países de origen: "One Flew Over the Cuckoo's Nest", de 1975, "Expiación: Más Allá de la Pasión", de 2007 y "Meu Pai", de 2020. **Resultados:** La Enfermería es retratada de manera diferente en las películas cinematográficas, como la que invoca a los grandes íconos y sus logros o contribuciones al desarrollo de la profesionalización, pero sin discutiendo frecuentemente el proceso histórico de construcción de la identidad de lo que es ser enfermero y lo que hace, en favor de la colectividad social. **Conclusión:** El estudio contribuyó a la desmitificación de la mirada integrada y estereotipada, en la esperanza de consolidarse culturalmente y avanzar en la descripción y análisis cuidadoso, cuidadoso y actual de las diferencias en el ser y hacer del enfermero, como actor social de su tiempo y el contexto estructural en el que se inserta.

Palabras clave: Investigación en Enfermería; historia de la enfermería; cine; enfermería en el cine.

RESUMO

Introdução: O cinema dissemina o imaginário social a partir de diversas imagens e arquétipos humanos sobre o profissional enfermeiro. Assim, este estudo possibilita uma aproximação da linguagem fílmica entrelaçada à análise histórico-social do que é e do que representa esse profissional. **Objetivo:** Descrever e analisar o imaginário social acerca da representação do enfermeiro no cinema, considerando-se o contexto cultural e histórico de cada obra fílmica escolhida. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, analítica e de caráter histórico-social-cultural, com base no referencial teórico sobre o "imaginário social", em três obras da arte cinematográfica de épocas e países de origem distintos: "Um Estranho no Ninho", de 1975, "Desejo e Reparação", de 2007 e "Meu Pai", de 2020. **Resultados:** A enfermagem apresenta-se retratada de forma diferenciada em películas fílmicas, como a que invoca grandes ícones e seus feitos ou contribuições para o desenvolvimento da profissionalização, porém sem discutir amiúde o processo histórico da construção identitária do que é ser enfermeiro e do que ele faz, em prol da coletividade social. **Conclusão:** O estudo contribuiu para a desmistificação do olhar integrado e estereotipado, na esperança disto consolidar-se culturalmente e avançar na descrição e análise atenta, cuidadosa e atual acerca das diferenças do ser e do fazer do enfermeiro, como ator social do seu tempo e do contexto estrutural no qual se vê inserido.

Palavras-chave: Pesquisa em Enfermagem; história da enfermagem; cinema; enfermagem no cinema.

INTRODUÇÃO

Intensificado no início do século XX, o cinema se consolidou como um importante veículo midiático. Tendo como atrativo principal a imagem e o que se apresenta através dela, é o responsável por registros fílmicos documentais ou de histórias ficcionais. Denominada Sétima Arte, acreditava-se que o homem teria alcançado o feito de reproduzir a realidade como o era

pelas lentes das câmeras disponíveis à época. Porém, isso não a impedia de, por não ser um olho mecânico livre de imposições orgânicas humanas, limitar-se a enxergar apenas o que o seu diretor/realizador queria mostrar (Bernardet, 2012).

O crítico Riccioto Canudo propôs, em 1926, que o cinema superasse o realismo documental da simples função de reproduzir fotos sequenciais sobrepostas umas às outras e refletisse as emoções dos cineastas e a psicologia dos personagens, incluindo seu inconsciente. Muitas das obras desse período são as que hoje possuem o status de cânones cinematográficos, quando imagens em movimento, mesmo sem presença sonora, encantaram populações mundo afora no pós-Primeira Grande Guerra. Logo após, o cinema a cores e sons se consolidam como importantes personagens do nosso plano sociocultural correntes no tempo vigente (Mascarello, 2006).

O cinema deve ser, antes de tudo, a reprodução e o reconhecimento do lugar e do tempo em que é feito, realizado pelos únicos que são capazes de fazê-lo, responsáveis pela formação do seu futuro (Diegues, 2017). Diante de tudo isso, Pantlagean reforça a possibilidade de filmes serem utilizados como fontes de estudo e como fontes históricas na analítica da construção de imaginários sociais diversos (Pantlagean, 1990). Deste modo, deduz-se que não poderia ser diferente nos estudos que invocam a compreensão acerca da representação da enfermagem no cinema.

A história e a identidade da enfermagem foram reconstruídas por diversos fatores, como as diferentes civilizações, culturas, geografia, religião predominante, formas de divisão do trabalho e pela representação artística. Dos idos tempos antes de Cristo – perpassando ao Antigo Egito e a Índia com seus costumes de cura medicinais primordiais à Idade Média, na mulher como cuidadora do lar e de enfermos como um dom natural feminino, deixando o papel medicinal ao médico –, estes foram os pilares para a construção intensificada da enfermeira, existente até os dias atuais (Bastiani, Ribas, Pereira, Padilha, Bornstein, Geremias, 2011). O cuidado é uma atividade que vem sendo desenvolvida através dos séculos em estreita relação com a história da civilização. Nas mais remotas eras, podemos imaginar a mãe como a primeira enfermeira da família. Entretanto, a convicção de que as doenças eram um castigo divino, ou efeitos do poder diabólico exercido sobre os homens, levou os povos primitivos a recorrer a seus sacerdotes ou feiticeiros como saída desesperada, acumulando estes as funções do médico e farmacêutico protocolares (Bastiani, Ribas, Pereira, Padilha, Bornstein, Geremias, 2011).

Ainda em contraste com esse episódio, houve um tempo avelhantado que pela delimitação imposta às mulheres ao lar, e ainda às suas faltas de instruções educacionais, as que possuíam méritos medicinais eram taxadas de bruxas e hereges perante as entidades locais - as

que fossem religiosas. Mais tarde, as mesmas instituições que as perseguiram e as subtraíram socialmente, restringiu seus encargos para demandas clericais, subjugando-as em voluntariado em prol caridoso (Morais, Silva, Tibeiro, Pinto, Santos, 2011).

Marie-Françoise Collière afirma que até o fim da Idade Média havia duas divisões destinadas a essas mulheres do cuidado: as matronas e as beatas. As matronas eram encarregadas do auxílio aos partos e nascimentos, à gestante e à puérpera, aos recém-nascidos e às crianças. Esses cuidados eram carregados pela base da definição e constatação da fertilidade e da concepção da vida por essas mulheres designadas a tais feitos, algo a que seus corpos estariam mais aptos do que os corpos e ações masculinas. As práticas realizadas pelas matronas tinham como base suas próprias vivências anteriores e o saber transpassado por suas ancestrais. Após esse cumprimento consagrado, suas convicções maternais se deram em alto valor pela cristandade (Collière, 1999).

O Renascimento transcorrido entre os séculos XIV a XVI foi responsável por uma revolta à supremacia da Igreja Católica, quando dissolvidas diversas ordens eclesiásticas, incluindo o trabalho feminino nessas ordens, dando início ao chamado período obscuro da enfermagem. Com a perda da hegemonia da igreja, as religiosas foram retiradas dos hospitais e substituídas por mulheres de “baixa qualificação moral”, conforme constavam os valores. Estas assumiram o cuidado aos enfermos em troca de baixos salários, sendo esse um período significativo à historiografia da enfermagem, vivenciado ainda em montantes da atualidade (Padilha, Mancianca, 2005).

Com a introdução do paradigma nightingaleano, fundado por Florence Nightingale em 1860, quando criou a Escola de Enfermeiras do Hospital Saint Thomas em Londres, as enfermeiras passaram a ser vistas como auxiliares dos profissionais médicos (Collière, 1999).

Mudanças apreciáveis de cunho social à profissão, ainda normatizada ao cuidado e ao lar, passariam a surgir no século XIX quando Florence se tornaria pioneira nas hoje conhecidas bases da enfermagem moderna, com uso da norma biomédica, cursos e faculdades que capacitaram profissionais aptas para trabalhar como enfermeiras, intensificando a tática de enfermagem para o caminho de sua constatação como ciência e elevação na opinião pública, vide os serviços antes prestados dispensarem o cunho científico (Silva, Apolinário, Oguisso, 2017).

A Inglaterra foi palco da reconhecida Revolução Industrial, caracterizada pelo processo de desenvolvimento econômico-capitalista que exigia muito da classe trabalhadora e lhes fornecia precárias condições de vida. Nisto, acompanhava-se o modelo de divisão do trabalho, quando na tentativa de sistematizar as técnicas em saúde distanciou-se hierarquicamente as

profissionais enfermeiras em *Lady Nurse* e *Nurses*, âmbitos classistas díspares. As primeiras recebiam a alcunha de denominação superior técnica e intelectual, atuando regularmente na gestão de equipe e local, por pertencerem a condições conceituadas altas. Para as segundas, o serviço manual de conhecimento é apenas básico. Suas integrantes pertenciam geralmente a setores sociais de capitais inferiores (Wiggers, Donoso, 2020).

As *Nurses* advinham do período renascentista, quando protelaram em jornadas extenuantes e exploratórias suas essências domésticas em hospitais, outrora espaço religioso, agora palco de desorganização e degradação humana sem a mínima adequação de zelo. Esta queda dos padrões morais, sustentaram o discurso da dita enfermagem à época, afastando as mulheres de classes elevadas, que consistentemente outorgaram-se num novo comportamento que as instauraram como indispensáveis no campo familiar e na obediência a seus maridos, iniciando ali um período de decadência da prestação dos cuidados de saúde, recuperada somente em séculos sucessores (Wiggers, Donoso, 2020).

A estrutura acima da enfermeira, suas representações de damas, devotas ou auxiliares médicas, influenciaram na História o ingresso do contexto da analogia da enfermagem. Com os movimentos iniciais pela profissionalização desta na Europa e na América (final do século XIX e início do XX), a enfermagem passou a ser considerada uma forma de trabalho escolhida pelo dom do esmerado desvelo, considerado inato às mulheres (Oguisso, Campos, Santiago, Luchesi, 2013).

Ainda, o termo “enfermagem” é amplo e não totalmente significante de qual é, afinal, a sua identidade profissional. De outro modo, ela traz consigo, em seu dinamismo de trabalho, diversos preconceitos e descrédito, e está longe de ser reconhecida pela sua complexidade. Em países como o Brasil, por exemplo, há mais de uma categoria, contemplando enfermeiros, técnicos e auxiliares. E mundialmente, ainda é desprovida de uma representação masculina. Por ora, a questão análoga da enfermagem está em construção - pode ser definida como uma carreira em constância.

Sendo o imaginário social um claro campo de estudo sobre as imagens verbais, visuais e mentais de determinada sociedade, influenciada pela cultura local, seus objetos estudados são mais definidos buscando reconhecer neles questões simbólicas, políticas, culturais e padrões de representações que interajam com a sociedade específica. Construído e expresso através de símbolos, não necessariamente possui um acordo com a realidade. Por isso, é delimitado pelas representações e apreensões atribuídas às coisas pelo ser humano (Barros, 2005). Logo, o imaginário social da enfermagem está presente também na cinematografia de diversos países, revelando ao longo dos anos quem eram e quem são as (os) enfermeiras (os). Em “Desejo e

Reparação”, de Joe Wright, 2007, fala-se da comum trajetória das mesmas frente à Segunda Grande Guerra como prestadoras emergenciais aos combatentes, além de uma conduta social, e do encontro da redenção para a protagonista em expiar seu passado realizando uma boa ação comunitária.

Em “Persona”, de Ingmar Bergman, lançado em 1966, a enfermagem é descrita como uma posição social feminina ao refletir na personagem de Bibi Andersson a parcela figurativa matrimonial e que, portanto, lhe foi permitida esta formação academicista. Aqui, como em “O Paciente Inglês”, de 1996, é retratada a enfermeira empática, que performa a prestação de serviços em demasia ao socorrido. O carinho também é refletido em “Fale com Ela”, de 2002, do espanhol Pedro Almodóvar.

A crítica aos profissionais e instituições de saúde não excluíram a enfermagem, explicitando uma delas extremamente rígida e disciplinante em “Um Estranho no Ninho”, 1975, de Milos Forman, ambientado em um sanatório. Situações de frieza na área também foram abordadas no brasileiro “O Bicho de Sete Cabeças”, 2000, pautado na reforma psiquiátrica. Em “A Mãe e a Puta”, de Jean Eustache, esse imaginário rude é apresentado evocando a imagem de uma enfermeira com desvios de caráter, estereótipo das antigas cuidadoras provenientes de ambientes decadentes. Justamente, são os estereótipos que construíram muitas das bases degradantes da enfermeira, nas telas ou no cotidiano, em nada acrescentando à sua moral. (Siles, 2009).

Em 2020 também houve projeção mundial do longa metragem “Meu Pai”, que adapta uma peça do francês Florian Zeller, que também dirige o texto filmado, narrando a digressão psicológica do idoso interpretado por Anthony Hopkins, que em decadência mental captura os momentos da perda espaço-temporal acometido pela doença progressiva. Ao seu lado, atuam dois enfermeiros de uma instituição de longa permanência, expressos estes em uma visível e louvável abrangência da competência da profissão no cuidado doméstico, por exemplo, desviando para além do campo hospitalar tradicional e estigmatizado.

A partir dos exemplos vivazes retratados, investigar e analisar o papel e a imagem do profissional enfermeiro referenciado no imaginário social do cinema, são de fundamental importância para compreender outras questões como as atividades desenvolvidas pelas enfermeiras, em cada contexto, o estigma e a inserção dentro da mídia cinematográfica, dentro outros aspectos igualmente relevantes. Assim, a motivação para a realização deste estudo foi, a partir das obras fílmicas selecionadas, revisitar e desmistificar um olhar por vezes integrado e estereotipado sobre o enfermeiro. Com isso, busca-se uma inspeção mais atenta e atual, agregando conhecimentos para futuras discussões e estudos que notifiquem as transformações na

profissão a partir desse imaginário social mais abrangente.

Objetivos: Descrever e analisar o imaginário social acerca da representação do enfermeiro no cinema, considerando-se o contexto cultural e histórico de cada obra fílmica escolhida.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa analítica e de caráter histórico-social-cultural, com base em três obras das artes cinematográficas de épocas e países de origem distintos – sendo elas, “O Estranho no Ninho”, de 1975, “Desejo e Reparação”, de 2007 e “Meu Pai”, de 2020 –, com o intuito de descrever o imaginário social acerca da representação do enfermeiro, considerando as obras fílmicas escolhidas e o contexto cultural e histórico de cada produção.

As fontes primárias são os filmes selecionados e as secundárias foram os estudos da história social da enfermagem, sendo estes estudos historiográficos e obras de apoio a respeito do período e dos autores investigados (Siles, Cibanal, Vizcaya, Solano, García, 2008).

A escolha de cada filme baseou-se nos seguintes critérios estabelecidos pelos pesquisadores: **a)** ao menos um personagem enfermeiro, a qual é identificado como tal; **b)** ao menos uma cena que mostre a relação de cuidado direto entre enfermeiro/paciente; **c)** ao menos uma cena em que o personagem enfermeiro fala; **d)** ao menos uma cena que demonstre atitudes do enfermeiro quanto à profissão.

O instrumento de coleta foi composto de três partes, a saber: características fílmicas (figura, instituição, ano, época e contexto social da produção); a dinâmica da narrativa; e os pontos de vista alusivos à obra fílmica, constituído por três, aqui destacadas duas, bases: o ponto de vista narrativo e o ponto de vista ideológico.

Ao pesquisar, procedeu-se à coleta de dados a partir da seleção dos filmes que foram estudados na pesquisa. A seleção levou em conta a importância do conteúdo do filme, a representação da enfermagem, o ano de produção e a narrativa fílmica. Para tanto, e para posterior análise, foi utilizado o instrumento proposto por Penafria em “Análise de Filmes - conceitos e metodologia (Penafria, 2009). Esta metodologia se baseia, primeiramente, em compreender a leitura externa do filme, ou seja, uma análise que estuda o contexto em que o filme foi lançado, o estilo de filmagem do diretor, o ano de produção; em seguida, à uma leitura interna, que propõe o estudo de características intrínsecas do filme, como enquadramento, planos, figurino e outros.

A pesquisa demandou a descrição das *Características do Filme* – como sua duração, título e ano. Depois, a *Dinâmica da Narrativa*, na qual foi feita a decupagem de fotogramas (as tomadas entre as cenas) e cenas selecionadas. Como esta pesquisa foca no imaginário social, as cenas

decupadas foram as que contêm importantes informações acerca do assunto estudado nesta pesquisa. A última etapa da metodologia consiste na invocação dos *Pontos de Vista* (Cerqueira, 2017), compostos por dois pontos de análise:

- *Sentido Narrativo*: a narrativa é entendida como a soma do enredo (modo como a história é contada) e história (sucessão de acontecimentos provocados ou não pelos personagens).
- *Sentido Ideológico*: verificar e identificar possíveis posicionamentos do diretor acerca da mensagem/ideologia do filme.

Após a coleta dos dados, procedeu-se à análise com base na historiografia a partir do campo de estudo da história social da enfermagem, portanto, considerou-se o espaço temporal, a cultura e sociedade em que se insere. Por não se tratar de um estudo com seres humanos, não houve necessidade de se submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa e porque as obras fílmicas selecionadas são do domínio público. Por se tratar de uma abordagem das representações da enfermagem nos filmes, buscando desvelar o imaginário acerca do ser enfermeiro, a presente proposta não envolve seres humanos como sujeitos ou participantes da pesquisa.

RESULTADOS

Os resultados obtidos são a seguir apresentados de forma sintética em tabela, possibilitando, assim, ter-se uma ideia ampliada acerca dos filmes no apoio à leitura dos resultados e a seguir serão apresentadas as descrições adequadas sobre cada obra fílmica selecionada e analisada.

Filmes/Análises	Desejo e Reparação	Um Estranho no Ninho	Meu Pai
Características Fílmicas	Lançamento em 2007. França/Inglaterra.	Lançamento em 1975. Estados Unidos.	Lançamento em 2020. França/Inglaterra.

Características fílmicas: detalhamento das obras escolhidas

Desejo e Reparação: “Atonement”. Lançado em 2007. Com Keira Knightley, James McAvoy, Saoirse Ronan, Vanessa Redgrave, Benedict Cumberbatch. É um filme de produção franco-britânico dirigido por Joe Wright. 130 minutos de duração, cor.

Dinâmica da narrativa: a personagem Briony Tallis (Saoirse Ronan), estudante em formação em Enfermagem num Hospital Escola de Londres, atuava decorrente da necessidade de profissionais durante a Segunda Guerra Mundial na Inglaterra. Sua descrição a define como uma garota reticente, insegura com a profissão e introspectiva; se inspirou na irmã, Cecília (Keira Knightley), também enfermeira em atuação, para atender à graduação profissional. Quando criança sonhava em ser uma romancista, fato que utiliza como recreação durante os intervalos ou nas noites na instituição, já que pernoitam lá. É branca, loira, inglesa. Suas

vestimentas encenadas se dão por um vestido comprido azul claro, avental branco sobre ele, meia calça e sapatos baixos brancos, além de uma touca curta sob a cabeça. Não possui ligações suas ou do serviço do hospital coligadas à religião. No conjugado, há a presença de outras jovens além da enfermeira-chefe, mulher rígida e discípula dos métodos da didática moderna de Florence Nightingale. O filme tem seu recorte espaço-temporal nos anos 40.

Ponto de vista: Joe Wright insere em sua direção uma história de formação da vida infante à adulta da co-protagonista Briony. O que se tira da narrativa é uma expectativa analítica de se formar enfermeira como um processo de redenção, cuidando do outro e exercendo sua atuação como cuidadora. Além disso, há uma equiparação com a irmã por serem de um mesmo ofício e também em incitar a enfermagem como uma ocupação de amor pelo cuidado e pela empatia, e nada além. Apesar disso, os procedimentos são todos originários da modernização científica proposta por Florence Nightingale. Uma rigidez tradicional, havendo essa afirmação asseada e asséptica, além de estrutural e organizacional, de seus integrantes e espaços ocupados, divergindo dos médicos, por exemplo.

Figura1. Keira Knightley, “Desejo e Reparação”, 2007



Fonte: Google Imagens.

Um Estranho no Ninho: “One Flew Over the Cuckoo’s Nest”. Lançado em 1975. Com Jack Nicholson, Louise Fletcher, Danny DeVito, Will Sampson, Christopher Lloyd. De produção estadunidense, foi dirigido pelo ator, diretor e roteirista checo Milos Forman. 133 minutos, cor.

Dinâmica da narrativa: a análise recai sobre a personagem denominada de Ratched (Louise Fletcher), enfermeira chefe do hospital psiquiátrico do Oregon, nos Estados Unidos. Sua construção nos é vendida como uma figura autoritária, intransigente, assertiva e matreira. Uma ação que respalda suas características descritivas se dá num momento em que o protagonista McMurphy (Jack Nicholson) sugere uma possível mudança na regrada atividade diária, de democrática escolha entre eles e seus colegas; reticente, ela decide abrir mão de sua organização ardil diante de uma votação com os demais, em um lugar que trata de pacientes em sua maioria

sem discernimento adequado para decisões próprias; a tentativa não compete com o esperado, quando o grupo não entra em sintonia, e logo ela se sente superior a eles, provando de seu autoritarismo procedural.

Ratched veste à época vestido branco, com meia-calça e calçados baixos brancos, touca e sem jaleco. Carrega instrumentos clínicos em momentos específicos, como bandeja de medicamentos ou caderno de anotações nas reuniões em grupo com seus pacientes; não há ligações da personagem à religião ou de individualidade particular, como em seu espaço doméstico. Em cena, ela aparece acompanhada de outra enfermeira jovem e auxiliares hospitalares. Filmado nos anos 70, possui uma linguagem que alimenta a decadência plural norte-americana que pairou no país no momento.

Ponto de vista: O cineasta Milos Forman se preocupa durante todo o longa em transmitir através de suas lentes a violência institucional da época dada a usuários do serviço de saúde mental. Na cena descrita anteriormente, capta-se uma referência à sua enfermeira e à localidade antipáticas como disciplinantes, regrados e irreversíveis em seu formato mecânico carente de aptidões humanizadas ou baseadas em evidências progressistas. Daí, tira-se interpretações fílmicas do produto como crítica ao descaso e aos desdobramentos rígidos do Estado e de seu quadro de funcionários subalternos perante à fragilidade da prática empática e científica na área psiquiátrica.

Figura 2. Louise Fletcher, “Um Estranho no Ninho”, 1975



Fonte: Google Imagens.

Meu Pai: “The Father”. Lançado em 2020. Com Anthony Hopkins, Olivia Colman, Rufus Sewell, Olivia Williams, Mark Gatiss. De produção franco-britânica, foi dirigido pelo dramaturgo francês Florian Zeller. Com 97 minutos de duração, cor.

Dinâmica da narrativa: os personagens focais são Catherine (Olivia Williams) e Bill (Mark Gatiss), enfermeiros de uma instituição de longa permanência em que tratam do cuidado clínico e humanizado de idosos, em sua maioria demenciados ou identificados por fatores e agravos geracionais. Sem idades nem tempo de formação especificados, são os profissionais do presente,

tenros do século 21. Vestem roupas atuais, uniformes modernos em espécie de coloração próximas às privativas, e estão em posse de instrumentos clínicos vitais e básicos, como termômetros, relógios e pranchetas de anotação, calçando tênis confortáveis, com crachás identificáveis, e os únicos na atuação empregatícia a terem tempo de tela.

Ponto de vista: o diretor, Florian, influencia sua visão além da de diretor, já que também é o roteirista adaptando de sua peça teatral o texto filmado. Os protagonistas, idealizações da figura cisgênero e geracional, trabalham esta associação e contato, além de um retrato narrativo de um acometido por uma doença gradativa instável e degradante. Trabalham-se questões psicológicas e familiares, memórias e legado deixados pelo personagem principal e a dissecação do eu, quem foi, quem será, e qual sua marca no mundo. Quanto à enfermagem, atestar a competência e dignidade entre os seus no que tange aos pacientes de tal grau de diagnóstico, numa caracterização atual da profissão na gestão do cuidado.

Figura 3. Olivia Williams e Anthony Hopkins, “Meu Pai”, 2020



Fonte: Google Imagens

Dissecando enfermagem e cinema

Assim, no tocante às definições das categorias identificadas dos filmes analisados, delimitou-as por seus antecedentes históricos: o cuidado científico moderno-histórico em “Desejo e Reparação”; o cuidado disciplinante em “Um Estranho no Ninho”; e o cuidado prestativo avançado em “Meu Pai”.

Do ponto de vista histórico, é sabido que ao lutar pela profissionalização da enfermagem como ocupação assentada em moldes modernos, Florence Nightingale obteve sua retórica perpetuada após quase um século depois quando a Inglaterra enfrentou a ascensão do nazismo e seus contrêncios em batalha necessitaram de todo apoio reiterado do atendimento auspicioso às necessidades humanas de Nightingale, invocado em sua emblemática participação na precursora Guerra da Criméia, em 1854, às ciências em saúde. (Oliveira, Cesario, Santos, Orichio, Abreu, 2013).

Em “Desejo e Reparação”, obra originalmente escrita por Ian McEwan para o meio literário e transformada em adaptação cinematográfica em 2007, tem seu pano de fundo situada durante a explosão da Segunda Grande Guerra e preconizou em não desmemorar a história de seu país e dos atores envolvidos na prudência em saúde no evento. A personagem Briony Tallis segue os passos da irmã Cecília, anos mais velha, como enfermeira. Apesar de sua sistemática participação na recriação da realidade expressa, Briony é movida por condutas de culpa e reparação de seu passado familiar engendrados no contexto vivido, quando tenta se expiar através da carreira escolhida.

“Por mais que se esfalfasse em trabalhos braçais e nas tarefas mais humildes da enfermagem, por melhores e mais intensos que fossem seus esforços, por mais que houvesse aberto mão dos conhecimentos que lhe proporcionaria o estudo, da oportunidade de viver no campus de uma universidade, ela jamais poderia desfazer o mal que causara, ela não tinha perdão” (McEwan, 2002).

A passagem sugere ainda a enfermagem como uma tradição empírica em seu agir, contraposta ao meio acadêmico divergente e conceituado de outras ciências. Com a consolidação da enfermagem ao longo do tempo, houve a possibilidade de desconstruir estigmas normalizados na ciência da enfermeira. Fato que se constata à sociedade londrina à época, onde esse desfalque social à profissão se desfazia no antro hospitalar, que livres de ataques inimigos os métodos assistenciais essenciais provinham das próprias *nurses*.

Seguindo a educação protocolar Nightingaleana, a adesão ao seu estilo de pensamento e práxis culminam em medidas de sucessivos resultados positivos no prognóstico de suas vítimas (Medeiros, Enders, 2015). A Teoria Ambientalista foi uma delas, visualizada em atos no longa por Brionny e colegas de turma.

Florence, racionalmente, acentua ser em ambiente adequado o diferencial para a recuperação de enfermos, sendo esta definição, portanto, base para a sua Teoria Ambientalista, desenvolvida na redoma inglesa quando de sua atividade. O meio ambiente é concreto por como sua influência externa afeta a vida e o desenvolvimento de um organismo, este comedido ou suplantando algo/alguém para a doença, sua recuperação ou morte. Em suma, a teoria Ambientalista foca na tentativa de implementar uma assistência humanizada, amparada no controle ao redor do assistido. Sua vivência se dá por interação com fatores externos, como ventilação, limpeza, iluminação, calor, ruídos, odores e alimentação. Num ambiente saudável, Florence sugere a permanência também saudável do paciente (Medeiros, Enders, 2015).

Atualmente, o pressuposto da dama da lâmpada, título vinculado a ela por suas rondas noturnas em campo de feridos para controle epidemiológico, sugere longevidade, levando em

conta a publicação do livro e sua filmagem em pleno século XX, que modernizada, a ciência em enfermagem disseminou a herança de seus ensinamentos e respinga-se na discussão do foco ambiental sua importância para o bem pessoal e coletivo.

Em cena, Briony vive um período de transição. Joe Wright, diretor da remoção do romance para as telas, é britânico e afeito aos romances históricos em seu currículo. De suas lentes foram transpostos ainda “Orgulho e Preconceito” e “Anna Karenina”. Em todos, trabalhou com Keira Knightley, sua Cecília, que em “Desejo” é a primeira enfermeira da família Tallis. Condecorada em Cambridge, é solapada a um diploma de terceiro grau em Letras, visto no período como um consolo universitário à mulher inserida na sociedade, um insignificante título. Prevendo o mesmo caminho, apesar da veia dramaturgica, Briony se acolhe em uma forma de escape familiar e escolhe uma formação de predicado feminino afora o enlace marital, a enfermagem, sinônimo de prestação doméstica à comunidade (Zanatta, Souza, 2017).

Enquanto havia Churchill no Reino Unido, no Brasil o período de lutas contra o genocídio causado por Hitler era o do Estado Novo, ou Terceira República Brasileira, regime político instaurado por Getúlio Vargas de 1937 até 1946. Seu mandato caracterizou-se pela centralização do poder e do nacionalismo, dando viés para discursos persuasivos da imagem do país em apoio à Tríplice Entente (constituída por Inglaterra, França e Rússia): a da pátria-mãe, enviando enfermeiras brasileiras à Europa, que ofereciam aos soldados no front de guerra seus cuidados, engessados como maternos. Com isso, Vargas promoveu uma união entre todos os homens e mulheres sem estratificações ou divisões sociais, um acoplado social utópico, numa mobilização do Estado vigente para a adesão à Guerra (Barreira, Baptist, 2002).

Getúlio utilizou-se da enfermagem para montar um estrato de condição da mulher de classe média, por vezes, alta, em prol da mobilização delas pelo seu Estado Novo. Além da posição econômica, a enfermeira diplomada precisava atuar em diversas linhas de frente para se destacar dos demais exercentes no campo dos cuidados já institucionalizados no contexto popular, freiras, enfermeiros militares, por assim dizer.

No Brasil, era o momento para surgirem novas escolas preparatórias para a profissionalização de enfermeiros, cujo objetivo foi graduar uma nova geração evoluída em conceitos "nacional-desenvolvimentistas", afastada das ideias eurocêntricas do pós Guerra. Datam dessa fase a fundação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP) (Mendes, Leite, Trevizan, 2002).

No contexto da década de 1970, “Um Estranho no Ninho”, de 1975, é soturno e impiedoso. É uma descrição sincera desses anos, contrária à sua década antecessora, quando o americano tem às vistas a Guerra do Vietnã, o escândalo de Watergate e a Crise do Petróleo, num quase apagão

social de um país comumente idealizado. Assim como a economia, a vivacidade de quem lutava contra os padrões estatais esvaiu-se. Os direitos humanos foram sucumbidos, e isto enxerga-se com todo viés no longa protagonizado por Jack Nicholson e Louise Fletcher, esta, fruto canônico cultural como a temida enfermeira *Ratched* sob as lentes de Milos Forman, que descoloriu a América com seu olhar imparcial de estrangeiro (Rodrigues, 2008).

Ratched é a epítome do exemplo comportamental inserido no contexto em que vive. Como administradora da ala de pacientes mentais de um hospital estadual psiquiátrico, dita e segue regras. Chefia com a mais simples definição de autocracia. Acredita que todos os seus doentes são incuráveis, peças dispensáveis da sociedade e merecidamente tratados disciplinarmente por uma quase obediência militar. Assim como a que o Estado americano exigia de seus enviados ao território vietnamita. O comportamento impassível se fazia ordem.

A postura de *Ratched* é contrastada com o ser enfermeira no passado; afora a fase inicial da profissão, personificada na caridade ou no auxílio medicinal, a reformulação religiosa medieval permitiu a entrada de personas das mais diversas camadas ínfimas da sociedade europeia ao status da enfermagem, que se somariam herdeiras. Lá, o período intitulado Pré-Nightingaleano (1838-1888), integrou tipos como Sarey Gamp, personagem romanesca, mas de juízo verossímil, do inglês Charles Dickens, descrita como uma *nurse* de baixa instrução e comportamentos viciosos e nada dignificantes. Era a inserção vitoriana de trabalhadoras que fizessem o trabalho pesado e pejorativamente “sujo”, intocado por componentes de outras áreas científicas de prestígio, como a médica, ou a econômica (Sousa, Gonzaga, Viana, 2011).

O cuidado disciplinar que tem *Ratched* como atriz é derivado do enternecimento de saúde enquanto instituição normativa, punitiva e vigilante, invisibilizando uma identidade própria. É paulatinamente acrescido após a reestruturação de Florence na enfermagem, sendo ela própria uma entusiasta dos motes morais na conduta da luta contra doenças. Apesar de ambientado nos EUA, a trama de Forman é latente na figura da enfermeira contemporânea, herdeira de uma opressão sistêmica de sua atuação como exemplar cuidadora e de menor apreço social.

A enfermeira é ilustrada como funcionalmente a que segue as normas institucionais no gerenciamento em saúde, e que para isso controla seus pacientes e nega suas unicidades, sem ir além do diagnóstico para seus tratamentos. O diretor tcheco tinha em vista uma crítica ao opressivo espaço que se tornara a América em sua época de filmagem, onde o negacionismo à mentalidade saudável era pauta. *Ratched* era ciente e afável a essa hierarquia categórica.

O Brasil, no mesmo período, é marcado pela péssima qualidade de assistência aos portadores de doenças mentais, que incluíam superlotação de instituições, comercialização da loucura, cronificação do diagnosticado mental e estigma aviltante dos portadores. O panorama principal

para essas atitudes consentidas era o modelo médico de atuar e o hospitalocêntrico. Na nação brasileira também estavam presentes movimentos que clamavam pela melhoria do tratamento psiquiátrico e pela humanização na área. Data disto a Reforma Psiquiátrica brasileira (Oliveira, Cavalcante, 2018).

A vertente dessa luta por brasileiros conscientizados contra a desumanização mental foi de “caráter político, social, econômico, influenciado pela ideologia de grupos dominantes”. Essa historicidade teve suas raízes na concepção de desinstitucionalização patriarcal dos Estados Unidos, onde descende Ratched, e da Itália, com o progressismo insurgente, tida hoje como item essencial das políticas de saúde (Oliveira, Cavalcante, 2018).

Figura central na luta contrária à estratificação psicológica no Brasil, também estava D. Ivone Lara, importante enfermeira, enquanto mulher negra, enxergada como minoria em seu país em equidade aos seus pacientes, que atuou ao lado da médica Nise da Silveira, como representantes da anuência em revolucionar o sistema de saúde mental, adotando medidas terapêuticas alternativas inseridas e apoiadas em coexistência atuais. (Scheffer, 2016). D. Ivone dedicou imensa parte de sua vida para o amparo do serviço público, legando e intensificando seu papel na inversão dos princípios mediados por Ratched.

À virada do milênio, havia expectativas para a evolução do enfermeiro. Enquanto prestador da assistência e pesquisador, seu acréscimo na patente em saúde é cada vez mais indispensável. A profissão agora convive com a mais alta tecnologia em seu auxílio, ao passo que aflui por mudanças éticas e competitivas de mercado. Ademais, o enfermeiro moderno é acadêmico, gestor, coordenador ou líder de equipe para além dos territórios hospitalares, concentrando sua prestação em instituições de longa permanência, ambulatórios, auditorias, universidades, congressos e UBS (Matumoto, Fortuna, Kawata, 2011).

Na obra fílmica “Meu Pai”, do diretor Florian Zeller, aborda-se a presente figura do enfermeiro assíduo e consolidado. Eles agora exercem suas funções fora dos conglomerados hospitalares, como as em que são ponte e apoio a idosos em ILPIs, as popularmente casas de repouso à terceira idade. Sua ascensão ao cientificismo próprio garante novos cuidados e perícias que permeiam e aprazem à proteção e ao prognóstico positivo do paciente. Quando não, garantem sua constância oscilante no mínimo conforto ou no estágio paliativo (Kletemberg, Padilha, Maliska, 2019).

O protagonista presencia o referencial prestativo da enfermagem numa casa de permanência inglesa com eventuais visitas da única filha, que vive em Paris. Seus acompanhantes são cotidianamente os enfermeiros Bill e Catherine, que congregam o cuidado integral técnico e emocional, lidando com o acometimento degenerativo do personagem de

Anthony Hopkins.

No tocante aos sexos, a nova fase secular ascendeu os homens na incursão à enfermagem. Até 2000, eles representavam 9% da fatia compositora, contra 90% do sexo feminino. Um crescimento tímido desde o empoderamento feminil de Nightingale às mulheres egressas, culminando na exclusão masculina. De fenômeno exponencial, até 2010 a faixa desses indivíduos cresce para 12,76% e tende a se firmar sequencialmente; “Meu Pai” espelha esse fator de gênero (Sales, Bueno, Araújo, 2018).

O francês Florian, por fim, adapta seu texto teatral às telas para oportunamente atualizar a geração espectadora da decência esperada aos portadores de tais distúrbios intelectuais. Destaca-se que os fantasiosos recobramentos de Anthony em desconhecimento de seu ciclo vivido, até à alternada ou extinção total de seu passado e presente, tem nas situações atreladas o suporte da enfermagem.

Todos os filmes são aferentes com a pertinência de seu tempo, estes discutidos fazem juízo à afirmativa. Englobados na categoria em enfermagem, demonstram o espólio no que concerne à justaposição do significado da profissão, ciência e cuidado.

Mesmo escrito em 2002, Ian McEwan sabia do peso arraigado das enfermeiras em seu contexto bélico. Milos, da supressão nacional da América de Nixon; seu preceito aplainou-se no país e em entidades injustiçadas, como a comandada por *Ratched*. E Florian, aclamou o essencial esforço da classe aos debilitados, que de civilizações e temporalidades distintas, se estabelece comprovadamente atemporal.

CONCLUSÕES

Acredita-se que a contribuição do presente estudo está no campo da desmistificação do olhar integrado e estereotipado da enfermagem, avançando para uma consolidação cultural que avance na descrição e análise atenta, cuidadosa e atual acerca das diferenças que o ofício requer para vislumbrar as manifestações do ser e do fazer do enfermeiro, este como ator social do seu tempo e do contexto social no qual vê-se inserido.

Sabe-se que a história de uma profissão pode ser contada por quem a vivencia na prática, e a enfermagem ainda vive sob sofismas quando representadas em visões externas do campo praticado. Na tentativa de problematizar no olhar fílmico o papel e lócus imaginário social do enfermeiro, perpassam estimadas representações de quem é esse profissional sem, portanto, ainda somá-lo ao panteão de reconhecimento universal e estimado.

Os filmes selecionados desanuviam a proposição da baixa contemplação da profissão e de seu profissional sob a ótica cinematográfica. Apesar de restrito em certas categorias, origem e

língua das produções, como em posições acrescidas de empoderamento e emancipação frente aos demais cargos superestimados, tal qual a medicina, é possível um vislumbre pragmático do enfermeiro midiático. Por outro lado, é possível também problematizar mais ainda sobre o que é e o que faz esse profissional em diversos contextos sociais, desvelando-se assim múltiplas percepções desse imaginário nos diversos contextos culturais.

A análise das obras fílmicas selecionadas de modo proposital permitiu olhar para novos horizontes da pesquisa através da oportunidade de uma inesgotável e extensiva pesquisa sequente, para o reconhecimento do papel social do enfermeiro ou da enfermeira na arte fílmica, em que essas e outras efervescências se rompem em futuros trabalhos de historicidade sociológica e de seu imaginário, contemplando a desenvoltura da enfermagem em fontes fílmicas, pois ela como uma instituição social reflete o desenvolvimento epistemológico como um todo.

BIBLIOGRAFIA

- o Barreira, L.A., & Baptist, S.S. (2002). A (re)configuração do campo da enfermagem durante o estado novo (1937-1946). *Rev. Bras. Enferm.*, 55(2), 205-216. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/reben/a/7VgzJ8zchrpnrNMCDMqfT9N/?format=pdf&lang=pt>
- o Barros, J.D.A. (2004). *O Campo da História – Especialidades e Abordagens*. Petrópolis: Vozes.
- o Bastiani, J.A.N., Ribas, D.L., Pereira, V.P., Padilha, M.I., Bornstein, M.S., & Geremias, C. (2011). *As origens da enfermagem e da saúde: o cuidado no mundo. Enfermagem: História de uma profissão*. São Caetano do Sul: Ed. Difusão.
- o Bernardet, J.C. (2012). *O que é cinema*. 21ª reimpressão. São Paulo: Editora Brasiliense.
- o Cerqueira, M.L.C.C. (2017). Pontos de vista. *Rev. Vista*, (1), 07-15. Recuperado de <https://revistavista.pt/index.php/vista/article/view/2959/2861>
- o Collière, M.F. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel – Zamboni.
- o Diegues, C. (2017). *A diversidade é a saída para um cinema justo*. São Paulo: O Globo. Recuperado de <https://oglobo.globo.com/cultura/filmes/artigo-diversidade-a-saida-para-um-cinema-justo-21084842>
- o Kletemberg, D.F., Padilha, M.I., Maliska, I.A., et al. (2019). O mercado de trabalho em enfermagem gerontológica no Brasil. *Rev Bras Enferm*, 72, 104-11. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/reben/a/dnLvsPQ8ywwz48LH4565dFf/?format=pdf&lang=pt>
- o Mascarello, F. (2006). *História do cinema mundial*. 1ª edição. Campinas: Papirus.
- o Matumoto, S., Fortuna, C.M., Kawata, L.S., et al. (2011). A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 19(1), 08. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rlae/a/cMqtYP4XYqDCyDw94qD4Bhb/?lang=pt&format=pdf>
- o McEwan, I. (2002). *Reparação*. 1ª edição. São Paulo: Companhia das Letras.
- o Medeiros, A.B.A., Enders, B.C., & Lira, A.L.B.C.L. (2015). Teoria ambientalista de Florence Nightingale: uma análise crítica. *Esc Anna Nery* 19(3), 518-524. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/ean/a/9zrj7LrWzWGJhjJ7BdZDHXG/?format=pdf&lang=pt>
- o Mendes, I.A.C., Leite, J.L., & Trevizan, M.A. (2002). A Reben no contexto da história da enfermagem brasileira: a importância da memória de d^a Glete de Alcântara. *Rev. Bras. Enferm*, 55(3), 270-274.
- o Moraes, F.R., Silva, C., Tibeiro, M., Pinto, N., & Santos, I. (2011). Resgatando o cuidado de

- enfermagem como prática de manutenção da vida: concepções de Collière. *Revista Enfermagem UERJ*, 19(2), 305-10.
- o Oliveira, A.B., Cesario, M.B., Santos, T.C.F., Orichio, A.P.C., & Abreu, M.S.A. (2013). Enfermeiras diplomadas para a aeronáutica: a organização de um quadro militar para a segunda guerra mundial. *Texto Contexto Enferm*, 22(3), 593-602. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/tce/a/ZcwzK8nkMD5CP4ZcpSkPWqj/?lang=pt&format=pdf>
- o Oliveira, I.C.L., Cavalcante, M.L.S.N., et al. (2018). Cultura de segurança: percepção dos profissionais de saúde em um hospital mental. *Rev. Bras. Enferm*, 71(5), 2450-7. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0125>
- o Padilha, M.I.C.S., & Mancianca, J.R. (2005). Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. *Rev Bras de enferm*, 58(6), 723-6. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/reben/a/ssxh6MfGXgHZxVDpBYTjX9v/?lang=pt>
- o Pantlaguean, E. (1990). *A história do imaginário*. São Paulo: Martins Fontes.
- o Penafria, M. (abril de 2019). Análise de filmes – conceitos e metodologias. *VI Congresso da SOPCOM*, Lisboa, Portugal. Recuperado de <http://www.bocc.ubi.pt/pag/bocc-penafria-analise.pdf>
- o Rodrigues, M.F. (2008). A contracultura no cinema segundo Milos Forman a partir das análises de Procura Insaciável, Um Estranho no Ninho e Hair. (Tese de doutoramento não publicada). Minas Gerais: Escola de Belas Artes, Universidade Federal de Minas Gerais. Recuperada de <http://hdl.handle.net/1843/JSSS-8C4G79>
- o Sales, O.P., Bueno, B.C.L., Araújo, K.E.V, et al. (2018). Gênero masculino na enfermagem: estudo de revisão integrativa. *Revista Humanidades e Inovação*, 5(11). Recuperado de <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/101>
- o Scheffer, G. (2016). Serviço social e dona Ivone Lara: o lado negro e laico da nossa história profissional. *Serv. Soc. São Paulo*, 127, 476-495. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/ns7LLKhc85GndG4DnmqGDtN/?lang=pt&format=pdf>
- o Siles, J. (2009). Origen de la enfermería em el cine: el género histórico-documental y biográfico. *Quaderns de Cine*, 4, 59-67. <https://doi.org/10.14198/QdCINE.2009.4.06>
- o Siles, J., Cibanal, L., Vizcaya, M.F., Solano, C., García, E. (2008). La enfermería a través del cine: un estudio histórico y transcultural. *Híades, Revista de Historia de la Enfermería*, 10, 761-780.
- o Silva, O., Apolinário, M., & Oguisso, T. (2017). A enfermagem em obras clássicas da literatura: estudo com base sociolinguística. *Enferm. Foco*, 8(2), 57-61. Recuperado de <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/987/382>.
- o Sousa, J.C.C., Gonzaga, S.T.G., & Novais, M.A.P. (junho de 2011). A história da(o) da(o) enfermeira através do cinema. *1º Seminário de Educação e Pesquisa em História da Enfermagem*. São Paulo, Brasil.
- o Wiggers, E., & Donoso, M.T.V. (2020). Discorrendo sobre os períodos pré e pós Florence Nightingale: a enfermagem e sua historicidade. *Enfer. Foco*, 11(1), Especial: 58-61. Recuperado de <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3567/803>
- o Zanatta, D.L., & Souza, R.J. (2017). A personagem na obra de Ian McEwan: entre a culpa e o desejo de reparação. *Letras de Hoje*, 52(2), 174-182. <https://doi.org/10.15448/1984-7726.2017.2.25770>

Percepción de docentes de Enfermería en torno a la investigación formativa**Perception of teachers Nursing surrounding training investigation****Percepção de docentes de enfermagem em torno da pesquisa formativa**

Elizabeth Fajardo Ramos¹, Martha Lucia Núñez Rodríguez² & Angela María Henao Castaño³.

¹Magister en Enfermería. Profesora Titular de la Universidad del Tolima. Correo electrónico: efajardo@ut.edu.co Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3484-1620> (Contacto principal para la correspondencia).

²Magister en Educación. Profesora Asociada a la Universidad del Tolima. Correo electrónico: mnunez@ut.edu.co. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2012-6554>.

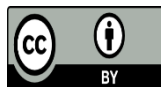
³Doctora en Enfermería. Profesora Asistente de la Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: angmhenao@unal.edu.co Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4203-0016>.

Cómo citar este artículo en edición digital: Fajardo Ramos, E., Núñez Rodríguez, M.L., & Henao Castaño, A.M. (2022). Percepción de docentes de Enfermería entorno a la investigación formativa. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 26(63). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2022.63.10>

Correo electrónico de contacto: efajardo@ut.edu.co

Correspondencia: Elizabeth Fajardo Ramos Calle 62 No. 8-20 Condominio Vilanova, Torre 2 Apt 1101 Colombia, Ibagué (Tolima)

Recibido: 12/01/2021 Aceptado: 10/02/2022

**ABSTRACT**

The construction of disciplinary knowledge through research is one of the priorities of academic settings, in which the teaching role from teaching and formative research contribute to the scientific development of nursing. Objective. To know the perceptions of the teachers of the nursing faculty on formative research. Methodology. Descriptive qualitative approach study with content analysis technique based on inductive categorization. Twenty-eight higher education teaching participants from the nursing faculty were included, the information was collected through a written questionnaire. Results. Three categories emerged: 1. Formative research as an educational training process, to solve phenomena in practice 2. Formative research in the generation of new skills in students 3. Formative research in the generation of scientific knowledge for all actors. Conclusions. Formative research must be consolidated in teachers and strengthen disciplinary knowledge, it is pertinent to implement strategies that allow teachers to align the concepts and strategies they implement in the classroom.

Keywords: Qualitative research; education; nursing; nursing education research.

RESUMEN

La construcción del conocimiento disciplinar por medio de la investigación es una de las prioridades de los escenarios académicos, en el cual el rol docente desde la enseñanza y la investigación formativa contribuyen al desarrollo científico de enfermería. **Objetivo.** Conocer las percepciones de los docentes de la facultad de enfermería sobre la investigación formativa. **Metodología.** Estudio de abordaje cualitativo de tipo descriptivo con técnica de análisis de contenido basado en categorización de tipo inductivo. Se incluyeron 28 participantes docentes de educación superior de la facultad de enfermería, la información se recolectó por medio de un cuestionario escrito. **Resultados.** Surgieron tres categorías: 1. La investigación formativa como proceso de formación educativo, para dar solución a fenómenos en la práctica 2. La investigación formativa en la generación de nuevas habilidades en los estudiantes 3. La investigación formativa en la generación de conocimiento científico de todos los actores. **Conclusiones.** La investigación formativa debe ser consolidada en los docentes y fortalecer el conocimiento disciplinar, es pertinente la puesta en marcha de estrategias que permitan alinear en los docentes las concepciones y estrategias que implementan en el aula.

Palabras Clave: Investigación cualitativa; educación; enfermería; investigación en educación de enfermería.

RESUMO

A construção de saberes disciplinares por meio da pesquisa é uma das prioridades dos ambientes acadêmicos, nos quais o papel docente do ensino e da pesquisa formativa contribui para o desenvolvimento científico da enfermagem. **Objetivo.** Conhecer a percepção dos docentes do corpo docente de enfermagem sobre a pesquisa formativa. **Metodologia.** Estudo de abordagem qualitativa descritiva com técnica de análise de conteúdo baseada na categorização indutiva. Foram incluídos 28 docentes do ensino superior da faculdade de enfermagem, as informações foram coletadas por meio de questionário escrito. **Resultados.** Emergiram três categorias: 1. A investigação formativa como processo de formação educacional, para a resolução de fenômenos na prática 2. A investigação formativa na geração de novas competências nos alunos 3. A investigação formativa na geração de conhecimento científico para todos os atores. **Conclusões.** A pesquisa formativa deve se consolidar nos professores e fortalecer os saberes disciplinares, sendo pertinente implementar estratégias que permitam aos professores alinhar os conceitos e estratégias que implementam em sala de aula.

Palavras-chave: Pesquisa qualitativa; educação; enfermagem; pesquisa em educação de enfermagem.

INTRODUCCIÓN

La capacidad de indagación del ser humano le ha conducido a abordar preguntas desde diferentes aristas que han dado lugar al surgimiento de las disciplinas. En este sentido, la enfermería como ciencia tiene un componente disciplinar que le conduce a explicar conocimientos propios particulares y otros procedentes de las ciencias naturales, sociales y humanas que deben utilizar los profesionales en su práctica; asimismo, cuenta con un componente profesional cuyo propósito se direcciona a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y a contribuir con la selección de medidas para favorecer el bienestar de la persona y los colectivos. A su vez, la enfermería como disciplina es joven pues se encuentra definiendo y desarrollando su cuerpo de conocimiento (Durán de Villalobos, 2001).

La construcción del conocimiento disciplinar es una de las prioridades de la disciplina

enfermera, en tal sentido, desde todas las asociaciones que congregan este colectivo se adelantan acciones que permiten orientar a las instituciones formadoras de talento humano para implementar estrategias que conduzcan al fortalecimiento del conocimiento. Por esta razón, el Consejo Internacional de Enfermería, creado antes que la ONU en 1899, ha construido un sendero en el reconocimiento de la profesión en el mundo y ha marcado las pautas para la investigación en enfermería (Oguisso, 2012). En Colombia, el Consejo Técnico Nacional de Enfermería (2019) ha acogido dichas recomendaciones, y frente a las necesidades de fortalecer la investigación desde la academia, ha propuesto para el desarrollo de la Enfermería en la próxima década establecer una política de investigación para los profesionales de Enfermería en Colombia, acorde a las necesidades de atención en salud de la población.

En este orden de ideas, las Instituciones de Educación Superior (IES) en Colombia han abordado el eje misional de investigación desde lo expresado en la Ley de Educación Superior (Ley 30 de 1994) que le relaciona en sus objetivos a la generación de conocimiento, es decir, a la experiencia de investigación de alto nivel (Congreso de la Republica de Colombia, 1994). Por lo tanto, los desarrollos en investigación en las IES son afectados por variables que van desde el reconocimiento de las disciplinas, hasta la trayectoria y experiencia de los grupos de investigación que abordan los problemas derivados de la misma. En esta dinámica, al interior de los claustros universitarios se encuentran desarrollos asincrónicos en las diferentes áreas del conocimiento que congrega; además, se presenta un ingreso periódico mediante convocatoria de talento humano que cuenta con diferentes niveles de competencias pedagógicas y de trayectoria investigativa.

Por lo anterior, el encuentro del eje misional docencia con investigación en las IES plantea la necesidad de establecer los alcances de la investigación en los diferentes niveles de formación, circunscribiendo la formación y promoción de la cultura de la investigación en el pregrado, la formación de investigadores en el nivel de maestría y la construcción de conocimiento en el nivel de formación doctoral. En los programas de pregrado, la cultura investigativa comprende desde su organización, los métodos y hasta la transmisión de esta pedagogía de la investigación (Restrepo, 2017). Esta apreciación conduce a pensar en el contexto educativo al proceso de investigación adelantado en las aulas de pregrado y así asignarle un rango, una denominación: investigación formativa.

La investigación formativa, según Restrepo (2017), aborda el problema de la relación docencia-investigación o el papel que juega la investigación en el aprendizaje de esta, problema que se sitúa en el campo de las estrategias de enseñanza y simultáneamente en el aprendizaje basado en problemas. De esta forma, el desarrollo disciplinar de enfermería desde las aulas en

las IES requiere el fortalecimiento de la investigación en los diferentes niveles de formación. Para este propósito, se requiere un cuerpo docente empoderado de los principios que sustentan la cultura de la investigación, para lo cual es pertinente conocer los conceptos y apreciaciones que tienen alrededor de la investigación formativa.

METODOLOGÍA

Este es un estudio cualitativo de tipo descriptivo con técnica de análisis de contenido basado en una categorización de tipo inductivo en el cual los conceptos se derivan de los datos (Elo, Satu, Kyngas, 2007). Al respecto, conviene subrayar que el análisis de contenido es un método de investigación para hacer réplicas e inferencias flexibles y válidas de los datos a su contexto con el propósito de proporcionar conocimiento, nuevas ideas, representaciones de los hechos y una guía práctica de acción (Krippendorff, 1980).

Los participantes fueron los 28 docentes de la facultad de enfermería de una Institución de Educación Superior. La recolección de información se implementó mediante un cuestionario con tres preguntas abiertas que fue aplicado en el marco del taller de investigación formativa. Se solicitó a los docentes brindar respuestas amplias, sin límite de palabras. Las preguntas generadoras fueron las siguientes:

1. ¿Qué entiende por investigación formativa?
2. ¿Cuál es el propósito de la investigación formativa?
3. ¿Cuáles estrategias y técnicas de la investigación formativa conocen?

Uno de los investigadores realizó la transcripción de los datos recolectados en su totalidad e incorporó en el software ATLAS-ti. En el momento en que no se encontró nueva información que nutriera las categorías que emergieron con el análisis se detuvo la agregación de datos.

El análisis de los datos se llevó a cabo con los pasos planteados por Krippendorff (1990) para el análisis de contenido que comprende: 1. Determinación de unidades de análisis 2. reducción de los datos. 3. Códigos y categorías. 4. Análisis de los datos.

Dos de los investigadores analizaron las respuestas de cada uno de los cuestionarios y con la lectura se hicieron una idea general de lo que respondieron los docentes; identificaron sus propias percepciones como investigadores sobre el tema; procedieron a separar las respuestas en oraciones y palabras que constantemente se repetían; se organizaron 23 códigos para el total de las preguntas y estos fueron evaluados por los investigadores de manera constante. Posteriormente, se agruparon para reducir los datos en 3 categorías que dieron respuesta fiel a lo expresado por los docentes en relación con la investigación formativa. Para desarrollar la

sistematización de la información, se tuvieron en cuenta los aspectos de credibilidad, transferibilidad, consistencia y confirmabilidad para garantizar la calidad del análisis cualitativo. En cuanto a los aspectos éticos, el estudio fue avalado por el respectivo comité de ética teniendo en cuenta que no pone en riesgo al participante, basado en los principios de autonomía y no maleficencia según la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud. Luego de explicar a los participantes la naturaleza y objetivos del estudio se obtuvo el consentimiento informado.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los 28 participantes cuentan con edades comprendidas entre 32 y 54 años, siendo el 86% mujeres y el 14 % hombres. Esta distribución por género conserva la tendencia de todos los contextos de desempeño de enfermería, en donde se encuentra una mayor proporción de mujeres. A continuación, se presentan en la Tabla 1 los puntos en común identificados en las expresiones de los participantes en cada una de las preguntas con sus respectivas frecuencias.

Tabla 1. Agrupación de las percepciones de los docentes frente a la Investigación Formativa

¿Qué entiende por investigación formativa?		¿Cuál es el propósito de la investigación formativa?		¿Qué estrategias y técnicas de la investigación formativa conoce?	
Investigación científica	3	Fomentar cultura de la investigación	4	Monografía	3
Formar investigadores	5	Como proceso de formación	5	Elaboración de ensayos	3
Integrar teoría y práctica	5	Construcción de la investigación	1	Trabajo grupal	2
Búsqueda de conocimiento	4	Actitud y capacidad investigativa	5	Mapas conceptuales	3
Investigación como instrumento de solución	3	Creación de nuevo conocimiento	5	Estudio de caso	6
Investigación en el proceso enseñanza	5	Investigación como aprendizaje	4	Aprendizaje basado en problemas	3
Desarrollo habilidades investigativas	3	Crear habilidades en el estudiante	3	Elaborar estado del arte	2
				Lectura crítica de artículos	4
				Semillero de investigación	2

Elaboración propia.

Este sistema de agrupación de las principales subcategorías de respuestas en cada uno de los enunciados interrogados permitió consolidar tres categorías de apreciación frente a la investigación formativa.

La investigación formativa como proceso educativo para dar solución a fenómenos en la práctica

La investigación formativa en el contexto de las prácticas de enfermería constituye una de las formas en las que se hace visible la simbiosis docencia-investigación en el ejercicio académico de formación en la educación superior, entendiéndose dicha práctica desde los escenarios clínicos y comunitarios en los cuales se desarrollan competencias del ser y el hacer de los enfermeros en formación. En este sentido, los participantes resaltan la importancia de aprender a investigar para que los estudiantes, utilizando el método científico, logren solucionar problemas de la práctica. Asimismo, es entendida como un objeto didáctico para enseñar a investigar y preparar a los futuros profesionales.

“Es la investigación cuyo propósito es formar estudiantes investigadores. Nos ayuda a implementar el conocimiento científico de cada alumno integrando la teoría con la práctica” C 3

“Es una función docente en la cual se enseña al alumno a investigar dando solución a un problema de la práctica” CI3

Estas apreciaciones confluyen en lo que se conoce como aprendizaje por descubrimiento y construcción que tiene sus bases en el seminario alemán, en Decroly y en Dewey que fundamentan la práctica investigativa en procesos de aprendizaje donde el alumno es actor fundamental re-creando el conocimiento (Perez, 2010). Sumado a lo anterior, estos resultados son coherentes con lo encontrado en el estudio desarrollado por Gamboa, Vargas & Hernández (2017) titulado *Investigación formativa: las pretensiones curriculares y representaciones sociales de actores educativos en el programa de Enfermería* que destaca que para los profesores el denominado “consumo de conocimiento”, el cual es explicado como la búsqueda y uso de las publicaciones más recientes con suficiente nivel de evidencia para el abordaje del cuidado, es identificado como fundamental en el proceso de formación de estudiantes de enfermería.

También se encontró que dentro de las apreciaciones expresadas por los docentes algunos la asociaron con la formación de investigadores, actividad que se desarrolla en las maestrías, y con la investigación científica que, para el caso de los programas de pregrado, es adelantada por los grupos de investigación conformados por docentes debidamente cualificados para ello. Este tipo de interpretación ha sido suficientemente documentada y refleja las delgadas líneas que delimitan estas funciones, que para las IES y sus procesos de formación deben ser aclaradas porque sustentan la necesidad de formar a cada generación de docentes que se incorpora en cada convocatoria.

La investigación formativa en la generación de nuevas habilidades en los estudiantes

La investigación tiene como propósito la generación de nuevo conocimiento y es en este aspecto en el cual los participantes reconocen las bondades que tiene la enseñanza de la investigación formativa en cada uno de sus estudiantes y cómo todos los insumos teóricos pueden ser llevados a la práctica.

“Fomentar la cultura de investigación en los estudiantes y generar nuevos espacios de conocimiento” C1

“Mediante la investigación formativa el alumno puede generar su propio conocimiento y a la vez aplicarlo, es decir, los temas no sólo teóricos, sino que logran su aplicación” C13

“El propósito de la investigación formativa es fortalecer las capacidades de los estudiantes para que puedan culminar con investigaciones generando conocimiento” C16

Los participantes también reconocen que la investigación formativa desarrolla habilidades en los estudiantes que en otros componentes teóricos no se exploran. Esta apreciación de los docentes es coherente con lo expresado en el estudio de Fajardo, Henao & Vergara (2015), quienes encontraron que los estudiantes reconocen en su proceso de formación en investigación el desarrollo de un aprendizaje autónomo que les faculta a configurar una estructura mental organizada, al tiempo que fortalece las habilidades para clasificar, organizar y analizar la información.

“Investigación formativa son espacios para la formación de investigación y la promoción del talento estudiantil “C 9

“Conjunto de actividades que permiten realizar un avance y logra el desarrollo de habilidades investigativas en los estudiantes” C27

El desarrollo de habilidades, que son el valor agregado de la investigación formativa, también fue documentado por Rojas, Castro, Siccha & Ortega (2019) en un estudio cuasi experimental en la Universidad del Callao que demostró mejoría en las habilidades cognitivas de construcción conceptual, procedimental y actitudinal. Sin embargo, los participantes también reconocen que el desarrollo de la investigación formativa desarrolla no solo las habilidades de los estudiantes, sino también las habilidades del docente.

“Ese tipo de investigación que permite tanto al docente como el estudiante es aprender a hacer investigación científica de forma eficiente “C28

De este modo, ha sido reconocido por los profesores el valor agregado de la investigación formativa, tanto en este estudio como en el de Ferreira, Cuba-Delgado, & Carioca (2017) quienes en una muestra de 157 docentes encontraron que los profesores destacaron categorías de mejoría de sus habilidades, tales como: preparar los contenidos temáticos, garantizar la orientación tutorial, relacionarse con los estudiantes, usar las tecnologías de la información y la comunicación.

La investigación formativa en la generación de conocimiento científico de todos los actores

El rol docente lleva inmerso el enseñar, razón por la cual en este estudio los participantes perciben la investigación formativa como un medio para la enseñanza de competencias, la búsqueda en bases de datos, la lectura crítica de artículos cuantitativos y cualitativos hasta la elaboración de un proyecto que busque solucionar un problema.

“Investigación formativa son los procesos o actividades que se desarrollan durante el proceso de aprendizaje que el estudiante ha logrado mediante diferentes estrategias” C6

“Investigación formativa se refiere a la investigación como instrumento del profesor en el proceso de la enseñanza” C11

“La investigación formativa como el método que el docente aplica para el proceso enseñanza- aprendizaje “C12

“Viene hacer la metodología de enseñanza en el alumno mediante el cual se acompaña el tema con diferentes pedagogías sobre la realidad a fin de generar en el alumno una experiencia de investigación” C20

Para los participantes de este estudio, el fomento de la cultura de la investigación en los estudiantes de pregrado convoca al uso de diferentes estrategias que permitan el desarrollo de competencias investigativas y que permanentemente les motive a acercarse al conocimiento. El uso de las Tecnologías de la Comunicación e Información (TIC) y las múltiples herramientas disponibles en la red, acercan cada vez más a la comunidad académica a fuentes confiables que ayudan a filtrar fuentes con altos niveles de confiabilidad y validez, aspectos que fueron encontrados en la revisión en investigación formativa latinoamericana realizada por López, Polanco & Correa (2017). Además, en el estudio mencionado evidenciaron la necesidad de seguir indagando en estrategias pedagógicas y didácticas mediadas por las TIC, así como en las representaciones sociales y prácticas en la investigación formativa de todos los sectores sociales que hacen parte del acto pedagógico.

CONCLUSIONES

Para consolidar la cultura de la investigación en los docentes y fortalecer el conocimiento disciplinar, es pertinente la puesta en marcha de estrategias que permitan alinear en los docentes las concepciones y técnicas que implementan en el aula. De esta forma, la investigación formativa es entendida como un objeto didáctico que permite dar solución a los problemas identificados en la práctica utilizando el método científico. Así, los conceptos de investigación formativa, formación para la investigación e investigación propiamente dicha que se desarrolla en cada uno de los niveles de formación en las IES están separados por unas delgadas líneas que delimitan sus alcances, los mismos deben ser aclarados para los miembros de la comunidad universitaria y sustentan la necesidad de formar en estas temáticas a cada generación de docentes que se incorpora en las distintas convocatorias.

BIBLIOGRAFIA

- Congreso de la Republica de Colombia. (28 de diciembre de 1994). Ley de Educación Superior. [Ley 30 de 1994]. Recuperado de https://www.cna.gov.co/1741/articles-186370_ley_3092.pdf
- Consejo Técnico Nacional de Enfermería. (2019). *Plan Nacional de Enfermería 2020-2030* (en construcción). Recuperado <https://www.oceinfo.org.co/difusion/material-general/send/4-normatividad/147-propuesta-plan-nacional-de-enfermeria-2020-2030>

- Durán de Villalobos, M. M. (2001). *Enfermería Desarrollo Teórico e investigativo*. Bogota: Unibiblos Universidad Nacional de Colombia.
- Elo, S., & Kyngas, H. (2008). The Qualitative content Analysis Process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115.
- Fajardo, E., Henao, A., & Vergara, O. (2015). La Investigación formativa: perspectiva desde los estudiantes de Enfermería. *Salud Uninorte*, 31(3), 558-564.
- Ferreira, R., Cuba-Delgado, S., & Carioca, V. (2017). Motivaciones, necesidades e importancia atribuida a la formación continua en el desarrollo de habilidades profesionales del profesorado en la enseñanza de la enfermería. *Revista Interuniversitaria de Didáctica*, 35(2), 77-96.
- Gamboa, A., Vargas, R., & Hernández, C. (2017). Investigación formativa: pretensiones curriculares y representaciones sociales de actores educativos en el programa de Enfermería de la UFPS. *Universidad y Salud*, 19(1), 60-66.
- Krippendorff, K. (1980). *Metodología de Análisis de contenido*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Krippendorff, K. (1990). *Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica*. Barcelona: Ediciones Paidós Iberica, S.A.
- López, L., Polanco, V., & Correa, L. (2017). Mirada a las investigaciones sobre formación investigativa en las Universidades Latinoamericanas del 2010-2017. *Revista de Investigación Desarrollo e Innovación*, 8(1), 77-95.
- Oguisso, T. (2012). *La incidencia del Consejo Internacional de Enfermería, en la historia y socialización de enfermería*. *Cultura de los Cuidados*. (Edición digital) 16(32),23-37. <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.32.04>.
- Perez, J. (2010). El seminario alemán una estrategia pedagógica. *Cultura Educación y Sociedad*, 1(1), 107-112.
- Restrepo, B. (2017). Conceptos y Aplicaciones de la Investigación Formativa, y Criterios para Evaluar la Investigación científica en sentido estricto. Recuperado de <https://www.epn.edu.ec/wp-content/uploads/2017/03/Investigaci%C3%B3n-Formativa-Colombia.pdf>
- Rojas, A., Castro, L., Siccha, A., & Ortega, Y. (2019). Desarrollo de habilidades investigativas en estudiantes de enfermería. *Investigacion Valdiziana*, 13(2), 107-112.

Detrás de las sonrisas: sufrimiento moral en la prestación de atención oncológica

Behind the smiles: moral suffering in the provision of cancer care

Por trás dos sorrisos: sofrimento moral na oferta do cuidado oncológico

Kátia Lilian Sedrez Celich¹, Pamela Karin Lazzaroto², Silvia Silvia de Souza³, Jeferson Santos Araújo⁴, Matheus Eugênio de Pauli⁵, Vander Monteiro da Conceição⁶

¹Enfermeira, Doutora em Geriatria e Gerontologia Biomédica, Professora Adjunta, Universidade Federal da Fronteira Sul, Chapecó - Santa Catarina – Brasil, Correo electrónico: katia.celich@uffs.edu.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5166-8444>.

² Enfermeira, Pós-graduada em Enfermagem Oncológica. Centro Sul-Brasileiro de Pesquisa, Extensão e Pós-graduação. Chapecó - Santa Catarina – Brasil. Correo electrónico: pame_lazzaroto@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8481-3938>.

³ Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Professora Adjunta, Universidade Federal da Fronteira Sul, Chapecó - Santa Catarina – Brasil. Correo electrónico: silvia.souza@uffs.edu.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6111-5632>.

⁴ Enfermeiro, Doutor em Enfermagem Fundamental, Professor Adjunto, Universidade Federal da Fronteira Sul, Chapecó - Santa Catarina – Brasil. Correo electrónico: jeferson.araujo@uffs.edu.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3311-8446>

⁵ Acadêmico de enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul, Chapecó - Santa Catarina – Brasil. Correo electrónico: matheus.pauli@estudante.uffs.edu.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3787-0125>.

⁶ Enfermeiro, Doutor em Ciência, Professor Adjunto, Universidade Federal da Fronteira Sul, Chapecó - Santa Catarina - Brasil, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0972-0795>.

Cómo citar este artículo en edición digital: Celich, K.L., Lazzaroto, P.K., Souza, S.S., Araújo, J.S., Pauli, M.E., & Conceição, V.M. (2022). Detrás de las sonrisas: sufrimiento moral en la prestación de atención oncológica. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 26(63). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2022.63.11>

Correo electrónico de contacto: vander.conceicao@uffs.edu.br

Correspondencia: Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó. Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul, Bloco dos Professores, Sala 304. CEP 89815-899. Telefone: (49) 2049 6552. Ramal: 6552.

Recibido: 19/01/2021 Aceptado: 21/02/2022



ABSTRACT

Objective: to understand the moral experience of a nursing team that does not take care of cancer patients. **Method:** Qualitative study, based on a non-referential basis of Medical Anthropology, which recognizes the human being as being aware of their thoughts and practices, as well as understanding that the problems that permeate health emerge from the interaction of two cultural and social factors, environmental, political and economic contexts. Research was carried out in the Oncology Unit of a reference hospital that does not treat people with cancer in Brazil. To select two intentionally occurring, non-probabilistic participants. An analysis was an issue. **Results:** As a research, it is possible to affirm that you are professionals in cancer care because you have a philosophy of differentiated care, a bond with the patient and a feeling of relief related to moral growth. **Conclusion:** Based on two identified results, it is considered that nurses who practice cancer care live with moral and cultural issues that involve the care of cancer patients, generating moral support associated with personal, cultural and institutional values, according to the participants identified.

Keywords: Nursing; anthropology, medical; stress, psychological; nursing care; qualitative research.

RESUMEN

Objetivo: comprender la experiencia moral de un equipo de enfermería que no atiende a pacientes con cáncer. **Método:** Estudio cualitativo, basado en una base no referencial de la Antropología Médica, que reconoce al ser humano como consciente de sus pensamientos y prácticas, así como comprender que los problemas que permean la salud surgen de la interacción de dos factores culturales y sociales. , contextos ambientales, políticos y económicos. La investigación se realizó en la Unidad de Oncología de un hospital de referencia que no atiende a personas con cáncer en Brasil. Seleccionar dos participantes no probabilísticos que ocurran intencionalmente. Un análisis fue un problema. **Resultados:** Como investigación, es posible afirmar que son profesionales en la atención del cáncer porque tienen una filosofía de atención diferenciada, un vínculo con el paciente y un sentimiento de alivio relacionado con el crecimiento moral. **Conclusión:** A partir de dos resultados identificados, se considera que los enfermeros que practican el cuidado del cáncer conviven con cuestiones morales y culturales que involucran el cuidado del paciente con cáncer, generando un apoyo moral asociado a valores personales, culturales e institucionales, según los participantes identificados.

Palabras clave: Enfermería; antropología médica; estrés psicológico; atención de enfermería; investigación cualitativa.

RESUMO

Objetivo: compreender a experiência moral de uma equipe de enfermagem no cuidado ao paciente oncológico. **Método:** Estudo qualitativo, com base no referencial da Antropologia Médica, que reconhece o ser humano como um ser consciente de seus pensamentos e práticas, assim compreende-se que os problemas que permeiam a saúde emergem da interação dos contextos culturais, sociais, ambientais, políticos e econômicos. A pesquisa foi realizada na Unidade Oncológica de um hospital referência no tratamento a pessoas com câncer no sul do Brasil. A seleção dos participantes ocorreu de modo intencional, não probabilístico. A análise foi a temática indutiva. **Resultado:** Com a pesquisa é possível afirmar que os profissionais do cuidado oncológico apresentaram uma filosofia do cuidado diferenciado, um vínculo com os pacientes e sentimento de sofrimento relacionados ao julgamento moral. **Conclusão:** A partir dos resultados identificados considera-se que o enfermeiro que pratica cuidados oncológicos lida com questões morais e culturais que envolvem o cuidado ao paciente oncológico,

gerando um sofrimento moral associado a valores pessoais, culturais e institucionais como os identificados nas participantes.

Palavras-chave: enfermagem; antropologia médica; estresse psicológico; cuidados de enfermagem; pesquisa qualitativa.

INTRODUÇÃO

A incidência e a mortalidade por câncer crescem no mundo, resultado de fatores complexos vinculados culturalmente ao estilo de vida atual, e ao envelhecimento da população e a prevalência de fatores associados ao desenvolvimento socioeconômico. Estima-se que em 2018 houve 18,1 milhões novos casos de câncer e, 9,6 milhões de óbitos por câncer. A neoplasia prostática é diagnosticada com maior frequência em 105 países, seguido pelo câncer de pulmão em 37 países e câncer de fígado em 13 países. Lembra-se que o tipo de câncer diagnosticado com mais frequência irá variar de acordo com as diferentes regiões (Bray, 2018).

No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer José Gomes de Alencar (INCA) apresentou, em maio de 2020, dados estimados da incidência de 626.030 novos casos, sendo 309.750 homens e 316.280 em mulheres. Dos quais, o câncer de mama feminina lidera em novos casos, seguido pela neoplasia prostática e cólon e reto, nesse último caso para ambos os sexos. No ano de 2018, a mortalidade por câncer no Brasil foi de 224.712 óbitos, 117.477 em homens e 107.235 em mulheres.

A enfermagem e a antropologia se encontram conectadas de forma tão instintiva que passa despercebido, entretanto, observa-se a sua presença na enfermagem nos estudos da antropologia do cuidado. Além disso, as necessidades humanas recebem um olhar integral da antropologia do cuidado, uma vez que carrega com si o conceito de conhecimento global do ser humano, ou seja, estuda as relações do paciente, saúde e cultura, de forma que se direciona para um conhecimento que se aplica ao ser humano como um todo (Siles et al, 2001).

O cuidado oncológico está em constante evolução, principalmente no que tange a tecnologia, a qual agiliza e aprimora diversos procedimentos no cotidiano do enfermeiro oncológico. A estrutura do processo de cuidar vem sendo adaptada ao uso da tecnologia, no entanto, há fatores do próprio cuidado que estarão sempre presentes, como por exemplo as relações interpessoais (Gandarillas, 2018; Robinson, 2017). Estas relações subsidiam experiências onde a moral, o comportamento moral e o julgamento moral acompanham a práxis dos cuidados ofertados pelos profissionais, portanto destaca-se uma necessidade latente de um treinamento especializado para oferta de cuidados particularizados com as questões morais envolvidas neste processo (Skeens, 2019).

O comportamento moral no campo da saúde diz respeito ao agir cuidativo guiado sobre as práticas regidas no meio sociocultural do ser cuidado (Araújo; 2019). Trata-se de estruturas cognitivas e motivacionais que influenciam o comportamento social tais como: regras, deveres e valores que são partilhados pelo coletivo (Freitas, 2010). Nesta perspectiva, considera-se que a unidade oncológica fornece um campo de aprimoramento do cuidado paliativo e de medidas de enfrentamento para a gerência de experiências morais.

Durante o desenvolvimento do cuidado, os profissionais vivenciam experiências morais, pelo simples fato de serem humanos com valores individuais. As experiências são auto questionamentos que estarão sempre presentes nesse processo, a adversidade se manifesta quando leva ao sofrimento moral. Pesquisadores referem-se aos profissionais da saúde como corajosos agentes morais que entram em conflitos com colegas e familiares, além disso, questionam-se sobre o que é certo ou errado a partir de seus valores éticos, de modo que seja possível conceder o cuidado com qualidade (Santos, 2018).

A moral individual é uma herança do mundo em que somos apresentados, isto é, a moral é uma resposta ao conjunto de valores, mitos, culturas e hábitos que nos cercam. Logo, a moralidade indica a ação correta, tendo como base os princípios individuais estruturados ao longo do processo de ser. Entretanto, os cuidados de enfermagem são constituídos de protocolos e categorizações, que certamente vão ao encontro dos valores morais de cada profissional (Uribe, 2020).

Para melhor compreensão sobre a temática do “sofrimento moral entre profissionais de enfermagem oncológica”, realizou-se uma busca sistemática na base de dados PubMed utilizando-se os descritores Mesh “*Morals*”, “*Stress, Psychological*” e “*Qualitative research*”. Nesta busca foram identificadas cinco referências disponíveis nos últimos 5 anos, com a finalidade de identificar o sofrimento moral e como ele impacta nos cuidados de enfermagem, entretanto em contextos macrossociais, como na atenção geral à saúde, não destacando nesta busca, nenhuma referência do fenômeno no contexto oncológico. Dentre as referências identificadas, quatro apresentavam desenho qualitativo e uma quantitativa.

A partir dessas considerações iniciais, acredita-se que o cuidado de enfermagem em oncologia (contexto microssocial) está sobreposto de outros valores sociais que promovem o sofrimento moral, ainda não explorados na literatura, logo, adotou-se como questão norteadora deste estudo: como se dá a experiência moral da equipe de enfermagem no processo de cuidar do paciente oncológico? Para responder a esse questionamento, o presente estudo objetivou compreender a experiência moral de uma equipe de enfermagem no cuidado ao paciente oncológico.

METODOLOGIA

Pesquisa de metodologia qualitativa, embasada no referencial teórico da Antropologia Médica (Singer, 2018), de acordo com os pressupostos do modelo interpretativo. Com intuito de cumprir o rigor metodológico da investigação qualitativa, o estudo foi estruturado segundo os padrões do *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ) (Tong; Sainsbury; Craig, 2007).

A Antropologia Médica reconhece o ser humano como um ser consciente de seus pensamentos e práticas. De acordo com essa concepção, compreende-se que os problemas que permeiam a saúde emergem da interação dos contextos culturais, sociais, ambientais, políticos e econômicos. Logo, é importante identificar a influência dos contextos descritos, e como eles trazem sentido às suas experiências (Singer, 2018). Portanto, o cuidado em saúde ao ser analisado pelo referencial da antropologia médica, permitiu aos pesquisadores acessarem elementos culturais que influenciaram no processo de cuidado, que no caso desta investigação foi representado na maneira como a cultura influencia enfermeiras que cuidam de pacientes oncológicos.

A pesquisa foi realizada na Unidade Oncológica de um hospital referência no tratamento a pessoas com câncer no sul do Brasil. A seleção dos participantes ocorreu de modo intencional, não probabilístico, sendo que a pesquisadora principal se aproximou do campo de pesquisa durante o estágio do último ano previsto para um curso de graduação em Enfermagem.

Os critérios de seleção dos participantes foram: desenvolver atividade assistencial com adultos oncológicos; possuir seis meses ou mais de experiência ao paciente oncológico. O tempo de experiência estipulado foi delimitado devido à grande rotatividade dos profissionais na instituição. Foram excluídos os profissionais de enfermagem alocados na unidade de oncologia temporariamente e os que estavam afastados do local de trabalho. Fazem parte da equipe de enfermagem da referida unidade: cinco enfermeiros e dezesseis técnicos de enfermagem. Todos foram abordados, entretanto, apenas oito profissionais aceitaram participar da pesquisa, dentre elas duas enfermeiras e seis técnicas de enfermagem. Foi apresentado aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo a anuência e concordância registrada por suas assinaturas.

As participantes foram abordadas no seu local de trabalho, e a coleta dos dados ocorreu no período de três meses, sendo utilizada a entrevista em profundidade, guiada por um roteiro pré-estabelecido com as seguintes questões norteadoras: Relate alguma situação que gerou sofrimento ao cuidar do paciente oncológico e família? Como você reagiu a ela? É válido ressaltar que cada participante foi entrevistado uma única vez devido a sua disponibilidade de tempo para tal atividade e que cada entrevista teve duração média de 30 minutos e foram

audiogravadas, ocorreram em local privativo de preferência da participante, sendo, posteriormente, transcritas. Com a intenção de manter o anonimato das participantes, foi realizado a identificação dos entrevistados pela letra “E” acompanhada pelo código alfa numérico conforme a cronologia em que ocorreram as entrevistas.

Após a transcrição, ocorreu a análise dos dados, onde cada entrevista era transcrita e analisada de acordo com a análise temática indutiva (Braun; Clarke, 2018), sendo realizado a codificação de temas em comum entre as participantes, e posteriormente elaborado o tema final. Destaca-se, que a realização da devolutiva ao grupo participante ocorreu por meio de diálogo coletivo após o processo de análise, sendo os relatos validados pelos mesmos. A coleta de dados/análise foi interrompida quando o *corpus* de dados produzido respondeu aos objetivos propostos, o que propiciou aos pesquisadores identificarem o tema “Sofrimento moral: trabalho, relações sociais e o cuidado de enfermagem oncológica”, como exibido na Tabela 1.

Os pesquisadores atenderam aos princípios éticos de envolvimento de seres humanos na pesquisa, em observância à Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012, a pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), sob o parecer número 1.607.319, e CAAE: 56499516200005564.

RESULTADOS

Nos discursos a seguir, as participantes mencionam haver uma filosofia do cuidado fornecido aos pacientes oncológicos, e a relação que esse cuidado tem com a estigmatização do paciente. Observa-se também no discurso, um histórico familiar de câncer e a influência dele na vida das profissionais.

[...] o atendimento na onco é muito diferente do resto das outras unidades [...] eu mantenho um vínculo bem próximo com os meus pacientes, geralmente são pacientes com prognóstico reservado que estão em terapêutica paliativa, procuro fazer de tudo pra dar conforto, liberar visita, acompanhante e alimentação, a gente acaba fazendo todas as vontades que deles [...].
(E1)

Tabela 1 - Codificação, categorização e identificação do tema central da pesquisa de acordo com a filosofia narrativa. Chapecó, SC, Brasil. 2020.

Lista de Códigos Iniciais	Agrupamento dos códigos/categorização	Tema Final
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Setor tem um cuidado diferenciado/necessidade de se adaptar/paciente em 1º lugar ▪ Estigma do paciente oncológico, relacionado a morte e sofrimento; ▪ Paciente vulnerável/coitado; ▪ Experiências de casos na família; 	<p>1) Filosofia dos cuidados oncológicos baseados no estigma da doença</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vínculos com paciente/acompanhantes; ▪ Tempo de internação aumenta a chance de criar vínculo; ▪ Gravidade da doença afeta no nível de vínculo/tempo de internação/sofrimento; ▪ Pacientes jovens influenciam no nível de sofrimento; 	<p>2) No limiar do sofrimento: aspectos que influenciam no vínculo de cuidado</p>	<p>Sofrimento moral: trabalho, relações sociais e o cuidado de enfermagem oncológica</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sofrimento quando perda do paciente ▪ Dor e sofrimento; ▪ Acreditam em morte sem sofrimento ▪ Tentativa de não levar trabalho para casa/ tecnologia influencia; ▪ Experiências de morte/negativas, dificuldade de enfrentamento; ▪ Experiências de casos na família; ▪ Abalo/Apoio psicológico; 	<p>3) Ciclo de trabalho e sofrimento: experiências negativas no cuidado</p>	

Fonte: produzido pelos pesquisadores

[...] às vezes a gente não consegui deixar o paciente num quarto sozinho, não consegui acomodar ele como gostaria, fazer as vontades que ele queria nessa fase final, isso nos deixa um pouquinho impotentes, quando possível a gente tenta deixar ele sozinho se ele quiser, porque muitas vezes a família não quer ficar sozinha, então a gente consegue, de certa forma negociar com a internação para deixar o paciente sozinho, pra liberar as visitas, é toda uma burocracia institucional [...]. (E8)

A minha tia morreu de câncer, tinha ligação, foi bem complicado, por que até o dia que ela foi pro hospital e deu todo aquele problema, a filha dela tinha 10 anos, eu e ela tínhamos a mesma idade, na época eu não entendia muito, eu lembro vagamente dela de peruca, sentada na cadeira de balanço lá em casa que ela ia lá e ficava, não tinha muito, o que era quimioterapia, nada, eu ia com ela junto pra acompanhar e coisa assim, foi bem sofrido, por que não era na nossa cidade, era em outra cidade, minha prima era pequena no dia que ela ficou sabendo, ela surtou, por que ela tava posando lá em casa, ela chutava as paredes, a mãe dela morreu né, então, não foi muito legal assim sabe e me deu até hoje em dia de eu trabalhar com essa parte, porque pela minha tia eu não fiz nada, mas eu faço por todos que estão nessa mesma situação. (E6)

Ainda é possível abstrair das falas sentimentos de vínculo afetivo que são desenvolvidos durante a prestação dos cuidados e sofrimento causado devido a estes vínculos. Porém como seres humanos que somos, o vínculo é necessário para que o cuidado efetivo aconteça.

[...] no começo eu era muito mais ligada aos pacientes, eu levava isso pra casa, eu lembro que eu chorava muito por causa disso [...] aquele tratamento longo que se vai, não é aqueles que vem e fica dois dias e vai, não, são 30, 60, 100 e poucos dias ali num quarto, uma guria e um pia novo, pensa na tua condição você, meu Deus, eu ali naquela situação sabe, pra mim no começo foi bem mais difícil, mas, hoje em dia eu consigo me virar um pouquinho mais, não que, até agora a pouco tinha que entregar a alta de um paciente e comentei com as meninas que eu detesto da nossa profissão é isso, é esse vínculo, eu não gosto assim [...] (E4)

[...] foi um paciente que eu gostei demais dele, de cuidar dele, eu me apeguei bastante ao paciente e a família. Não, cuidei bem dele, meu Deus, muito próximo dele assim [...] então foi muito triste, eu não podia olhar pras bomba, aqui não, mas em casa eu chorava escondido que tu pensa assim, bah tu batalhou tanto, ajudou tanto e daí tu acaba perdendo né, ai sim te deixa bem triste. (E5)

[...] ver o paciente idoso ali sofrendo, não tem indicação de UTI, não tem isso, não tem aquilo, pro paciente idoso tudo bem...., mas quando a gente vê uma mulher de 40 e poucos anos, um senhor jovem, saber que é prognóstico reservado, então não tem mais o que fazer, com tanta coisa que existe de medicina, de coisa e saber que não tem mais nenhuma opção, dói saber! (E3)

O trabalho dos profissionais de enfermagem no contexto oncológico foi associado ao sentimento de sofrimento, relacionado com o julgamento moral vivenciados nas ações por eles desenvolvidas. Os discursos abaixo destacam a busca dos entrevistados em manter um comportamento moral de não envolvimento pessoal, mesmo em contextos em que o ato de cuidar é cercado por sentimentos de sofrimento e dor.

[...] ele estava gaspiando já há dois dias e a filha não queria que ele morresse, ele ia e a filha chamava e ele voltava. [...] peguei ela e falei assim: tu vai lá pega na mão do teu pai e diz pra ele partir em paz que tu vai ficar bem [...] aí ela foi lá pegou na mão do pai dela, falou, eu fiquei ali junto ouvindo ela dizer: pai, pode ir pai, eu vou ficar bem, pode ir, aí o pai morreu, daí a menina saiu pra fora, ela sentou ali no chão, eu não esqueço do choro, parecia um animal ferido sabe, , depois a mãe dela chegou, e ela começou mãe agora não adianta mais, agora ele já foi, ela chorou, mas fez o que tinha que fazer, segurou na mão do pai dela, pro pai dela morrer e pronto, acabou-se, já não aguentava mais aquilo, a gente fica numa agonia aí eu fui pro banheiro chorar, por que ela não podia me ver chorando também [...]. (E7)

Teve um paciente que o doutor mandou sedar, eu sentei ali na mesa e chorei, chorei, chorei tanto depois, por que eu sabia que ele não iria aguentar, só se dar pra ele se acalmar da dor, mas a sedação, eu tinha certeza, eu vou sedar e ele não vai voltar e daí eu coloquei aquela medicação e ele me olhou assim e apertou a minha mão: muito obrigada! Meu Deus do céu, aquilo me deu uma coisa ruim, tão ruim sabe, meu Deus eu estou matando ele e ele ainda tá me agradecendo por isso e eu sentei ali foi o pior dia pra mim e eu fui com aquela culpa pra casa, nossa o que que eu fiz, fiz a dosagem certa, como estava prescrito, mas eu sabia que ele não ia voltar daquilo ali [...]. (E6)

Às vezes tu dizia: ó não quero ficar com ela hoje, a colega pegava e ficava, todo mundo se ajuda, eu acho que aí se fosse cada uma por si, eu acho que sim, uma psicóloga seria bem importante, mas como a gente conversar entre si, tem um entrosamento, tá tranquilo. (E2)

DISCUSSÃO

O trabalho em enfermagem oncológica é culturalmente diferenciado, pois para esta especialidade há um estigma sobre o adoecimento pelo câncer, onde o paciente é vitimizado por estar sofrendo com uma doença que os afeta de forma inesperada e agressiva, portanto, criou-se a necessidade de fornecer atenção especial não ofertada em outras especialidades. Sendo assim, ao cuidado é empregado a ideia de terminalidade, logo o adoecido é entendido como vulnerável, que está em constante sofrimento e próximo da morte. Os participantes relatam que tentam ao máximo oferecer conforto aos usuários com prognóstico reservado, ou seja, quando não apresentam chance de cura, e encontram-se debilitados. No entanto, nem todo paciente encontra-se em fase terminal, mas o cuidado é ofertado como tal. É implícito, então, que entre as participantes há obrigação moral de cuidar diferente.

Em síntese, a enfermagem possui *background* em sua formação que a coloca na defesa moral de uma posição constante de atendimento das necessidades do outro, sendo assim, busca assistir ao usuário em sua integralidade. Contudo, esse diferencial traz um grande desafio para essas profissionais, devido a carga emocional e a conduta moral envolvida. Além destes elementos, soma-se os longos períodos de tratamento da doença, propício para vínculo afetivo, que geram estresse e sofrimento excessivo sobre a equipe, principalmente por lidar com a finitude humana (Ayala, 2017; Gomes, 2019).

Contudo, os conflitos entre a moralidade e a ação tomada estão diariamente presentes no “*aggressive care*” do profissional da enfermagem, este termo corresponde a cuidados de fim de vida que, eticamente, não são considerados apropriados. Nos discursos das participantes está explícito situações que exigem das profissionais de enfermagem a necessidade de cuidar no contexto de conflitos de emoções morais, como nas vivências do morrer, momento este que exige delas o manejo da família e dos próprios sentimentos. A afetividade e a empatia com o usuário e família implicam diretamente no cuidado ofertado, entretanto, o limiar entre cuidar profissionalmente e o vínculo afetivo é tênue, o que pode gerar o sofrimento moral (Prentice, 2016), pois o cuidado em oncologia possui valores e normas culturalmente elaborados (Araújo, 2019).

O vínculo entre as profissionais da enfermagem e os adoecidos estão diretamente ligados com diversos aspectos como: tempo de internação, idade, gravidade da doença e prognóstico. Ele é uma via para confortar o paciente, que deixa de enxergar a técnica/enfermeira apenas como uma profissional, vendo-a de maneira amigável. De acordo com o vínculo estabelecido com cada usuário e família, pode haver intensificação dessa relação afetiva, e culminar no sofrimento do trabalhador, uma vez que a profissional tem que ser capaz, moralmente, de fornecer apoio a todos envolvidos no adoecimento, e em distintos momentos de sua trajetória.

O adoecimento pelo câncer fortalece vínculos e promove desafios na trajetória do trabalho de enfermagem, pois este acompanha a história do adoecido. Por conseguinte, nota-se nas falas das participantes a presença do sofrimento devido a vinculação afetiva. No entanto, tenta-se ocultar seus sentimentos, devido a manutenção da moral, principalmente nas situações de morte, fato este corroborado pela literatura científica (Lazzaroto, 2018; Bubolz, 2019).

O sofrimento moral está presente, principalmente, na frustração pelo avanço da doença, pelo sentimento de impotência, gerando desconforto nas profissionais. O sentimento de impotência é observado quando o objetivo proposto não é alcançado, frequentemente vivenciado na oncologia, por ser uma doença crônica estigmatizada pela morte. Conflitos éticos/morais são comumente vistos em diversas dimensões sociais, mas quando analisados entre profissionais da saúde, é necessário investigar as suas causas, pois observa-se que esses conflitos quando constantes, como nesse caso, podem gerar sofrimento, afetando-os de diversas formas, tanto na prática dos cuidados quanto no seu estado físico, mental e até mesmo em suas relações interpessoais (Bubolz, 2019) (Abdolmaleki, 2019).

Observa-se o sofrimento moral na enfermagem quando há contradições entre as ações e convicções das profissionais, melhor dizendo, quando elas se veem impossibilitadas de realizar o que entende como correto. No cotidiano da enfermagem, evidencia-se fatores que podem amplificar esse sofrimento como o contato com pacientes em fim de vida, recursos limitados, altas expectativas com os pacientes, *burnout*, problemas nas relações interpessoais, organização do ambiente e a sobrecarga de trabalho, sempre considerando a individualidade cultural de cada profissional e seus diferentes modos de enfrentamento (Oliveira, 2019) (Abdolmaleki, 2019).

Essa situação torna evidente nas falas das participantes a requisição delas por suporte psicológico para lidar com o sofrimento vivenciado. Por conseguinte, entende-se que há prejuízo na saúde mental do trabalhador, considerando-se que uma profissional pode vincular-se a mais de um paciente, vivenciando o sofrimento de modo contínuo. Sendo assim, alguns profissionais criam estratégias para desenvolver o cuidado, como o distanciamento emocional dos clientes.

O ato de cuidar, prática indispensável na enfermagem, necessita de uma relação interpessoal para que se torne realmente uma prática terapêutica, do mesmo modo, gera uma vivência contínua com pacientes em prognósticos indesejáveis, que propicia à ruptura do vínculo interpessoal, dessa forma, os profissionais tornam-se vulneráveis ao adoecimento psíquico. Em um estudo, descreve-se a relação entre cuidados paliativos oncológicos e o sofrimento, no qual evidencia-se a exposição ao estresse ocupacional decorrente destas vivências. A partir deste contexto, observa-se a necessidade de equilíbrio mental, atitudes pessoais e vocacionais para lidar com o cuidado oncológico. O trabalho gera tanto prazer quanto sofrimento, sendo assim,

ambos sentimentos estão no mesmo patamar, manifestando-se de acordo com a história do sujeito e a forma de organização do trabalho (Siqueira, 2019).

A vivência com cuidados que os expõem a pacientes com tratamentos complexos, e conseqüentemente, a maior mortalidade, é capaz de produzir alterações a curto e longo prazo na saúde física e mental do trabalhador, resultado da demanda psicológica exigida das profissionais. Sendo assim, esse cuidado gera um sofrimento que pode afetar o funcionário de forma negativa, sendo patogênico para sua saúde, porém, em alguns casos, pode se tornar um incentivo para diferentes tomadas de ações, que de forma positiva, influencia-o a desenvolver métodos diferentes de enfrentamento no processo de trabalho. De forma que, dependerá das competências individuais de gerenciar conflitos, para que a identificação com o paciente e familiares não os afete negativamente, e conseqüentemente, sintam-se satisfeitos com seu trabalho, motivados inclusive com o processo de morte. (Neumann, 2018) (Siqueira, 2019).

Em outra investigação, foi identificado que há diferentes estratégias de enfrentamento contra o sofrimento, que levam em consideração a subjetividade de cada profissional. Observa-se a necessidade de apoio psicológico e escuta qualificada para os profissionais que trabalham diretamente com o cuidado a pacientes oncológicos (Lazaroto, 2018).

O ciclo de trabalho e sofrimento, proporcionado na assistência de enfermagem em oncologia, é composto por vínculos afetivos, dificuldade para lidar com o adoecimento do outro e limitações no manejo de emoções. Em contraposição, há necessidade de manter a postura profissional, uma questão inerente ao desenvolvimento formativo da assistência de enfermagem, ou seja, valores morais e éticos fundamentais para manutenção de confiabilidade para oferta de cuidados, perante a equipe e usuários. Sendo assim, não corresponder a essa postura gera sofrimento moral. De forma que, os sorrisos exibidos pela enfermagem no processo de cuidar mascaram um cotidiano sofrido, onde questionamentos morais e o sentimento de impotência adoecem o profissional.

Pesquisadores que estudaram o sofrimento moral, relatam haver diversos fatores associados na composição do seu conceito, o que gera confusão e dificuldade de fornecer uma descrição clara sobre. Contudo, informam que a sua definição é um conjunto complexo desses fatores e suas repercussões. Portanto, cabe a reflexão de quais desses fatores relatados na literatura são essenciais para existir sofrimento moral. O estudo ainda destaca a definição de Andrew Jameton, apresentada no livro “*Nursing practice: the ethical issues*”, publicado em 1984, que descreve que o sofrimento moral ocorre quando o indivíduo julga haver necessidade de atitudes ou comportamentos em uma determinada situação, mas há restrições institucionais

que o impedem de executar seu desejo individual. Logo, o sofrimento moral só existe quando há um julgamento moral restrito (Morley, 2019).

A antropologia médica, ao unir os conceitos de doença e cultura permite interpretar as vivências de indivíduos e sua relação com o processo saúde e doença (Simoneti, 2019). Nesta perspectiva, entendeu-se que a cultura foi um dos pilares utilizados pelas profissionais para lidarem com situações adversas durante seu trabalho cotidiano, que é lidar com o adoecimento humano e seus distintos desfechos, logo, possibilitou aos autores desta investigação a compreensão de como a experiência da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente oncológico culminou em sofrimento moral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A limitação do estudo está relacionada ao tamanho da amostra, tendo em vista que apenas oito profissionais aceitaram participar da investigação. Entretanto, considera-se que o conhecimento produzido apresenta importantes reflexões que podem embasar estratégias de cuidado às profissionais de enfermagem que atuam no cuidado à paciente oncológicos, com vistas a amenizar o sofrimento moral vivenciado.

Os aspectos que influenciaram no desenvolvimento do sofrimento moral, evidenciados ao longo da pesquisa, foram agrupados em: filosofia dos cuidados oncológicos; aspectos que influenciam no vínculo de cuidado, e, o ciclo de trabalho e sofrimento. O sofrimento moral está associado a valores pessoais, culturais e institucionais envolvidos no cuidado de enfermagem, que são: vínculo afetivo com o paciente/família; empatia; estigmatização do paciente oncológico; altas cargas de trabalho; sentimento de impotência; e o confronto com perda/morte. Todos, ao serem vivenciados, geraram o sofrimento.

A enfermagem prima por um cuidar integral onde as questões morais como o sofrimento moral, as condutas morais e a responsabilidade moral fortalecem a prática profissional, assim, compreender as questões morais e culturais que envolvem o cuidado ao paciente oncológico pode auxiliar os enfermeiros e outros profissionais a lidar com o fenômeno, melhorar as práticas de cuidado e potencializar a qualidade de vida dos adoecidos.

REFERÊNCIAS

- Abdolmaleki, M., Lakdizaki, S., Ghahramanian, A., Allahbakhshian, A., & Behshid, M. (2018). Relationship between autonomy and moral distress in emergency nurses. *Indian J. Med. Ethics*, 4(1), 20-25.
- Araújo, J.S., Nascimento, L.C., & Zago, M.M.F., (2019). Hegemonias corporificadas: dilemas morais no adoecimento pelo câncer de próstata. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 53, e03494.
- Ayala, A.L.M., Felicio, A.C.R., & Pachão, J. (2017). Sofrimento dos profissionais que atuam no setor de oncologia em um hospital público de Joinville, SC. *Rev. Aten. Saúde*, 15(51), 106-117.
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R.L., Torre, R.U., & Jemal, U. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 68 (6),394-424.
- Bubolz, B.K., Barboza, M.C.N., Amaral, D.E.D., Viegas, A.C., Bernardes, L.S., & Muniz, R.M. (2019). Perceptions of Nursing Professionals with Regards to the Suffering and its Coping Strategies in Oncology. *Res. Fundam. Care*, 11(3), 599-60.
- Freitas, G.F., Oguisso, T. & Fernandes, M.F.P. (2010). Fundamentos Éticos e Morais na Prática de Enfermagem. *Enferm.Foco.*, 3(1),104-8
- Gomes, M.I.G.I. (2019). Cuidados paliativos: relação eficaz entre equipe de enfermagem, pacientes oncológicos e seus familiares. *Rev. Rede cuid. saúde*, 13(2), 60-70.
- Gandarillas, M.A., & Goswami, N. (2018). Merging current healthcare trends: innovative perspective in aging care. *Clin. interv. aging.*, 13, 2083-2095.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (2020). *Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil*. São Paulo: Ministério da Saúde.
- Lazzaroto, P.K., Celich, K.L.S., Souza, S.S., Léo, M.M.F., Silva, T.G., & Zenevicz, L.T. (2018). Estratégias de enfrentamento utilizadas pela equipe de enfermagem no cuidado ao paciente oncológico e família. *Rev. enferm. UFSM*, 8(3), 1-16. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-34327>
- Morley, G., Ives, J., Bradbury-Jones, C., & Irvine, F. (2019). What is “moral distress”? A narrative synthesis of the literature. *Nurs. Ethics*, 26(3), 646–662. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6506903/#bibr1-0969733017724354>
- Neumann, J.L., Mau, L.W., Virani, S., Denzen, E.M. Boyle, D.A., Boyle, N.J., et al (2018). Burnout, moral distress, work-life balance, career satisfaction among hematopoietic cell transplantation professionals. *Biol Blood Marrow Transplant*, 24(4),849-860. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29196079/>
- Oliveira, C.A., Oliveira, D.C.P., Cardoso, E.M., Aragão, E.S, & Bittencourt, M.N. (2020). Sofrimento moral de profissionais de enfermagem dentro de um Centro de Atenção Psicossocial. *Ciênc. Saúde Colet.*, 25(1), 191-198. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1055781>
- Prentice, T., Janvier, A., Gillam, L., & Davis, P.G. (2016). Moral distress within neonatal and paediatric intensive care units: a systematic review. *Arch. dis. child*, 101(8),701-708.

- Robinson, J., Gott, M., Gardiner, C., & Ingleton, C. (2017). Specialist palliative care nursing and the philosophy of palliative care: a critical discussion. *Int. J. Palliat. Nurs.*, 23(7), 352-358.
- Santos, R.P. Garros, D e Carnevale, F (2018). As difíceis decisões na prática pediátrica e sofrimento moral em unidade de terapia intensiva. *Rev. bras. ter. intensiva*, 30(2), 226-232. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/rbti/v30n2/0103-507X-rbti-30-02-0226.pdf>
- Siles, J., Cibanal, L., Vizcaya, F., Gabaldón, E., Domínguez, J.M., Solano, C., García, E. (2001). Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la enfermería contemporánea: la antropología de los cuidados y la enfermería transcultural. *Cultura de los Cuidados*, 5(10), 72-87. <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2001.10.11>.
- Simoneti, R.A.A.O., & Zago, M.M.F. (2019). Os sentidos da sobrevivência ao cancer: da perda do autocontrole ao otimismo e esperança. *REME rev. min. enferm*, 23, e-1255. Recuperado de <https://cdn.publisher.gn1.link/remeg.org.br/pdf/e1255.pdf>
- Siqueira, A.S.A., & Teixeira, E.R. (2019). A atenção paliativa oncológica e suas influências psíquicas na percepção do enfermeiro. *REME rev. min. enferm*, 23, e-1268.
- Skeens, M.A., Cullen, P., Stanek, J., & Hockenberry, M. (2019). Perspectives of childhood cancer symptom-related distress: results of the state of the science survey. *J. pediatr. oncol. nurs.*, 36(4),287-293.
- Uribe, J.C.G. (2020). Cuidar del cuidado: Ética de la compasión, más allá de la protocolización del cuidado de enfermería. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 24(57). <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.57.05>

Una vivencia, una enseñanza de vida: una aproximación desde la autoetnografía

An experience, a teaching of life: an approach from autoethnography

Uma experiência, um ensinamento de vida: uma abordagem a partir da autoetnografia

Luis Alexander Lovera Montilla¹

¹Candidato a Doctorado en Salud, Profesor escuela enfermería, Universidad del Valle. Correo electrónico: luis.alexander.lovera@correounivalle.edu.co. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8557-4278>

Cómo citar este artículo en edición digital: Lovera Montilla, L.A. (2022). Una vivencia, una enseñanza de vida: una aproximación desde la autoetnografía. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 26(63).

Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2022.63.12>

Correo electrónico de contacto: luis.alexander.lovera@correounivalle.edu.co.

Correspondencia: Calle 4B N. 36-00 Barrio San Fernando Cali-Colombia, Escuela de enfermería Universidad del Valle.

Recibido: 29/12/2021 Aceptado: 23/02/2022



ABSTRACT

Taking as a starting point my personal and professional experience, within the framework of writing and the autoethnographic analysis that I have developed, as the object of study for my doctoral thesis. I have compiled some relevant lived situations that have been there. Some of them, obvious and others hidden in time, that have allowed me to now free myself to question myself as a man, a professional and as a father, thus becoming the root of a part of my doctoral thesis work. Training and dedicating myself as a neonatal nurse, in addition to the experience of being the father of a child with Down Syndrome, has enabled me to provide support to families of newborns diagnosed with Down Syndrome, through my own experience. In this narration I show the possible interactions that can arise between a family and health professionals in a difficult situation.

Keywords: Down syndrome; autoethnography; neonatal nursing; family; qualitative research

RESUMEN

Teniendo como punto de partida mi experiencia personal y profesional, en el marco de la escritura y el análisis autoetnográfico que he desarrollado, como el objeto de estudio para mi tesis

doctoral. He compilado algunas situaciones vividas relevantes que han estado ahí. Algunas de ellas, evidentes y otras ocultas en el tiempo, que me han permitido darme libertad para interrogarme ahora como hombre, profesional y como padre, constituyéndose de esa forma en la raíz de una parte de mi trabajo de tesis doctoral. El formarme y dedicarme como enfermero neonatal, además de la experiencia de ser padre de un hijo con Síndrome de Down, me ha posibilitado brindar apoyo a familias de recién nacidos con diagnóstico de Síndrome de Down, a través de mi propia experiencia. En esta narración dejo ver, las posibles interacciones que pueden surgir entre una familia y los profesionales en salud ante una situación difícil.

Palabras clave: Síndrome de Down; autoetnografía; enfermería neonatal; familia; investigación cualitativa

RESUMO

Tomando como ponto de partida a minha experiência pessoal e profissional, no âmbito da escrita e da análise autoetnográfica que desenvolvi, como objecto de estudo da minha tese de doutoramento. Eu compilei algumas situações vividas relevantes que estiveram lá. Algumas delas, óbvias e outras escondidas no tempo, que me permitiram agora libertar-me para questionar-me como homem, como profissional e como pai, tornando-se assim a raiz de uma parte do meu trabalho de tese de doutoramento. A formação e dedicação como enfermeira neonatal, além da experiência de ser pai de uma criança com Síndrome de Down, me possibilitou dar suporte às famílias de recém-nascidos diagnosticados com Síndrome de Down, por meio de minha própria experiência. Nesta narração mostro as possíveis interações que podem surgir entre uma família e profissionais de saúde em situação difícil.

Palavras-chave: Síndrome de Down; autoetnografia; enfermagem neonatal; família; pesquisa qualitativa

INTRODUCCIÓN

Como una manera de introducción, en este desafío que ha sido para mí, y además atreviéndome a utilizar un diseño metodológico diferente y que para algunos, quizá sea nuevo, declaro que esta autoetnografía tiene un componente evocativo-analítico y situacional tal como lo señala Antonucci (Antonucci, 2018). Dado que surge de un ejercicio narrativo a partir de dos momentos concretos pero entrelazados -ser enfermero y ser padre de un hijo con Síndrome de Down-. Paraphraseando un poco a Siles: el uso de las narrativas como otra posibilidad metodológica para humanizar los cuidados en la práctica de enfermería, involucra una apertura epistémica en el sujeto que cuida (Siles, 2018). Utilizaré la narración en capas para mostrar de forma combinada la evocación en la narración y el análisis de la misma. La narración en capas es una técnica de relato etnográfico que plasma de manera simultánea, un método y una teoría, permitiéndole a los etnógrafos salir de los formatos de escritura convencional y ampliar los tipos

de conocimientos que ellos se autorizan a expresar (Ronai & Cross, 1998). Este tipo de narración le permite al que la lee, no solo leerse sino construir una interpretación de la narrativa del que escribe. Es decir, los lectores reconstruyen el sujeto, proyectan más de sí mismo en él, sacando del texto más provecho, nutriendo los diversos puntos de vista que se presentan al lector como representaciones de experiencias vividas (Ronai & Cross, 1998). La narración de capas, entonces, es mi vector en esta autoetnografía.

DESARROLLO DEL TEMA AUTOETNOGRÁFICO

Un día salimos con mi esposa a una ecografía de control a la semana 20 de gestación sin saber lo que nos esperaba. Ese día el Dr. que le hizo la ecografía fue muy amable al trato. Sin embargo, los 35 minutos que duró el procedimiento estuvo cargado de mucha incertidumbre y a la vez de anulación específicamente hacia mí, en las palabras, gestos y miradas que el expresaba. Por un lado, todo su discurso estuvo basado repitiendo una y otra vez que todo se veía súper bien, todo lo veo normal. Sin embargo, dijo él, hay algo ahí que me parece raro, seguramente no es nada. Volvía nuevamente a revisar y seguía repitiendo: todo me parece normal, solo que hay algo que...en un silencio de casi 8 minutos. En donde, veíamos su preocupación genuina por lo que podía estar viendo e interpretando su lectura en esa pantalla del monitor. Pero su preocupación no sería mayor a la de ella y a la mía. Nos mirábamos constantemente con mi esposa, ella fruncía su seño y yo le veía su rostro lleno de angustia. Yo, no inmutaba palabra alguna. De hecho, me sentí ignorado, pues él nunca se dirigió a mí. Siempre estuvo conversando con ella, el tiempo que duro el procedimiento. Insistía en que no había que preocuparnos y volvió a quedar en silencio...volvía con el transductor lo limpiaba, acomodaba a mi esposa. Finalmente, después de tanta perplejidad, sentimos que llamó con su voz a su secretaria, que estaba en el cuarto de al lado, para que se comunicara urgente con otros dos doctores, seguramente estaban por ahí cerca, para que vinieran a dar un vistazo. En ese momento, supimos que algo no cuadraba. Los doctores nunca le contestaron, eso creemos. Así pues, termino la ecografía y lo que se nos expreso es que todo se ve normal, está bien, pero dijo: se ve como una especie de lunar en la espalda, no creo que sea de la columna, refirió el profesional. Sería bueno que nos viéramos en un control en 15 días. Por Dios, 15 días, quien iba a esperar 15 días de angustia y desasosiego. De esa manera, cada uno de los dos, salimos de allí, directo a nuestros turnos en el hospital esa noche.

Al día siguiente, yo había conseguido de manera particular una cita con un perinatólogo, que un amigo me había recomendado esa noche en el turno. Fuimos temprano con mi esposa.

Sin saber lo que nos esperaba; pues, lo que él nos iba a decir, tendría que ver con la presencia de varios problemas. Por supuesto, con mi esposa no cruzamos palabras a la salida de esa ecografía, solo esperamos a que llegara en la tarde del colegio, nuestra primera hija de 12 años, para abrazarla. No obstante, ya habíamos buscado otra tercera opinión, es decir, otra ecografía en donde se descartaban los anteriores hallazgos, pero aparecían otros más graves. Así fue como en el desespero, le dije a mi esposa, busquemos a ese Doctor serio y mal humorado que habíamos conocido hace 12 años atrás en la Clínica del seguro social cuando nació nuestra hija.

Fue difícil acceder a una cita con él, en su consultorio privado de una de las más prestigiosas clínicas en Cali, mi ciudad, pero finalmente lo logramos. Cuando entramos nos atendió con el mismo semblante parco y mirada fría, con la que lo habíamos grabado los dos, en nuestra memoria, hace más de 10 años. En la sala de espera, vimos muchas mujeres que aguardaban ser atendidas por él. Cuando entramos al consultorio, le contamos nuestra historia. Nos escuchó en silencio, sin interrumpirnos y con profunda concentración. Como si lo hubiéramos conmovido, a tal grado, como si el silencio, guardara silencio con lo que le estábamos relatando, Luego, converso con los dos, inicialmente desde lo científico, pero para sorpresa de nosotros fue una conversación que él la dirigió, más desde lo humano. Pues, ese doctor, también era esposo, padre y comprendía nuestro sentir, así nos lo hizo saber. Acto seguido, hizo un examen clínico riguroso, con mucha propiedad, era sin duda alguna, saber que estábamos al frente de un profesional en la medicina ginecológica y perinatal de altura. Nos contó lo que él pensaba, y lo que veía en la ecografía que en ese momento le hizo a mi esposa. Había descartado todos los hallazgos de las ecografías anteriores, que semanas atrás le hicieron a ella. Vio algo diferente en la región de la nuca. A ella y a mí, ya nos habían sugerido, en la anterior ecografía acerca de la posibilidad de realizar una amniocentesis. En su momento, ella fue contundente en su respuesta negativa, de no quererse hacer la ecografía, lo hizo de manera radical como de costumbre lo hace. Por su formación, ella sabía que existía un riesgo alto de pérdida del feto y de riesgo para los dos, por lo avanzado en las semanas de gestación que tenía. La gestación estaba alrededor de finalizar el segundo trimestre del embarazo, lo que hacía que ese procedimiento invasivo, fuera más delicado aún de lo que es. Yo, respete su decisión, finalmente era su cuerpo y sobre su cuerpo, al cual se iba a intervenir e invadir.

La imagen corporal de una mujer es una representación de su cuerpo que comprende sus actitudes y autopercepciones, influenciadas social y culturalmente (Hodgkinson et al., 2014), estas actitudes y autopercepciones pueden verse afectadas por los cambios físicos durante el embarazo y el posparto. Los avances en los derechos reproductivos de la mujer han coincidido

con el aumento de las expectativas de que las mujeres asuman la responsabilidad de sus cuerpos, especialmente durante el embarazo y la maternidad (Neiterman & Fox, 2017). Sin embargo, las palabras del doctor y lo que sentíamos allí, hicieron que ella, aceptara el procedimiento. No fue de manera coercitiva, ella entendió y yo, a la vez, de que la decisión de la amniocentesis era importante para los dos en ese momento. Ese mismo día hicimos la amniocentesis.

Los días posteriores fueron largos, pensábamos tantas cosas. El grado de incertidumbre acerca de nuestro hijo era cada vez mayor, ya sabíamos que era un varón. Su nombre se lo habíamos escogido entre los dos, antes que naciera. A mi esposa, le gusto el nombre Gabriel. A mí también, sobre todo porque así se llamaba mi abuelo paterno de quien tengo muy buenos recuerdos. Mi papá tenía un segundo nombre y ese era Gabriel. Pero a él todo el mundo lo llamaba por su primer nombre.

Cuando me encontraba en la casa después de los turnos en la UCI neonatal, supuestamente para descansar, yo, daba vueltas en la cama, tratando de ignorar lo que nos estaba pasando, como haciendo a un lado, la situación, como acomodando mis pensamientos, como si fuera una figura o una forma que estuviera organizando en mi mente, con el fin de darle un sentido a lo que estaba experimentando y, así, poder ajustar para continuar en mi rutina en el trabajo alternándome entre los turnos del hospital y las clases de la universidad como profesor contratista en el posgrado de enfermería neonatal y el pregrado. Pero para agregarle un condimento más a este asunto, como si algo se estuviera cocinando; yo, al mismo tiempo, me encontraba inmerso en un proceso de convocatoria docente de tiempo completo, en la escuela de enfermería de la universidad. Estaba metido en un concurso docente para acceder a un cupo; proceso desgastante desde lo administrativo, académico y emocional; es decir, venía arrastrando una carga por esos días, que solamente yo, sentía y que tenía claro que lo había asumido por decisión propia. Por otro lado, mi esposa, quien continuaba trabajando en alternancia, con una que otra incapacidad, estaría en la misma situación que yo, pero a diferencia mía, ella sufría mucho más, porque no solamente era ella, sino eran los dos. Recuerdo que lloraba mucho en su soledad.

En ese sentido, la sensación de seguridad es una parte fundamental en la vida de una persona. La seguridad es una necesidad requerida por todos los seres humanos desde el comienzo de la humanidad, impactando casi todos los aspectos de la vida humana y, por tanto, se considera como un asunto antropológico (Anton, 2013). En la transición a la maternidad y paternidad, los futuros padres están expuestos a cambios personales, familiares y sociales (Levy-Shiff, 1994), que tienen implicaciones importantes para la relación de pareja, la relación padre-

hijo; donde, la reorganización y preparación de las nuevas condiciones de vida y los nuevos roles sociales pueden ir acompañados de incertidumbres, inseguridades y ansiedades (Hui Choi et al., 2012; Werner-Bierwisch et al., 2018). Existe una relación entre la sensación de seguridad y el apoyo brindado por los profesionales de salud de la mujer durante el parto. A través de una comunicación dirigida y asesoramiento, los profesionales en salud deben determinar qué mujeres y sus parejas necesitan sentirse seguras durante el embarazo, parto y puerperio (Werner-Bierwisch et al., 2018).

Días después, habíamos decidido enviar a nuestra hija a donde la abuela. En esos momentos, queríamos estar solos. No aspirábamos que nuestra hija nos viera preocupados, ni mucho menos que se preocupara. Ella, continuó sus actividades escolares y lúdicas, todo el día en compañía de mi suegra. Por otro lado, mis turnos en el hospital seguían. Por esos mismos días, tuve un turno nocturno en la unidad de cuidado intensivo neonatal. Me habían asignado cuatro bebés críticos en una de las salas. Recuerdo que en ese turno tuve una imagen fija toda la noche, especialmente en uno de ellos. Su diagnóstico, era un recién prematuro con síndrome de bandas amnióticas. Un hallazgo que a mi esposa y a mí, ya nos habían comentado en una de las tantas ecografías de IV nivel realizadas previamente. Recuerdo, que ese bebé que cuidaba yo, presentaba las lesiones producto de la constricción de las bandas en la región craneo facial. El síndrome de bandas amnióticas se da cuando fibras del saco amniótico se desprenden y se enredan alrededor del cuerpo del bebé dentro del útero, provocando entre otras cosas amputaciones y deformidades en el cuerpo a causa de la contracción crónica de la banda. Esa semiamputación de la cara del bebé, que mis ojos observaban esa noche de manera desfigurada y aterradora, y que me imaginaba una y otra vez; esa misma imagen, me escolto durante esas 12 horas de turno. La tuve presente con mi hijo, que aún no había nacido y que me conjeturaba, ahí repitiendo esa escena. Me preguntaba varias veces: ¿si así, iba a nacer mi hijo? Sabiendo que en la última ecografía se había descartado esta posibilidad. Pero existía una ventana de incertidumbre dentro de mí. Por supuesto, nunca se lo conté a ella. Dos compañeras de mi entera confianza sabían el camino que veníamos recorriendo por esos días como pareja. Yo había sido muy reservado en el tema del embarazo en mi trabajo y, con mi familia. Así que, opte del mismo modo, como lo venía realizando, semanas atrás para que no me vieran llorar, mientras trabajaba cuidando bebés ajenos; y era, colocarme un gorro quirúrgico y un tapaboca permanentemente durante todo el turno. Lo justificaba, diciéndole al que me lo preguntará, que era para apaciguar el frío en la cabeza y la cara, producto del aire acondicionado que hay en las unidades de cuidado intensivo neonatal. Pero sin saber ellas y ellos, que mi pretensión estaba en disimular las lágrimas pesadas que caían sobre mis mejillas, y estas eran absorbidas por los tapabocas, porque

fueron varios tapabocas, tratando de desaparecer o encubrir, cualquier rastro de lo que me estaba pasando. No quería que nadie me preguntara nada.

El 19 de marzo del año 2010 como a eso de medio día. Rememoro ese día, como si hubiera sido ahora. Como si lo que fuera a describir en este momento, me hubiera pasado hace un instante. ¿Cómo llegar a olvidar esos momentos? En la sala de partos de una clínica la gente corría, pero en aquella habitación solamente se encontraban cinco personas y un bebe. Ella, se encontraba acostada en una camilla llorando, como si estuviera llorando su propia muerte. Al lado de ella, la enfermera y la ginecóloga. Al otro lado, en una mesa de calor radiante reposaba el cuerpo de él. Estábamos a su lado, la pediatra y yo.

Recuerdo que había un silencio fúnebre, sabíamos que médicos y enfermeras nos miraban y hablaban en voz baja. Podría asegurar, sin temor a equivocarme hoy, que aquellas miradas que veían mis ojos en los rostros y en los movimientos de los cuerpos de esas personas que nos asistían en esa sala, eran unas miradas de impresión y de dolor ajeno, al mismo tiempo. Unas miradas que seguramente las hubiera tenido yo, si estuviera en el lugar de ellos. Es decir, esas personas estaban sintiendo en su piel, lo que ella y yo, estábamos experimentando. Observe, una mirada de respeto hacia una pareja que se estaba hundiendo y a la cual, el tiempo se les estaba acabando lentamente, como si fuera un reloj de arena. Una familia que se había clavado el puñal en lo más profundo de su corazón, pero que, sin saberlo, el resultado de toda esa demencia, sería a futuro, uno de los regalos de la vida más sublimes que habrían recibido esa pareja [ella y yo].

No sabría asegurar, quienes, en ese lugar, estaban más confundidos. ¿Si ellos? o nosotros? A lo mejor una hora atrás de la llegada a esa sala. Yo me había comunicado desde mi celular con la neonatóloga de esa unidad neonatal, con quien compartíamos un lazo de amistad y, a quien le comenté acongojadamente lo que había pasado. Le comenté directa y abiertamente, dentro de un marco de desesperación personal y como pareja, en el que la situación estaba incrustada, mencioné, sin reparo a cualquier reproche moral y ético que ella me hubiera podido haber hecho, lo que había sucedido. Nos estábamos hundiendo, y aclamábamos la ayuda. Le conté todo; es decir, lo que pensamos, cómo actuamos y finalmente lo que hicimos: querer quitarle la vida a nuestro hijo. Después de haber recibido el diagnóstico del cariotipo, donde se confirmaba la trisomía 21. Pasaron alrededor de dos semanas, en donde, estábamos enfrentados a una realidad que quisimos desconocer o mejor que esperábamos no fuera cierta. Sin reparo, y colocándose ella en nuestros zapatos, me dijo: que nos estarían esperando en urgencias para subir luego a partos.

Dos semanas atrás, de locura literalmente vividas, no sé cómo trabajé, no sé cómo cuide o intente cuidar a otros bebés, no sé cómo viví esos días. No tengo conciencia clara de eso, seguramente fue algo mecánico, no lo sé. Mi esposa, ya se encontraba en incapacidad otra vez. Esa última semana, yo había cuadrado unos turnos. En casa, los dos solos, encontrándonos en un estado emocional tan difícil de describir ahora. Tomamos la decisión de abortar a nuestro segundo hijo. A pesar de que el cariotipo ya había confirmado la trisomía 21 pura. Aun seguíamos con la incertidumbre por todo el itinerario que llevábamos hasta el momento. Por todos los diagnósticos prenatales que nos habían informado en las anteriores consultas y reportes de ecografías, con los que iba a nacer supuestamente nuestro hijo. En otras palabras, las múltiples malformaciones como calcificaciones cardíacas, calcificaciones hepáticas, bandas amnióticas, posible disrafismo espinal, entre otros, de tantos que nos dijeron en las ecografías. Ella y yo, ambos del sector salud, lo habíamos hecho..... Justificándonos a nosotros mismos en nuestra propia miseria, pensando que le íbamos a dejar a nuestra hija un problema y que íbamos a terminar mal.

En uno de los cuartos de la casa improvisamos, como una especie de sala de partos, el gancho de ropa nos sirvió de atril, recuerdo que me fue difícil canalizarla para colocarle la solución salina y el antibiótico, además de haber iniciado el fármaco que aceleraría el proceso, yo controlaba, como si estuviera en una unidad de cuidados intensivos, sus signos vitales cada hora, con el saturador de oxígeno, el tensiómetro, el fonendoscopio y un termómetro, además del registro que llevaba en una libreta. Pasaron dos días, allí en la casa, enterrándonos cada vez más y más. Solamente, decidimos un día después de iniciar, llamar a una persona para contarle lo que nos estaba pasando, era la única amiga que le he conocido a mi esposa, quien además es médica y compañera de trabajo de ella, estuvo al tanto de nosotros vía telefónica. La situación se enmarañó, ella había tolerado el dolor, pero el sangrado había aumentado y la presión arterial había caído bastante, lucía muy pálida. Yo la veía mal, todo se nos había salido del control, de hecho, nunca tuvimos el control. Nosotros, vivíamos en el sur de la ciudad y la clínica donde nos esperaban, estaba al norte a unos 13 kilómetros aproximadamente. La baja del segundo piso prácticamente cargada envuelta en una cobija oscura, para disimular el color de la sangre y a la vez su palidez. La metí acostada como pude en la parte trasera del carro. Me aseguré de que el acceso venoso que le había canalizado 2 días atrás estuviera permeable y goteando con la bolsa de solución salina de 1000 ml. que le había instalado. El saturador de oxígeno se lo volví a colocar en el dedo de la mano para monitorizarla, junto con la presión arterial como lo había hecho días atrás. Pero el dolor que ella tenía en su cuerpo y en su corazón, más la angustia de la situación, hizo que lo tirara al suelo. No sé, realmente cuanto tiempo gasté en llegar a la clínica,

pero lo qué, si fue seguro ese día, es que el tráfico estaba congestionado, y me dediqué a pitar todo el camino, llevando encendidas las luces altas y estacionarias para que los otros vehículos me abrieran paso, junto con un trapo blanco que sacaba de vez en cuando por ventana del carro, se estaba acercando ya el medio día.

Llegado el medio día de ese 19 de marzo, Gabriel había ya nacido. En una mesa de calor radiante él y yo. Al mirarlo, vi en sus ojos tan pequeños tanta fragilidad y ternura. Había llegado al mundo con 26 semanas de gestación y un peso 1100 gramos. Venía ya cianótico, lucía muy mal, se quejaba mucho, como si se estuviera muriendo, de hecho, ¡se estaba muriendo! y yo, ahí inmóvil. Inmóvil, confundido con la vida y conmigo mismo, arrodillado ante Dios y ante él, pidiéndole perdón por todo lo que estaba pasando allí y por lo que había pasado en días anteriores. Al otro lado del cuarto, mi esposa con su rostro decaído viendo la escena y el resto del equipo de salud viendo lo que acontecía. Recuerdo, la mano suave y delicada de aquella enfermera que reposo sobre mi hombro ese día. Me sentía que no estaba solo, y que alguien sin importar lo que pensará, estaba ahí, no solo fue su energía, si no las palabras tan poderosas que de ella brotaron, se incrustaron en mí, diciéndome tras verme llorar, “¿La pregunta no es por qué?, si no para qué?” fue como una pequeña luz en medio del camino, luego ella me dijo: “deben tener mucha fuerza y pídanle a Dios que los ilumine”. Sin embargo, yo en ese momento, aún no comprendía todo lo que nos estaba pasando, además porque esas mismas palabras yo las utilizaba en situaciones críticas con las familias. En situaciones cuando se está, por ejemplo, al cuidado al final de la vida o cuando en ocasiones los diagnósticos son complicados y la familia tiene que hacer ajustes para el cuidado posterior en casa. Algunas de estas palabras y discursos son incorporado y aprendidos a través de la experiencia en las unidades neonatales, tras ver las múltiples situaciones que experimentan las familias.

Ante un evento entorno a la salud de una persona, la autopercepción de algún cambio en la experiencia corporal y anímica irrumpe en el acontecer diario de las mismas (Olmos, 2018). En el proceso de una gestación, parto y puerperio la comunicación adquiere no solo un valor en el orden social, sino también un valor terapéutico. La calidad de la atención afectiva entre los miembros del equipo de salud y la mujer puede influir sobre su salud (Peñalver & Borges, 2018). Por esa razón, existe una necesidad ante la presencia de eventos en salud, como el nacimiento de un hijo, con una necesidad especial o en condiciones difíciles, que el personal sanitario tenga una capacitación en procesos comunicativos. Los sistemas médicos desde las ciencias sociales, son representaciones y prácticas socialmente construidas sobre asuntos alrededor de la salud, anclados a relaciones personales e institucionales que lo constituyen. Estos engloban

representaciones; dinámicas de roles entre terapeutas y pacientes (Garro, 2002). En ese mismo sentido, Las enfermeras tienen responsabilidades clínicas con pacientes y familiares que requieren fuertes habilidades comunicativas y terapéuticas en su práctica (Anderson et al., 2017; Buller et al., 2019).

Yo me sentía como si hubiera comprado un boleto de viaje con destino desconocido y sin retorno, recuerdo que la enfermera, además me dijo: “*que lo tocará y que llorará todo lo que tuviera que llorar*”. La mire a sus ojos, y me preguntaba dentro de mí, ¿pero si esto es lo que yo hago con las familias, no entiendo por qué no lo tuve lo claro? Por supuesto, una cosa es mirar en retrospectiva lo sucedido en la historia y ver los errores de la misma y, otra completamente diferente, es vivirla en el preciso momento en el que sucedieron las cosas. Además, llegar a ser uno, el sujeto que cuida a pasar hacer ser un sujeto que necesita cuidado, es diferente. Aquí no importa si los marcos conceptuales disciplinares con los que nos hemos desarrollado establezcan formas ideales de comportamiento o mejor aún, moralmente y socialmente aceptadas. Con esto no pretendo establecer una justificación racional de lo sucedido, ni tampoco pretender una aceptación de un comportamiento en ultimas lesivo y poco moral. Lo que pretendo aquí señalar, es que ante todo somos seres humanos con debilidades, aciertos, desaciertos y en aprendizaje constante. En palabras de Carr, la coherencia parece ser una necesidad que se nos impone, lo busquemos o no. Pero el sentido de coherencia que precisamos no es inherente a los eventos mismos. La coherencia es un logro, no algo dado. Éste es el trabajo de la narración de sí: para integrar una vida que parece desbaratarse; para contar y “restaurar” los eventos de la propia vida. En ciertos momentos de la vida, estos desafíos narrativos pueden ser una verdadera lucha y no siempre ganada (Bochner, 1997).

Tome mi dedo índice, como muchas veces lo hacía con los bebes enfermos críticamente para conectarme y que sintieran que alguien estaba allí. Según Boykin y Schoenhoffer, la noción de situación de enfermería es fuente y contexto de conocimiento para la enfermera. Las situaciones de enfermería son interacciones entre sujetos del cuidado y la enfermera, cuyo resultado es el crecimiento de las partes que interactúan en la situación (Boykin & Schoenhoffer, 2015). Es una experiencia de vida compartida en la cual la enfermera se une al proceso de vida de la persona cuidada e igualmente trae su proceso de vida a esta relación (Gómez & Gutiérrez, 2011). En este sentido, el acto de conectarse tanto física como emocionalmente con el otro, a través, de la práctica de enfermería dentro de un contexto de cuidado de persona a persona; donde, el cuidar es la presencia intencional y auténtica de la enfermera con otra persona (Mudd et al., 2020), lo que lleva a un conocimiento de enfermería que es creado y entendido dentro de

la situación de enfermería a partir de narraciones que dan sentido a lo vivido intersubjetivamente en un proceso de práctica reflexiva que guía a las enfermeras a mejorar las intervenciones futuras a través de la comprensión de las acciones y procesos inherentes a las historias narrativas (Fitzpatrick, 2017, 2018; Wang & Geale, 2015).

Al colocar mi dedo sobre la palma de Gabriel, la reacción de su mano fue, como la que había experimentado ya con otros bebés anteriormente. Cerro su mano y dentro de ella quedo mi dedo, sentí que lo apretó, como si me estuviera comunicando que no lo soltará. Eso fue lo que sentí, no puedo esconder las lágrimas que tengo en este momento, al revivir la escena, en estas palabras que trato de escribir; de hecho, muchas veces lo he expresado verbalmente en diferentes escenarios, sin llantos, pero ahora escribiéndolo, deteniéndome, devolviéndome y regresando una y otra vez, se experimentan distintas sensaciones que oscilan entre el dolor y la alegría..... Sentí en ese momento como si me desgarrara mi cuerpo. Pasaron unos pocos minutos cuando de manera abrupta, con paso rápido y fuerte, había llegado a esa sala, otro pediatra uniformado quirúrgicamente. Todos estaban así vestidos. Ingreso con una incubadora de transporte, y se llevó presurosamente a nuestro hijo a la unidad de cuidado intensivo neonatal, sin decirnos nada, solo que, se lo llevaba. Experimentamos así, una agonía mayor. La confusión se nos había aumentado y, la culpabilidad que sentíamos nosotros. Ahora, no solo pensábamos en el berenjenal que se causó con la decisión que tomamos, y que iba a tener un desenlace en la vida de muchos; sobre todo en la de vida de Gabriel, en la vida que habíamos tratado de silenciar. Pues ahora, era el sufrimiento fetal, un parto prematuro y una asfixia en un cuerpo con diagnóstico de Síndrome de Down lo que habíamos causado, sino que, además, era sentirnos victimarios y víctimas de nosotros mismos.

El embarazo no planeado y el aborto son experiencias compartidas por personas en todo el mundo, y ocurren independientemente del nivel de ingresos del país, de la región o del estatus legal del aborto. Según estadísticas de Guttmacher Institute, aproximadamente 121 millones de embarazos no planeados ocurrieron cada año entre 2015 y 2019 en el mundo, de estos embarazos no planeados, el 61% terminó en aborto, lo que se traduce en 73 millones de abortos por año (Guttmacher Institute, 2020). Las decisiones de los padres con respecto a un aborto por discapacidad se basan en razones que tienen múltiples dimensiones. Choi et al. (2012) identifican dos conjuntos de consideraciones que influyen en la elección de los padres tras el diagnóstico prenatal: factores demográficos (edad materna, edad gestacional, aborto previo) y factores psicosociales (la percepción de la calidad de vida del niño, carga percibida del cuidado para el niño, las actitudes hacia las personas con discapacidad, apoyo de otros). El segundo

conjunto de variables es fuertemente afectado por las creencias de los padres y por la información que buscan personalmente o se la que les han proporcionado profesionalmente (Choi et al., 2012).

Ahora bien, en el caso de nosotros y, dejando claro que no existe una justificación para silenciarle la vida a un hijo, ni a nadie. Más allá de las fallas de virtud moral, que el aborto por discapacidad a menudo implica. Tal como lo señala Gould (2018), en el aborto por discapacidad, además, de la presencia de fallas morales, existen la fallas de virtud epistémica por parte de los padres; es decir, y en palabras de Gould: los padres creen algo falso, o al menos impugnado, sobre la vida con discapacidad intelectual, y lo hacen porque no son epistémicamente concienzudos (Gould, 2019). Aquí hay un elemento importante que señalar, y es qué, uno de padre y regresando nuevamente a lo que vivíamos, como madre y padre de Gabriel, no solo el intentarlo silenciar como sujeto con Síndrome de Down, sino que nuestros propios temores, incertidumbres, prejuicios y creencias entorno a la discapacidad intelectual nos estaba llevando a silenciarlo a futuro, pues llegamos a pensar incluso si el llegaría a ser feliz o no. Ni siquiera le habíamos dado la oportunidad de preguntarle *a posteriori*. Solo podemos escuchar la forma en que [ellos] evalúan la felicidad de sus vidas desde su punto de vista. Frank Stephens, un joven hombre con síndrome de Down, testificó en Capitol Hill: “*Vale la pena vivir mi vida*” (Friedersdorf, 2017). El 99 % de las personas con Síndrome de Down están contentas con su vida (Skotko et al., 2011).



Foto de Gabriel, el día que se le pudo quitar la ventilación mecánica. Archivo personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Anderson, W. G., Puntillo, K., Cimino, J., Noort, J., Pearson, D., Boyle, D., Grywalski, M., Meyer, J., O'Neil-Page, E., Cain, J., Herman, H., Barbour, S., Turner, K., Moore, E., Liao, S., Ferrell, B., Mitchell, W., Edmonds, K., Fairman, N., ... Pantilat, S. Z. (2017). Palliative Care Professional Development for Critical Care Nurses: A Multicenter Program. *American Journal of Critical Care: An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 26(5), 361-371. <https://doi.org/10.4037/ajcc2017336>
- Anton, F. (2013). Aproximación antropológica a la seguridad en las sociedades complejas. *Universitas*, XI(19), 73-100.
- Antonucci, M. (2018). *Cuerpos Liminales: La incertidumbre del médico y del paciente en los casos pre-diagnósticos de esclerosis múltiple* [Universitat de Barcelona]. file:///C:/Users/HP450-%20PC/Desktop/autoetnografia%20enfermedad/2018%20Manuela_Antonucci.pdf
- 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>
- Boykin, A., & Schoenhoffer, S. (Eds.). (2015). Theory of nursing as caring. En *Nursing theories & nursing practice* (Fourth edition, pp. 341-356). F.A. Davis Company.
- Buller, H., Virani, R., Malloy, P., & Paice, J. (2019). End-of-Life Nursing and Education Consortium Communication Curriculum for Nurses. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 21(2), E5-E12. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000540>
- Choi, H., Van Riper, M., & Thoyre, S. (2012). Decision Making Following a Prenatal Diagnosis of Down Syndrome: An Integrative Review. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 57(2), 156-164. <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2011.00109.x>
- Fitzpatrick, J. J. (2017). Narrative Nursing: Applications in Practice, Education, and Research. *Applied Nursing Research*, 37, 67. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.08.005>
- Fitzpatrick, J. J. (2018). Teaching Through Storytelling: Narrative Nursing. *Nursing Education Perspectives*, 39(2), 60-60. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000298>
- Friedersdorf, C. (2017, octubre 30). «I Am a Man With Down Syndrome and My Life Is Worth Living». The Atlantic. <https://www.theatlantic.com/politics/archive/2017/10/i-am-a-man-with-down-syndrome-and-my-life-is-worth-living/544325/>
- Garro, L. C. (2002). Hallowell's challenge: Explanations of illness and cross-cultural research. *Anthropological Theory*, 2(1), 77-97. <https://doi.org/10.1177/1463499602002001289>
- Gómez, O., & Gutiérrez. (2011). *La situación de enfermería: Fuente y contexto del conocimiento de enfermería: la narrativa como medio para comunicarla*. Universidad Nacional de Colombia.

- Gould, J. B. (2019). Epistemic Virtue, Prospective Parents and Disability Abortion. *Journal of Bioethical Inquiry*, 16(3), 389-404. <https://doi.org/10.1007/s11673-019-09933-1>
- *Guttmacher Institute*. (2020, mayo 28). Embarazo No Planeado y Aborto a Nivel Mundial. <https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/aborto-inducido-nivel-mundial>
- Hodgkinson, E. L., Smith, D. M., & Wittkowski, A. (2014). Women's experiences of their pregnancy and postpartum body image: A systematic review and meta-synthesis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-330>
- Hui Choi, W. H., Lee, G. L., Chan, C. H. Y., Cheung, R. Y. H., Lee, I. L. Y., & Chan, C. L. W. (2012). The relationships of social support, uncertainty, self-efficacy, and commitment to prenatal psychosocial adaptation: *Prenatal psychosocial adaptation*. *Journal of Advanced Nursing*, 68(12), 2633-2645. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05962.x>
- Levy-Shiff, R. (1994). Individual and contextual correlates of marital change across the transition to parenthood. *Developmental Psychology*, 30(4), 591-601. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.30.4.591>
- Mudd, A., Feo, R., Conroy, T., & Kitson, A. (2020). Where and how does fundamental care fit within seminal nursing theories: A narrative review and synthesis of key nursing concepts. *Journal of Clinical Nursing*, 29, 3652-3666. <https://doi.org/10.1111/jocn.15420>
- Neiterman, E., & Fox, B. (2017). Controlling the unruly maternal body: Losing and gaining control over the body during pregnancy and the postpartum period. *Social Science & Medicine*, 174, 142-148. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.12.029>
- Olmos, A. (2018). Entre médicos y sanadores: Gestionando sentidos y prácticas sobre el proceso de salud-enfermedad-atención en un movimiento carismático católico argentino. *Salud Colectiva*, 14(2), 225. <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1530>
- Peñalver, A., & Borges, L. (2018). La comunicación, componente humanizador en el proceso del parto. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 23(1), 3-4.
- Ronai, C. R., & Cross, R. (1998). Dancing with identity: Narrative resistance strategies of male and female stripteasers. *Deviant Behavior*, 19(2), 99-119. <https://doi.org/10.1080/01639625.1998.9968078>
- Siles, J. (2018). La humanización del cuidado a través de las narrativas y la poesía como producto de la investigación aplicada. *Cultura de los Cuidados*, 22(52), 9-15. <https://doi.org/10.14198/cuid.2018.52.01>
- Skotko, B. G., Levine, S. P., & Goldstein, R. (2011). Having a brother or sister with Down syndrome: Perspectives from siblings. *American Journal of Medical Genetics Part A*, 155(10), 2348-2359. <https://doi.org/10.1002/ajmg.a.34228>

- Wang, C. C., & Geale, S. K. (2015). The power of story: Narrative inquiry as a methodology in nursing research. *International Journal of Nursing Sciences*, 2(2), 195-198. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2015.04.014>
- Werner-Bierwisch, T., Pinkert, C., Niessen, K., Metzinger, S., & Hellmers, C. (2018). Mothers' and fathers' sense of security in the context of pregnancy, childbirth and the postnatal period: An integrative literature review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 473. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2096-3>.

Percepción de la población sobre el derrame de petróleo en la Refinería la Pampilla en las costas del litoral marino, Perú

Public perception of the oil spill at the La Pampilla Refinery in the marine coast of Peru
Percepção da população sobre o derramamento de petróleo na Refinaria *La Pampilla* nas costas do litoral marinho, Peru

Víctor Pulido Capurro¹, Edith Olivera Carhuaz², César Arana Bustamante³, Juan Carlos Riveros Salcedo⁴, Fortunato Escobar Mamani⁵

¹Doctor en Ciencias Biológicas, Investigador de la Escuela de Medicina Humana, Universidad Privada San Juan Bautista, Lima, Perú. Correo electrónico: victor.pulido@upsjb.edu.pe Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9238-5387>.

²Doctor en Educación, Investigador de la Escuela de Medicina Humana, Universidad Privada San Juan Bautista, Lima, Perú. Correo electrónico: edith.olivera@upsjb.edu.pe Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7400-8625>.

³Magister en Botánica Tropical con mención en Taxonomía y Sistemática Evolutiva, Investigador del Museo de Historia Natural, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Correo electrónico: caranab@unmsm.edu.pe Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7566-5205>

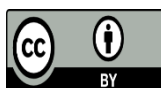
⁴Biólogo, Director Científico de Oceana, Lima, Perú. Correo electrónico: jcriveros@oceana.org Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4051-181X>.

⁵Doctor en Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente, docente de la Facultad de Ingeniería Económica, Universidad Nacional del Altiplano, Puno, Perú. Correo electrónico: fescobar@unap.edu.pe Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3922-4621>.

Cómo citar este artículo en edición digital: Pulido, V., Olivera-Carhuaz, E., Arana, C., Riveros, J., & Escobar-Mamani, F. (2022). Percepción de la población sobre el derrame de petróleo en la Refinería la Pampilla en las costas del litoral marino, Perú. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 26(63). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2022.63.13>

Correo electrónico de contacto: victor.pulido@upsjb.edu.pe
Correspondencia: Víctor Pulido. Urbanización Santa Patricia Segunda etapa Mz C, Lote 1 (Esquina Loreto y Ucayali), La Molina, Lima, Perú

Recibido: 30/12/2021 Aceptado: 18/02/2022



ABSTRACT

The oil spill at the La Pampilla refinery, managed by REPSOL, will have strong environmental impacts on the Peruvian coast, damaging marine life and other biological elements. This study seeks to analyze the population's perception of the oil spill at the La Pampilla Refinery through a non-experimental quantitative-descriptive method. The people who participated in the survey, composed of 7 items, amounted to 1554 individuals, considering it a representative sample for the study's purpose. The

results show that more than 90% of the population identifies REPSOL as responsible for the oil spill. In addition, they consider that this environmental disaster will have severe consequences for the environment, causing the disappearance of some marine species. Likewise, they conclude that the contamination will take between two to five years to be eradicated due to the toxic components of the hydrocarbon.

Keywords: Oil spill, La Pampilla refinery, Pollution, Coastline, Hydrocarbons

RESUMEN

El derrame ocurrido, en la refinería La Pampilla, administradas por la empresa REPSOL, dejará fuertes impactos ambientales en la costa peruana, dañando la vida marina y otros componentes bióticos. El estudio analiza la percepción de la población sobre el derrame de petróleo en la Refinería La Pampilla a través de un método de tipo cuantitativo-descriptivo no experimental. La población que participó en la encuesta, compuesta por 7 ítems, ascendió a un total de 1554 personas, considerándose una muestra representativa para el objeto del estudio. Los resultados muestran que la población identifica como responsable del derrame petrolero a la empresa REPSOL, con más 90%. Consideran que este desastre ambiental acarreará consecuencias muy graves al medio ambiente, ocasionando la desaparición de algunas especies marinas. Asimismo, concluyen que la contaminación tardará entre dos a cinco años para ser erradicada, debido a los componentes tóxicos del hidrocarburo.

Palabras clave: Derrame de petróleo; refinería la pampilla; contaminación marina; litoral marino; hidrocarburos.

RESUMO

O derramamento acontecido na refinaría *La Pampilla*, administrada pela empresa REPSOL, deixará fortes impactos ambientais na costa peruana, danificando a vida marinha e outros componentes bióticos. O estudo analisa a percepção da população sobre o derramamento de petróleo na Refinaria *La Pampilla* através de um método quantitativo-descriptivo não experimental. A população que participou nos questionários de 7 itens foi de 1554 pessoas, sendo considerado uma amostra representativa para o objeto de estudo. Os resultados demonstram que a população identifica como responsável do derramamento de petróleo à empresa REPSOL, com mais de 90%. Consideram que este desastre ambiental acarretará consequências muito graves para o meio ambiente, ocasionando o desaparecimento de algumas espécies marinhas. Assim também, concluem que a poluição poderia ser erradicada entre dois a cinco anos, a causa dos componentes tóxicos do hidrocarboneto.

Palavras chave: Derramamento de petróleo, refinaria *La Pampilla*, poluição marinha, litoral marinho, hidrocarboneto

INTRODUCCIÓN

Actualmente un tercio del petróleo que se consumen a nivel mundial provienen de más de 15 000 plataformas petrolíferas marinas que existen en el mundo y cada año aumentan los proyectos de perforación de más de 1000 metros de profundidad (Radovich, 2019). En este escenario, desde hace varias décadas se tiene registros de derrames de petróleo que en la mayoría de casos ocurren durante la descarga del petróleo en las refinerías, por fallas en los oleoductos y plataformas petrolíferas, y en el transporte de petróleo. Esto genera un impacto ambiental, por lo

general desfavorable, causando el deterioro de los componentes abióticos del ecosistema, pérdida de biodiversidad marina y daños a la salud humana (Pérez *et al.*, 2019; Jørgensen *et al* 2020). El impacto ambiental, producto del derrame de crudo, generan una serie de sucesos inmediatos, a mediano y largo plazo. Sus efectos tienen evidencian en distintos niveles, diferenciados por el grupo afectado y el tiempo en que se muestran dichos efectos. Con el inicio del derrame y su dispersión se comprometen las funciones vitales de los organismos animales así como los procesos fotosintéticos que las plantas utilizan para poder sobrevivir; en los efectos de mediano a largo plazo depende de lo soluble que es el hidrocarburo derramado para determinar el tiempo de recuperación de las diversas especies que viven en la zona afectada; y con respecto a los efectos sociales y económicos se evidencia con el daño a nivel de las poblaciones humanas y del ecosistema marino (Villamizar, 2021; Ainsworth *et al* 2017).

Estos niveles de dispersión y contaminación del derrame tienen una poderosa influencia en la población que habita en zonas aledañas al desastre y que subsiste de los productos hidrobiológicos del mar, puesto que la concentración de hidrocarburos en la zona de impacto reduce significativamente las comunidades de peces, invertebrados marinos y algas (Keramea *et al.*, 2021; Craig *et al* 2019). Es evidente que los más afectados son aquellas personas que viven de los ingresos obtenidos por el turismo y la pesca artesanal. El sector pesquero es en la mayoría de casos el que más daño sufre porque los derrames generan, por efecto de la contaminación, una reubicación temporal del lugar de pesca y la rentabilidad se reduce por la poca cantidad de fauna marina. Esto se debe a los componentes dañinos del petróleo, los cuales generan una degradación ambiental que reduce enormemente la reproducción de los peces (Quispe-Villanueva, 2022; Pascoe, 2018; Osuagwu y Olaifa, 2018).

En el Perú, el 15 de enero del 2022, ocurrió el derrame de petróleo en el terminal de boyas 2 de la Refinería La Pampilla cuando la embarcación Mare Dorium, de origen italiano, desarrollaba sus actividades de carga y descarga del crudo. Este desastre, generó una serie de impactos ambientales, biológicos, sociales y económicos en el litoral costero de Ventanilla y alrededores (Ministerio del Ambiente, 2022a). La Refinería La Pampilla, desde 1996, está a cargo del Grupo REPSOL del Perú S.A.C., lo que incluye las operaciones de carga y descarga de petróleo y derivados (SPDA, 2022).

Ante esta situación la Dirección General de Calidad Ambiental del MINAM, promovió la Resolución Ministerial 021-2022-MINAM, del 22 de enero de 2022, la cual determina que el derrame “constituye un evento súbito y de impacto significativo sobre el ecosistema marino costero de alta diversidad biológica, y un alto riesgo para la salud pública” y por ello recomendó la declaratoria de emergencia ambiental. Señala además que el objetivo es “garantizar el manejo

sostenible de la zona afectada, realizando los correspondientes trabajos de recuperación y remediación para mitigar la contaminación ambiental, a fin de proteger la salud de la población”. Dicha emergencia ambiental tiene como fin aprobar y ejecutar el Plan de Acción Inmediato y de Corto Plazo para remediar el área afectada (Ministerio del Ambiente, 2022c).

En este escenario, la percepción de la población cobra un valor de gran importancia. La percepción del riesgo es utilizada para describir las actitudes de las personas y los juicios intuitivos sobre el riesgo, este proceso subjetivo trata de prevenir y evitar algún posible daño, lesión o dolencia que pueda sufrir el individuo (Yu *et al.*, 2021; Paek *et al* 2017). En un sentido amplio, también puede referirse a la evaluación general de las personas y reflejo del riesgo (Sjöberg, 2000). La percepción del riesgo es la evaluación de un individuo del riesgo ambiental, incluida la probabilidad de evaluación de la incertidumbre ambiental, la probabilidad controlable, y confianza en la evaluación; por lo que la percepción del riesgo es un elemento decisivo de conducta de riesgo (Sitkin & Weingart, 1995; Jiménez-Denis *et al.*, 2017).

Ante esta sucesión de acontecimientos, el objetivo del presente artículo es analizar la percepción de la población en relación a los efectos del derrame de petróleo en la Refinería La Pampilla y sus implicancias ecológicas en las costas del litoral marino del Perú

METODOLOGÍA

El estudio realizado es de tipo cuantitativo porque realiza una recolección de información cuyos resultados se puede medir numéricamente. El alcance del estudio fue descriptivo porque se centra en el acopio de características, propiedades y otros datos de la población que puedan estar sujeto a un análisis. El diseño del estudio es de tipo no experimental porque no se manipula la variable para generar algún efecto, además es de carácter transversal porque se ubica en un tiempo único y específico (Hernández & Mendoza, 2018). La población estuvo conformada por personas residentes en Lima y zona aledañas, con una edad entre los 20 y 70 años. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Se logró encuestar a un total de 1 554 personas, entre los cuales un 18.5% representa a los jóvenes de hasta 20 años de edad, un 20.3% aquellos que se encuentran entre 21 y 35 años, un 31.5% aquellos que están entre los 36 y 60 años, y un 29.7% que representan a los adultos mayores que superan los 61 años. Con relación a la ubicación de la población, un 70.7% reside en Lima Metropolitana y el 12.4% vive en Lima norte. Con respecto al género, 51% correspondió al femenino y 49% al masculino.

Instrumento

El instrumento de evaluación fue una encuesta desarrollada por los autores, que estuvo compuesto por 7 ítems, con respuestas de tipo Likert. La métrica se obtuvo mediante la aplicación a un grupo piloto. El AFE se desarrolló con los 7 ítems cuantificables. Para obtener la

evidencia de validez por constructo se realizó el Análisis Factorial Exploratorio, donde KMO (0,71) muestra ser estadísticamente significativo para proceder con el análisis de varianza. La reducción de factores mostró que la varianza total explicada es del 60%.

La encuesta fue elaborada y digitalizada dentro de Google Formulario, para ser distribuida a la muestra seleccionada mediante las redes sociales, lo que permitió respetar el aislamiento social y cuarentena nacional. El proceso de recopilación de datos abarcó el periodo del 23 al 28 de enero del 2022. Los datos obtenidos fueron llevados a la hoja de cálculo de Excel 2019. De ese modo, se pudo certificar la calidad de los datos y se prosiguió con el análisis estadístico. Para ello, se realizó un primer proceso de cálculo de estadísticos descriptivos, y se procedió con el análisis relacional para complementar la información descriptiva. Por otro lado, se utilizó el software SPSS versión 25 para todo el análisis.

Ubicación de la Refinería La Pampilla

La refinería de petróleo La Pampilla, se encuentra ubicada en la avenida Néstor Gambetta en Ventanilla, Provincia Constitucional del Callao. El área de influencia del impacto del derrame afectó a los distritos de Ventanilla en la provincia constitucional del Callao), Ancón y Santa Rosa en la provincia de Lima), Aucallama y Chancay en la provincia de Huaral, pertenecientes a la ecorregión del Desierto Costero, frente a la costa del Océano Pacífico, Perú.

RESULTADOS

Responsabilidad y negligencia

¿Quién cree usted que es el responsable del derrame petrolero?	Cantidad de personas	Porcentaje de resultados
La Empresa REPSOL	1407	90.5%
La Marina	49	3.2%
El tsunami	0	0.0%
El buque tanque Mare Doricum	70	4.5%
Las corrientes marinas	28	1.8%
Total	1554	100%

Tabla 1. Responsabilidad del derrame ocurrido en la refinería La Pampilla.

En la tabla 1 se presenta un consolidado que indica sobre quien recae la responsabilidad del derrame petrolero ocurrido el 15 de enero en las costas marinas de la refinería La Pampilla. El

90.5% de la población señala directamente a la empresa REPSOL, el 4.5% de la población señala al buque Mare Doricum, el 3.2% de la población indica a la Marina y 1.8% señala que fue por las corrientes marinas.

Causas del derrame

El derrame de petróleo ocurrido el 15 de enero en la costa marina, en la refinería La Pampilla fue:	Cantidad de personas	Porcentaje de resultados
Un acto casual	49	3.2%
Producto de la negligencia	938	60.4%
El fuerte oleaje del mar	35	2.3%
La falta de información	7	0.5%
La falta de prevención	525	33.8%
Total	1554	100%

Tabla 2. Causa del derrame ocurrido en la refinería La Pampilla.

En la tabla 2 se muestra la posible causa que generó este desastre ambiental según la percepción de la población. El 60.4% de la población encuestada aseveró que el desastre fue causado por negligencia de la empresa, un 33.8% señaló que la causa del desastre fue la falta de prevención, un 3.2% afirmó que ello se debía a un acto casual y un 2.3% que fue producto del fuerte oleaje del mar respectivamente.

Reacción institucional

Como califica usted la actuación de los organismos implicados ante el derrame petrolero.	Cantidad de personas	Porcentaje de resultados
Inmediata	70	4.5%
Tardía	357	23.0%
Muy tardía	301	19.4%
No reaccionó apropiadamente	770	49.5%
Desconozco	56	3.6%
Total	1554	100%

Tabla 3. Reacción de los organismos implicados en el derrame ocurrido en la refinería La Pampilla.

En la tabla 3 se visualiza la posición de la población ante la reacción de los diversos organismos implicados en el desastre, el 49.5% de la población señala que los organismos involucrados no reaccionaron apropiadamente, el 23% que la reacción fue tardía y el 19.4% muy tardía.

Cantidad estimada de petróleo derramado

¿Cree usted que, por la dimensión de los daños ambientales, realmente, fueron 6000 galones de petróleo los vertidos al mar?	Cantidad de personas	Porcentaje de resultados
Sí fueron 6000 galones	182	11.7%
Fueron más de 6000 galones	819	52.7%
Fueron menos de 6000 galones	0	0.0%
Desconozco la verdadera cantidad de galones	553	35.6%
Total	1554	100%

Tabla 4. Cantidad estimada de petróleo que se derramo en la refinería La Pampilla.

Si hay un aspecto que hasta ahora no tenemos claro es la cantidad de barriles de petróleo que fue al mar producto del derrame. Y esto se refleja cuando el 52.7% de la población cree que fueron más de 600 galones los vertidos al mar; el 35.6% señala que desconoce la verdadera cantidad de galones vertidos al mar y el 11.7% si cree que esa fue la cantidad. La encuesta estuvo referida a galones y no barriles porque cuando se elaboró el instrumento para evaluar la percepción de la población, particularmente la empresa REPSOL, se refería más a galones que a barriles de petróleo derramado.

La severidad del impacto

El impacto ambiental producido por el derrame petrolero en el mar tiene consecuencias.	Cantidad de personas	Porcentaje de resultados
Muy graves	1323	85.1%
Graves	196	12.6%
Medianamente graves	28	1.8%
Muy poco grave	7	0.5%
Leves	0	0.0%
Total	1554	100%

Tabla 5. Severidad del impacto por el derrame ocurrido en la refinería La Pampilla

La severidad de los impactos generalmente depende de varios factores como la cantidad y el tipo de derrame de petróleo, condiciones ambientales, la fragilidad de los hábitats y la sensibilidad de los organismos vivos. Al respecto, el 85.1% de la población cree que el impacto ambiental producido por el derrame petrolero en el mar tiene consecuencias muy graves y un 12.6% consecuencias graves (Tabla 5).





La pérdida de especies

La contaminación producida por el derrame de petróleo ha causado	Cantidad de personas	Porcentaje de resultados
Extinción de las especies marinas	210	13.5%
Desaparición total de las especies marinas en la zona afectada	455	29.3%
Desaparición parcial de las especies marinas en la zona afectada	588	37.8%
Que se desplacen las especies marinas, hacia zonas no contaminadas	273	17.6%
Que las especies se refugien en el fondo marino	28	1.8%
Total	1554	100%

Tabla 6. Consecuencias generadas por el derrame ocurrido en la refinería La Pampilla.

El 37.8% de la población cree que la contaminación producida por el derrame de petróleo ha causado la desaparición parcial de las especies marinas en la zona afectada, un 29.3% cree

que hay desaparición total de las especies marinas en la zona afectada, un 17.6% cree que las especies se han desplazado hacia zonas no contaminadas y un 13.5% cree que las especies se han extinguido definitivamente (Tabla 6).



Tiempo estimado de recuperación

¿Cuánto tiempo pasará para erradicar de las costas del mar la contaminación producida por el derrame petrolero?	Cantidad de personas	Porcentaje de resultados
Menos de un año	36	2%
De 2 años a 5 años	539	35%
De 6 a 15 años	287	19%
Más de 16 años	182	12%
Desconozco	511	33%
Total	1554	100%

Tabla 7. Estimación del tiempo que tarda en recuperarse el mar producto del derrame.

Las escalas de tiempo y la importancia relativa de los procesos dependen de factores ambientales y específicos como la cantidad de petróleo derramado, las características fisicoquímicas iniciales del petróleo, las condiciones meteorológicas y el estado del mar. El

35.5% de la población cree que entre 2 a 5 años será el tiempo que pase para erradicar de las costas del mar la contaminación producida por el derrame petrolero, el 33% desconoce cuánto tiempo transcurrirá para erradicar la contaminación, el 19% cree de 6 a 15 años y el 12 % más de 16 años (Tabla 7).

DISCUSIÓN

Los datos recopilados permiten conocer la posición de la población respecto a quién o quiénes tienen la responsabilidad directa de esta fatídica catástrofe, e indican a la empresa REPSOL como la organización en la que debe recaer toda la responsabilidad del desastre ambiental. Al respecto, un estudio en Perú sobre responsabilidad ambiental (Ponce, 2020) y otro en Colombia sobre recuperación ambiental (Casallas y Gonzales, 2020), derivan la responsabilidad a la empresa extractora, la cual debe aplicar los diversos procesos preventivos que se encuentran establecidos por ley. De allí que es una obligación por parte de REPSOL restaurar e indemnizar a los perjudicados, especialmente a los pescadores artesanales, quienes para su subsistencia dependen de los recursos del mar, así como procurar la restauración del equilibrio ecológico. Ante ello, es preciso remarcar que a pesar de la inversión en relaciones públicas y comunicaciones desplegada por REPSOL, respecto a su falta de responsabilidad, la opinión pública se mantiene muy sólida. Será preciso evaluar en el futuro mediano si esta percepción cambia de acuerdo con el avance de las acciones de remediación y compensación.

Una gran cantidad de la población encuestada determinó que las dos principales causas que generaron el derrame de petróleo fueron la negligencia de la empresa y la falta de prevención. Según Zabala (2019) mientras se realice algún procedimiento que involucre la manipulación del petróleo la posibilidad que ocurra un derrame en cualquier momento es alta, exista o no negligencia. En su mayoría los derrames se generan por fallas técnicas o la ausencia de un mantenimiento regular del equipo utilizado. REPSOL señala que, ese 15 de enero, la ruptura de los ductos de descarga se debió al fuerte oleaje por efecto de la erupción, que tuvo una duración de once horas, del volcán submarino Hunga Tonga–Hunga Ha'apai y que ocurrió a 10 300 kilómetros de distancia. La erupción provocó una fuerte concentración de nubes de cenizas en la atmósfera, y la generación de tsunamis que destruyeron las casas en las islas cercanas de Tonga. En América del Sur, se registró oleaje anómalo de un metro de altura, con perturbaciones en el mar por cerca de 24 horas en playas costeras de Puerto Ayora (Ecuador), Arica, Coquimbo (Chile). En el Callao, Perú, la primera cresta del tsunami, fue registrada a las 14:30 UTC; aunque las olas más intensas y peligrosas llegaron cinco horas después (SPDA, 2022; Lynett *et al.*, 2022; INDECI. 2022).

Las medidas de prevención adoptadas por la empresa REPSOL ante el derrame ocurrido fueron insuficientes y se puede establecer que carecían de un plan de contingencia, puesto que su reacción fue de 2 a 3 días, posterior a ocurrido el desastre. Ello se puede contrastar con el Reglamento de Seguridad de la Industria de Petróleo, el cual prescribe en su artículo 287 que, durante alguna manipulación de hidrocarburos, la empresa encargada del proceso tiene que disponer de todas las técnicas y métodos a su alcance, para que disminuya la gravedad del derrame; con lo que evidentemente se demuestra no contaba la empresa. La explotación de las reservas de petróleo en aguas profundas y la instalación de oleoductos a grandes profundidades aumentan los riesgos de derrames accidentales de petróleo cuando revientan los pozos y ocurren roturas en los oleoductos (Sánchez, 2021). Es importante señalar que recién hacia finales de enero las compañías contratadas para la limpieza del derrame importaron grandes cantidades de insumos y maquinarias para hacer frente a la crisis ambiental. Esto revela que no existían en el país los recursos necesarios para contener el derrame.

Ha habido una gran confusión desde un principio sobre la cantidad de petróleo derramado. Las primeras cifras emitidas, a través de los medios de comunicación fueron confusas y la información que recibió la población no fue fidedigna. En un intento por disminuir la dimensión de lo ocurrido, la propia empresa fue variando la cantidad: 0.16 barriles, luego 6 barriles, 600 barriles, 6000 barriles, etc. Aunque el MINAM el día 27 de enero de 2022 confirmó que fueron 11900 barriles de petróleo derramados en el océano. Sin embargo, hay un alto nivel de incredulidad de parte de la población. La densidad del petróleo, aunado a factores geográficos y meteorológicos, generó una mancha en la superficie mar, la cual ha sido arrastrada por efecto del oleaje y las corrientes marinas a grandes distancias en dirección norte, desde Ventanilla en el Callao, Ancón y Santa Rosa en Lima, Aucallama y Chancay en la provincia de Huaral, transmitiendo los efectos nocivos del derrame de dicho hidrocarburo a otras playas del litoral marino (Leturia y Nugoli, 2017; Ainsworth *et al* 2018).

La ineficiente, inapropiada y tardía reacción de los organismos encargados de supervisar, controlar y sancionar a los implicados en el daño ambiental ocurrido en la refinería La Pampilla, se evidencia a través del malestar expresado por la población y la lentitud en la implementación de medidas de mitigación ante el desastre petrolero. Yangua (2017) en un estudio de fiscalización ambiental, señala que los organismos con autoridad en materia ambiental no ponen en práctica el Principio de Prevención prescrito en la Ley General del Ambiente N° 28611, puesto que su actuar en un inicio trata de reducir el daño al ambiente, pero a largo plazo no se logran aplicar medidas efectivas de corrección, prevención y resguardo. En este caso específico,

no se siguieron los procedimientos de respuesta ante desastres de acuerdo a lo indicado en el SINAGERD (Sistema Nacional de Gestión de Riesgo de Desastres). Las diversas entidades del Estado actuaron de manera independiente y con limitada coordinación durante las primeras semanas tras el derrame. Esta situación fue interpretada por la población local y la opinión pública como muestras de complicidad con REPSOL y generó desconfianza entre los directamente afectados. La falta de prevención y fiscalización no son tarea exclusiva de la empresa responsable, sino además del Organismo Supervisor de la Inversión en Energía y Minería (OSINERGMIN), que debe evaluar periódicamente la idoneidad de las medidas de control y mitigación, así como la seguridad de las operaciones.

Es importante señalar además que la percepción pública sobre el derrame refleja también la limitada confianza de la ciudadanía en las instituciones estatales. Efectivamente las autoridades del Gobierno reaccionaron después de dos a tres días, cuando el derrame ya era de conocimiento público a través de los medios de comunicación. Los mensajes que transmitieron a la población denotaban el desconocimiento de la magnitud del derrame petrolero. Aunado a ello, la ciudadanía no reconoce a los funcionarios de la Alta Dirección del Ministerio del Ambiente como los abanderados capaces de liderar acciones y campañas efectivas a favor de la conservación del ambiente (Pulido et al., 2022a). El cambio de tres ministros del ambiente en menos de 30 días, refleja el desconcierto y la falta de políticas apropiadas diseñadas para contrarrestar estos desastres. Esa falta de liderazgo fue crucial para reaccionar rápidamente en los momentos cercanos al derrame petrolero. Lo mismo sucedió con los funcionarios del Organismo de Evaluación y Fiscalización Ambiental (OEFA), dependiente del Ministerio del Ambiente, quienes transmitieron mensajes que en su mayor parte fueron dubitativos o confundieron a la población. Por su parte, el Servicio Nacional Forestal y de Fauna Silvestre (SERFOR), perteneciente al Ministerio de Desarrollo Agrario y Riego fue más operativo y actuó con mayor eficacia en el rescate de cerca de un millar de ejemplares de aves cubiertas de petróleo, que fueron trasladadas al Parque de las Leyendas (Zoológico y Jardín Botánico), donde biólogos y veterinarios, lograron recuperarlas con los cuidados médicos provistos. Esta situación ha demostrado que se requiere implementar un Centro de Rescate de Fauna Silvestre, para el mantenimiento y rehabilitación de las especies de fauna silvestre que en diferentes circunstancias son víctimas de las injurias de acciones provocadas por el hombre (Pulido et al., 2022b). Del mismo modo, el Servicio Nacional de Áreas Protegidas por el Estado (SERNANP) actuó con suma diligencia para atender, dentro de sus posibilidades, el impacto del derrame en dos áreas protegidas: Zona Reservada Ancón e Islotes Pescadores, parte de la Reserva Nacional Sistema de Islas, Islotes y Puntas Guaneras.

La percepción de la población con respecto al impacto ambiental por efecto del derrame petrolero en el mar es que las consecuencias son muy graves por las condiciones ambientales, la fragilidad de los hábitats y la sensibilidad de la biodiversidad. El impacto ambiental que producen los derrames de hidrocarburos, un evento común en las últimas décadas, tiene un efecto severo en los ecosistemas costeros, que puede ser inmediato como a largo plazo (Chen *et al.*, 2015; Craig *et al* 2019). El petróleo derramado genera una capa aceitosa que flota sobre la superficie de las aguas, donde a gran escala suceden procesos advectivos sujetos a las corrientes marinas, las olas y los vientos que la transportan a una velocidad de cientos de metros por día. Además, se generan lentos procesos de difusión de baja escala que remodelan la capa aceitosa, varios metros por día, responsables de modificar la concentración de contaminantes. Frecuentemente, la detección y el monitoreo de los derrames de petróleo son ineficientes y los datos sobre estos procesos están incompletos (Ramírez, 2021). Es por ello que la tardía acción de la empresa responsable, en contener la mancha de petróleo, permitió su esparcimiento que abarcó una extensión de cerca de 16 mil hectáreas afectadas, que comprenden 46 playas (25 de uso recreacional) y 2 áreas naturales protegidas: zonas de Islotes de Pescadores de la Reserva Nacional Sistemas de Islas, Islotes y Puntas Guaneras y de la Zona Reservada Ancón (Ministerio del Ambiente, 2022b; Defensoría del Pueblo, 2022).

Las plantas y animales que obtienen sus alimentos del lugar contaminado por el derrame de crudo son los que sufren las mayores consecuencias. La biodiversidad más representativa está conformada por cerca de 516 especies: 3 de mamíferos, 211 de aves, 40 de peces, 175 de invertebrados y 87 de algas marinas (Arakaki *et al.*, 2018; Pulido *et al.* 2020; IMARPE. 2022). Se estima que alrededor de 150 especies de invertebrados marinos que habitan en la orilla arenosa y rocosa, han desaparecido porque el petróleo es viscoso y pesado y su impacto según Severeyn *et al.* (2003) produce la asfixia de todos los organismos marinos de baja movilidad. Es muy difícil estimar el número de especies de peces que se han visto afectados, pero probablemente abarcan las 40 especies registradas (IMARPE, 2022). Los mamíferos como lobos marinos y la nutria de mar, por su gran tamaño y capacidad de desplazamiento se han movilizado hacia lugares lejos de la contaminación (Hooker & Pizarro, 2022). Cerca de 70 especies de aves de orilla marina, que tienen a las playas de orilla como hábitat de residencia y de parada en su ruta migratoria, han sufrido los efectos inmediatos del derrame, debido a la adherencia del petróleo al plumaje, lo que limita el funcionamiento de sus alas, afecta su estado de salud y el éxito reproductivo (Capcha, 2018; Giner, 2021; Kirsten *et al* 2020).

Los impactos ambientales por efecto de la contaminación afectan la superficie del mar y las aguas profundas debido a que el petróleo derramado, es un crudo pesado de difícil disolución, permanecerá un largo periodo de tiempo en el ambiente (Chen *et al.*, 2015; Ainsworth *et al* 2018) lo que implica que la mayoría de las especies sufra alteraciones histológicas, bioquímicas, conductuales y reproductivas (Sánchez, 2021; Yujue *et al* 2020).

La perspectiva de la población fue constante respecto al impacto ambiental, se determinó que el derrame de petróleo traerá graves consecuencias al ambiente. Ello se puede contrastar con el estudio realizado por Vizuete *et al* (2019). En ellos se evidenció en que la población tiene una perspectiva uniforme respecto a las consecuencias de un derrame de hidrocarburos, en ambos casos se determinó que el derrame de petróleo genera daños graves al medio ambiente (Defensoría del Pueblo, 2022).

Los principales afectados en un derrame de petróleo son los animales que habitan el lugar contaminado. Debido a la degradación del ambiente las especies marinas ven reducidas su posibilidad de sobrevivir. Ello se contrasta con el estudio realizado por Fonseca y Quiroga (2020) en el cual señala que en fases iniciales del derrame la mortalidad de las aves y otros animales de poca movilidad tiene su cúspide, pues el efecto de este tipo de hidrocarburo es inmediato para estos animales quienes están expuestos al contacto físico y contaminación tóxica por parte del petróleo. Reduciendo de manera parcial la cantidad de la fauna marina (Pulido *et al.*, 2022c). Este desequilibrio ambiental será resuelto con la extracción del elemento contaminante y el paso del tiempo.

Debido a las propiedades físicas del hidrocarburo y factores oceánicos su estadía en el mar puede extenderse meses e incluso años. Los hidrocarburos son contaminantes no conservativos, sus características fisicoquímicas cambian con el tiempo por efecto de la difusión, evaporación, dispersión, emulsificación y la disolución, que actúan en las primeras etapas del derrame de petróleo, mientras que la fotooxidación, la biodegradación y la sedimentación actúan a más largo plazo y determinan el destino final del petróleo derramado (Azevedo *et al.*, 2014).

La recuperación del ecosistema costero marino depende de la cantidad de petróleo derramado y del trabajo de contención que desarrollan los diversos actores; aunque la fase de limpieza podría demorar varios meses, muchos de los efectos secundarios y crónicos del derrame podrían durar decenas de años (Ainsworth *et al.*, 2018; Fallon *et al.*, 2021). En las fases finales del derrame, las bacterias marinas se encargarán de realizar la biodegradación del hidrocarburo, atenuando y terminando de limpiar los rezagos faltantes (Sayed *et al.*, 2021; Yujue *et al* 2020).

Un reporte elaborado por una misión de Naciones Unidas *in situ* indica que la zona impactada por el derrame de La Pampilla podría tomar de seis a diez años en recuperarse (UN-

OCHA, 2022). En el Golfo de Venezuela señalan que cinco años después de transcurrido el derrame, las playas han recuperado aproximadamente la mitad de su biodiversidad original; y, a ese ritmo pronostican que la recuperación podría darse en unos 10 años (Severeyn *et al.*, 2003). Arenas (2018) analizó el caso del Golfo México y determinó que la presencia del petróleo perduró siete años después de ocurrido el derrame, dejando desaparecidas especies animales y vegetales de la zona. El tiempo estimado para la recuperación del ambiente no será ni a corto ni a mediano plazo, es necesario que pase mucho tiempo para que las especies que habitaban el lugar contaminado vuelvan a poblar ese ecosistema y restituyan el equilibrio ambiental (Lugo, 2020).

CONCLUSIONES

En el derrame de petróleo ocurrido el 15 de enero en las costas marinas de la refinería La Pampilla la población opina que fue un acto de negligencia por parte de la empresa REPSOL. Esta percepción se traslada con mayor intensidad al 90.2% de la población que señala como responsable del derrame petrolero a la empresa REPSOL. El Ministerio del Ambiente no reaccionó apropiadamente ante el derrame petrolero, lo que da a entender el desacuerdo de la población con el accionar de la institución responsable del tema ambiental. La población cree que los barriles de petróleo vertidos al mar fueron más que los que dijo la empresa; lo que demuestra que hay una gran incredulidad al respecto. El 84.6% de la población cree que el impacto ambiental producido por el derrame petrolero en el mar tiene consecuencias muy graves. El 38.3% de la población cree que la contaminación producida por el derrame de petróleo ha causado la desaparición parcial de las especies marinas y un 28% cree que provocó la desaparición total de las especies marinas. El 35.5% de la población cree que pasarán entre 2 a 5 años para erradicar de las costas del mar la contaminación producida por el derrame petrolero, mientras que el 32.7% desconoce cuánto tiempo transcurrirá para erradicar la contaminación definitivamente.

Conflicto de intereses: Los autores refieren no poseer conflicto de intereses

BIBLIOGRAFÍA

- Ahumada-Villafañe, I., Escudero-Sabogal, I., & Gutiérrez-Jaraba, J. (2016). Normatividad de riesgos laborales en Colombia y su impacto en el sector de

- hidrocarburos. *IPSA Scientia, revista científica multidisciplinaria*, 1(1), 31–42. <https://latinjournal.org/index.php/ipsa/article/view/892>
- Ainsworth, CH., Paris, CB., Perlin, N., Dornberger, LN., Patterson, WF III., Chancellor, E., et al. (2018). Impacts of the Deepwater Horizon oil spill evaluated using an end-to-end ecosystem model. *13 (1)*,190840. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190840>
 - Arakaki, N., Gil-Kodaka, P., Carbajal, P., Gamarra, A., y Ramírez, M.E. (2018). I-Rhodophyta. En *Macroalgas de la Costa Central del Perú* (126 p). Lima, Perú: UNALM. Recuperado de <https://bit.ly/3JJMNWv>
 - Arenas, D. (2018). Proceso de biodegradación para el tratamiento de derrames de petróleo por medio de pseudomonas. Fundación Universidad de América. <http://52.0.229.99/bitstream/20.500.11839/7130/1/392273-2018-I-GA.pdf>
 - Aponte, H., Torrejón-Magallanes, J. y Pérez, A. (2022). Marea negra en el Perú: reflexiones sobre un derrame de petróleo en el Pacífico sudamericano». *South Sustainability*, 3(1), e44. DOI: <https://doi.org/10.21142/SS-0301-2022-e044>
 - Azevedo, A., Oliveira, A., Fortunato, A.B., Zhang, J., Baptista, A.M. (2014). A cross-scale numerical modeling system for management support of oil spill accidents. *Mar Pollut Bull*, 80, 132-147, [doi:10.1016/j.marpolbul.2014.01.028](https://doi.org/10.1016/j.marpolbul.2014.01.028). 7.
 - Casallas, S. y Gonzales, M. (2020). *Evaluación técnica de la recuperación ambiental del suelo por derrame de petróleo crudo mediante la aplicación de la tecnología Oil Spill Eater II en un pozo de un bloque en el Casanare*. Fundación Bogotá: Universidad de América. Recuperado de <http://repository.uamerica.edu.co/bitstream/20.500.11839/7816/1/5151163-2020-1-IP.pdf>
 - Chen, H., An, W., You, Y., Lei, F., Zhao, Y., & Li, J. (2015). Numerical study of underwater fate of oil spilled from deepwater blowout. *Ocean Engineering*, 110, 227-243. [doi: http://doi.org/ 10.1016/j.oceaneng.2015.10.025](https://doi.org/10.1016/j.oceaneng.2015.10.025)
 - Craig, R., Nunnally, C. & Benfield, MC. (2019). Persistent and substantial impacts of the Deepwater Horizon oil spill on deep-sea megafauna. *R. Soc. open Sci*, 6, 191164. <http://doi.org/10.1098/rsos.191164>
 - Capcha, P. (2018). Contaminación Marina. Causas. Consecuencias. Prevención. Tesis para optar el grado profesional de licencia en Educación. Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle. <http://200.60.81.165/handle/UNE/2907>
 - Defensoría del Pueblo. (2022). Derrame de Petróleo en la Refinería La Pampilla. Recomendaciones frente a un desastre ambiental que pudo evitarse. Medio Ambiente, Servicios Públicos y Pueblos Indígenas de la Defensoría del Pueblo. <https://www.defensoria.gob.pe/adjuntia/medio-ambiente/>
 - Fallon, J. A., Goodchild, C., DuRant, S. E., Cecere, T., Sponenberg, D. P. & Hopkins, W. A. (2021). Hematological and histological changes from ingestion of Deepwater Horizon crude oil in zebra finches (*Taeniopygia guttata*). *Environmental Pollution*, 290, 118026. <https://doi.org/10.1016/j.envpol.2021.118026>
 - Fonseca, M., y Quiroga, O. (2020). Derramamento de óleo: uma análise quanto à responsabilidade civil. *Derecho y Cambio Social*. 1 (60), pp. 1-24. Recuperado de https://www.derechoycambiosocial.com/revista060/Derrame_de_petroleo.pdf
 - Giner S. (2021). El impacto de los derrames petroleros sobre las aves playeras y sus sitios de parada en Venezuela. *Boletín de la Academia de Ciencias Físicas, Matemáticas*

- y *Naturales*, Vol. LXXXI, N° 1, pp. 40-44. <https://boletines.acfiman.org/wp-content/uploads/2021/06/5-Boletin-LXXXI-Giner-29-05.pdf>
- Guerrero-Useda, M. (2021). Equilibrio ambiental, extracción petrolera y riesgo de desastres en el oleoducto trasandino colombiano. *IPSA Scientia, Revista Científica Multidisciplinaria*, 6(3), 86-101. <https://doi.org/10.25214/27114406.1113>
 - Hernández, R. & Mendoza, C. (2018). Metodología de la Investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: McGraw-Hill/Interamericana Editores.
 - Hooker, Y. & Pizarro, J. (2022). Evaluación rápida del estado de las poblaciones de nutria marina *Lontra felina* en el sector de mayor afectación por el derrame de petróleo de La Pampilla. Lima. Sociedad Peruana de Derecho Ambiental (SPDA). <https://www.gob.pe/institucion/oefa/noticias/577029-oefa-dicta-medidas-administrativas-a-refineria-lapampilla-s-a-a-para-evitar-afectacion-al-ambiente-y-salud-de-las-personas-en-ventanilla>
 - Jiménez-Denis, O.; Villalón-Legrá, G. & Evora-Larios, O. (2017). La educación para la percepción de riesgos de desastres como prioridad del trabajo educativo en la escuela cubana. *Revista Electrónica Educare*, 21 (3), 385-396, DOI: <https://doi.org/10.15359/ree.21-3.20>
 - Keramea, P., Spanoudaki, K., Zodiatis, G., Gikas, G. & Sylaios, G. (2021). Oil Spill Modeling: A Critical Review on Current Trends, Perspectives and Challenges. *J. Mar. Sci. Eng.* 9, 181. <https://doi.org/10.3390/jmse9020181>
 - Kiskis, E. (2017) Responsabilidad por daños al medio ambiente: Caso Prestige. http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/6479/14396_Trabajo%20Fin%20de%20Grado.pdf?sequence=1
 - Jørgensen, K., Kreutzer, A., Lehtonen, K.K., Kankaanpää, H., Jorma Rytönen, J. et al. (2020). The EU Horizon 2020 project GRACE: integrated oil spill response actions and environmental effects. *Environ Sci Eur.* 31, 44. <https://doi.org/10.1186/s12302-019-0227-8>
 - IMARPE. (2022). Monitoreo de los impactos ocasionados sobre los recursos hidrobiológicos por el derrame de petróleo en el sector litoral de ventanilla. Informe técnico, <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2912447/Evaluaci%C3%B3n%20impacto%20derrame%20petr%C3%B3leo%20Ventanilla%20%28inf.%20t%C3%A9cn.%20monit.%20inicial%20IMARPE%29%20-%20feb.%202022.pdf>
 - Leturia, M. y Nugoli, S. (2017). La contaminación por hidrocarburos. El caso “Magdalena”. *Revista Anales de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales*. UNLP. Año 13 / N° 46, pp. 320-332. <https://revistas.unlp.edu.ar/RevistaAnalesJursoc/article/view/4004>
 - Ley N° 28611 del 2005. Ley General del Ambiente. Lima, 13 de octubre del 2005. <https://sinia.minam.gob.pe/normas/ley-general-ambiente>
 - Luter, HM, Whalan, S., Andreakis, N., Abdul Wahab, M., Botté, ES, Negri, AP y Webster, NS. (2019). Los efectos del petróleo crudo y el dispersante en la esponja holobionte larvaria. *mSystems*, 4 (6), e00743-19. <https://doi.org/10.1128/mSystems.00743-19>

- Lugo, M. (2020). Afectación Social, Económica y Ambiental Generada por el Derrame De Hidrocarburos en Junio 2015 en los Manglares y las Comunidades del Consejo Comunitario Bajo Mira y Frontera de Tumaco, Nariño. Universidad de Manizales. <https://ridum.umanizales.edu.co/bitstream/handle/20.500.12746/4415/AFECCIÓN%20SOCIAL%2c%20ECONÓMICA%20Y%20AMBIENTAL%20GENERADA%20POR%20EL%20DERRAME%20DE%20HIDROCARBUROS%20EN%20JUNIO%202015%20EN%20LOS%20MANGLARES%20Y%20LAS%20COMUNIDADES%20DEL%20CONSEJO%20COMUNITARIO%20BAJO%20MIRA%20Y%20FRONTERA%20DE%20TUMACO%2c%20NARIÑO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Lynett, P., McCann, M., Zhou, Z., Renteria W., Borrero, J. et al. (2022). The Tsunamis Generated by the Hunga TongaHunga Ha'apai Volcano on January 15, 2022. *Research Square*, 10.21203/rs.3.rs-1377508/v1
- Ministerio del Ambiente. (2022a). Ministro del Ambiente recaba información sobre verdaderas causas del derrame de petróleo en nuestro litoral. <https://www.gob.pe/institucion/minam/noticias/578910-ministro-del-ambiente-recaba-informacion-sobre-verdaderas-causas-del-derrame-de-petroleo-en-nuestro-litoral>
- Ministerio del Ambiente (2022b). Reporte de Ocurrencias N° 07 – Derrame de Petróleo en los Islotes de Pescadores de la RN Sistemas de Islas, Islotes Y Puntas Guaneras y de la Zona Reservada Ancón. <https://www.gob.pe/institucion/minam/informes-publicaciones/2713181-reporte-de-ocurrencias-n-07-derrame-de-petroleo-en-los-islotes-de-pescadores-de-la-rn-sistemas-de-islas-islotes-y-puntas-guaneras-y-la-zona-reservada-ancon>
- Ministerio del Ambiente (2022c). Resolución Ministerial N° 021 -2022-MINAM, Lima, 21 de enero de 2022. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2779392/RM.%20021-2022-MINAM.pdf.pdf>
- Molina-Santos, M., Terneus-Jácome, E., Yáñez-Moreta, P. & Cueva-Sánchez, M. (2018). Resiliencia de la comunidad fitoplanctónica en la laguna andina de Papallacta y sus afluentes, ocho años después de un derrame petrolero. *La Granja, Revista de Ciencias de la Vida*, 28(2), 67- 83. <https://doi.org/10.17163/lgr.n28.2018.05>
- O'Callaghan-Gordo, C., Orta-Martínez, M., & Kogevinas, M. (2016). Health effects of non-occupational exposure to oil extraction. *Environmental Health*, 15(56).
- Osuagwu ES, Olaifa E. (2018). Effects of oil spills on fish production in the Niger Delta. *PLoS ONE* 13(10): e0205114. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205114>
- Paek, H., & Hove, T. (2022). Risk Perceptions and Risk Characteristics. Oxford Research Encyclopedia of Communication. Retrieved 11 Feb. 2022, from <https://oxfordre.com/communication/view/10.1093/acrefore/9780190228613.001.0001/acrefore-9780190228613-e-283>.
- Pascoe, S. (2018) Investigación de aguas profundas Parte II. ELSEIVER.157-158, pp. 203-210. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0967064517303612>
- Pérez, Y., López, S., Rodríguez, A. y Ramos, A. (2019). Evaluación de impacto socioambiental, por derrame de petróleo de un ducto en Comalcalco, Tabasco. *Journal of Basic Sciences*, Vol. 5 (15), pp. 134-152. <https://revistas.ujat.mx/index.php/jobs/article/view/3574>

- Ponce, S. (2020). Responsabilidad ambiental por derrames de petróleo y la fiscalización ambiental en el Sistema Jurídico Peruano. Universidad Privada del Norte. *Tesis para optar el cargo de abogada*. <https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/25428/Ponce%20Llange%2c%20Stephany%20Zoila.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Pulido, V.; Salinas, L.; del Pino, J. & Arana, C. (2020). Preferencia de hábitats y estacionalidad de las especies de aves de los Pantanos de Villa en Lima, Perú. *Revista peruana de biología* 27(3): 349 - 360. doi: <http://dx.doi.org/10.15381/rpb.v27i3.18681>
- Pulido Capurro, V.; Escobar-Mamani, F.; Arana Bustamante, C. & Olivera Carhuaz, E. (2022a). Efectos del derrame de petróleo en la Refinería la Pampilla en las costas del litoral marino, Lima (Perú). *Revista de Investigaciones Altoandinas*, 24(1), 5–8. <https://doi.org/10.18271/ria.2022.411>.
- Pulido Capurro, V.; Cruz Martínez, J.; Arana Bustamante, C. & Olivera Carhuaz, E. (2022b). Daño ambiental en el litoral marino peruano causado por el derrame de petróleo (enero 2022) en la refinería La Pampilla. *Manglar* 19(1): 67-75, DOI: <http://doi.org/10.17268/manglar.2022.009>
- Pulido-Capurro, V., Arana-Bustamante, C., Olivera-Carhuaz, E. y Gómez-Gonzales, W. (2022c). Los primeros 60 días: crónica del derrame de petróleo en la Refinería La Pampilla del litoral marino peruano. *Gaceta Científica*, 8(2), 91-98. <https://doi.org/10.46794/gacien.8.2.1415>
- Quispe-Villanueva, M. (2022). Más tránsito de hidrocarburos en nuestro mar: ponen en peligro nuestros alimentos de origen marino. *Rev. Investigaciones ULCB*. Ene - jul.9(1): 125 – 131. DOI: <https://doi.org/10.36955/RIULCB.2022v9n1.011>
- Radovich, V. (2019). Accidentes de contaminación en plataformas marinas: ¿cambio de paradigma ambiental? *Lex Social*, (9)1: 554-587. https://www.upo.es/revistas/index.php/lex_social/article/view/3999/3218
- Ramírez, A. (2021). Análisis de los derrames de hidrocarburos procedente de buques y su gestión en el Perú. *Rev. Inst. Investig. Fac. minasmetal. cienc. geogr.*, 24 (48), 143-152. <https://doi.org/10.15381/iigeo.v24i48.21770151>.
- Resolución Ministerial 0664-78. Reglamento de Seguridad en la Industria del Petróleo. Lima 03 de octubre de 1978. http://www.osinerg.gob.pe/newweb/uploads/GFH/PREGUNTAS/RM%200664_78_EM_DGH_Reglamento%20de%20Seguridad.pdf
- Sánchez, J. (2021). Afectación de los ecosistemas marino-costeros por los derrames de hidrocarburos. *Boletín de la Academia de Ciencias Físicas, Matemáticas y Naturales* Vol. LXXXI, n.º 1, pp. 35-39. <https://boletines.acfiman.org/wp-content/uploads/2021/06/4-Boletin-LXXXI-Sanchez-29-05.pdf>
- Sayed, K., Baloo, L. & Sharma, N. K. (2021). Bioremediation of Total Petroleum Hydrocarbons (TPH) by bioaugmentation and biostimulation in water with floating oil spill containment booms as bioreactor basin. *International Journal of Environmental Research and Public Health* , 18, p. 2226. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052226>
- Severeyn, H.J., Delgado, J., Godoy, A. & García de Severeyn, Y. (2003). Efecto del derrame del petróleo del buque Nissos Amorgos sobre la fauna macro-invertebrada

- bentónica del golfo de Venezuela: cinco años después. *Ecotrópicos* 16 (2), 83-90. <http://ecotropicos.saber.ula.ve>
- Sitkin, SB y Weingart, LR. (1995). Determinantes del comportamiento arriesgado en la toma de decisiones: una prueba del papel mediador de las percepciones y la propensión al riesgo. *Revista de la Academia de Administración*, 38, 1573-1592. <http://dx.doi.org/10.2307/256844>
 - Sjöberg, L. (2000). Factores en la Percepción del Riesgo. *Análisis de riesgos*, 20(1), 1–12. [doi:10.1111/0272-4332.00001](https://doi.org/10.1111/0272-4332.00001)
 - Sociedad Peruana de Derecho Ambiental. (SPDA). (2022, 16 de febrero). Este es el balance del MINAM a un mes del derrame de Repsol. SPDA Actualidad Ambiental, <https://www.actualidadambiental.pe/balance-minamderrame-petroleo/>
 - UNEP/OCHA Joint Environment Unit (2022). Reporte de Misión Perú. 15 Febrero 2022. <https://peru.un.org/es/171276-progress-un-mision-response-environmental-emergency>
 - Villamizar, E. (2021). Impactos de los derrames de petróleo sobre los arrecifes coralinos y sus bienes y servicios ecosistémicos. *Boletín de la Academia de Ciencias Físicas, Matemáticas y Naturales* Vol. LXXXI, n.º 1, pp. 45-52. <https://boletines.acfiman.org/wp-content/uploads/2021/06/bacfiman81.1.45.pdf>
 - Vizuite, R., Lascano, A. y Moreno, R. (2019). Análisis econométrico en la gravedad de un derrame petrolero y su contaminación ambiental. Caso de estudio: Campo Sacha – Ecuador. *Espacios*. 40 (18), pp. 24-33. <https://www.revistaespacios.com/a19v40n18/a19v40n18p24.pdf>
 - Walker, A.H.; Pavia, R.; Bostrom, A.; Leschine, T.M.; Starbird, K. (2015). Communication practices for oil spills: Stakeholder engagement during preparedness and response. *Human Ecological Risk Assessment: An International Journal*, 21, 667-690.
 - Yangua, Y. (2017). Eficacia de la fiscalización ambiental frente al control de los derrames de petróleo en la amazonia peruana, 2016. Universidad Cesar Vallejo. Tesis Para Obtener El Título Profesional De Abogada. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/22838>
 - Yu, T.; Yang, H.; Luo, X.; Jiang, Y.; Wu, X.; Gao, J. (2021). Scientometric Analysis of Disaster Risk Perception: 2000–2020. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18, 13003. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413003>
 - Wang, Y., Lee, K., Liu, D., Guo, J., Han, Q., Liu, X., Zhang, J. (2020). Environmental impact and recovery of the Bohai Sea following the 2011 oil spill. *Environ Pollut.*:263(Pt B):114343. doi: 10.1016/j.envpol.2020.114343. Epub 2020 Mar 10. PMID: 32234643.
 - Zabala, A. (2019) Evaluación técnica y financiera a nivel laboratorio del uso de residuos de polipropileno y tereftalato de polietileno como absorbentes para derrames de petróleo en ambientes terrestres. Fundación Universidad de América. <http://repository.uamerica.edu.co/bitstream/20.500.11839/7650/1/5132793-2019-2-IP.pdf>

TEORÍA Y MÉTODO

Posibilidades, desafíos y recomendaciones para la enseñanza de las teorías de enfermería

Possibilities, challenges and recommendations for teaching-learning nursing theories

Possibilidades, desafios e recomendações para o ensino das teorias de enfermagem

Viviane Barrére Martin Taffner¹, Genival Fernandes de Freitas²

¹Doutoranda do Programa de Gerenciamento em Enfermagem/PPGEn, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo/EEUSP. São Paulo (SP), Brasil. Correo electrónico: viviane.taffner@usp.br.
Orcid: <http://orcid.org/0000-0001-6999-6158>.

²Orientador, Professor Titular, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo/EEUSP. São Paulo (SP), Brasil. Correo electrónico: genivalf@usp.br. Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-4922-7858>.

Cómo citar este artículo en edición digital: Taffner V.B.M., & de Freitas, G.F. (2022). Posibilidades, desafíos y recomendaciones para la enseñanza de las teorías de enfermería. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 26(63). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2022.63.14>

Correo electrónico de contacto: viviane.taffner@usp.br

Correspondência: Viviane Barrére Martin Taffner. Endereço: Rua Maranhão, 1279 apto 31 – CEP: 09541-001, Santa Paula, São Caetano do Sul – SP, Brasil. Email: viviane.taffner@usp.br.

Recibido: 30/12/2021 Aceptado: 18/02/2022



ABSTRACT

Objective: To know how Nursing Theories can be taught in undergraduate nursing courses. **Method:** This is an integrative review resulting from the analysis of 6 articles selected from the CINAHL, MEDLINE and PubMed databases, through the descriptors: Nursing Theory, Nursing Education and Baccalaureate in Nursing. **Results:** The results showed that there are creative and innovative possibilities for the teaching-learning process of the Theories, but there are also challenges such as the little value given to this theme and the lack of articulation between the theoretical content and the practice. In

addition, some recommendations were presented, such as the insertion of a discipline that addresses Nursing Theories in undergraduate and graduate courses. Conclusion: With this review, it was possible to know some ways of teaching Nursing Theories in graduation courses, however, it is necessary to carry out more primary studies to point out the need to strengthen this theme for Nursing practice.

Keywords: Nursing; nursing theories; nursing education; baccalaureate in nursing.

RESUMEN

Objetivo: Conocer cómo se pueden enseñar Teorías de Enfermería en cursos de enfermería de pregrado. **Método:** Esta es una revisión integradora resultante del análisis de seis artículos seleccionados en las bases de datos CINAHL, MEDLINE y PubMed, a través de los descriptores: Teoría de Enfermería, Educación en Enfermería y Bachillerato de Enfermería. **Resultados:** Los resultados mostraron que existen posibilidades creativas e innovadoras para enseñar teorías, pero también hay desafíos como la baja apreciación de este tema y la desarticulación entre el contenido teórico y la práctica. Además, se demostraron algunas recomendaciones, como la inserción de una disciplina que aborda las Teorías de Enfermería en cursos de pregrado y postgrado. **Conclusión:** Con esta revisión, fue posible conocer algunas maneras de enseñanza de las Teorías de Enfermería en cursos de pregrado, sin embargo, es necesario realizar más estudios primarios para indicar la necesidad de fortalecer este tema para la práctica de enfermería.

Palabras Clave: Enfermería; teorías de enfermería; educación en enfermería; bachillerato en enfermería.

RESUMO

Objetivo: Conhecer como as Teorias de Enfermagem podem ser ensinadas em cursos de graduação em Enfermagem. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa resultante da análise de 6 artigos selecionados nas bases de dados CINAHL, MEDLINE e PubMed, através dos descritores: Teoria de Enfermagem, Educação em Enfermagem e Bacharelado em Enfermagem. **Resultados:** Os resultados mostraram que há possibilidades criativas e inovadoras para o ensino das Teorias, porém também há desafios como a pouca valorização dessa temática e a desarticulação entre o conteúdo teórico e a prática. Além disso, foram demonstradas algumas recomendações como a inserção de uma disciplina que aborde Teorias de Enfermagem nos cursos de graduação e pós-graduação. **Conclusão:** Com a revisão, foi possível conhecer algumas formas de se ensinar Teorias de Enfermagem nos cursos de graduação, contudo há a necessidade de se realizar mais estudos primários para ser sinalizada a necessidade de fortalecimento dessa temática para a prática de Enfermagem.

Palavras-Chave: Enfermagem; teorias de enfermagem; educação em enfermagem; bacharelado em enfermagem.

INTRODUÇÃO

As Teorias de Enfermagem são o conjunto de conceitos e princípios da ciência da Enfermagem e objetivam descrever, explicar, diagnosticar e prescrever o cuidado de Enfermagem com respaldo científico. Embora Florence Nightingale tenha divulgado seus ideais em meados do século XIX, somente em 1952, houve a publicação do primeiro referencial teórico da Enfermagem, a obra de Hildegard Peplau, a qual abordava o relacionamento interpessoal em Enfermagem, o que levou nas décadas subsequentes a publicação de outras teorias por outras enfermeiras (Garci & Nóbrega, 2004).

Esse esforço para a elaboração das Teorias de Enfermagem foi resultado da necessidade de se buscar autonomia profissional e de se determinar o saber específico da Enfermagem e um corpo de conhecimento próprio que atribuísse à Enfermagem o status de ciência (Lucena & Barreira, 2011).

Antes da geração de conhecimento produzido pelas Teorias, a Enfermagem era subordinada a Medicina. Com elas, houve a distinção entre o que é Enfermagem e a mera realização de tarefas prescritas por outros profissionais (McEwen & Wills, 2016).

O conhecimento gerado pelas Teorias tirou a condição da Enfermagem de ocupação e a levou para profissão, o que exigiu o desenvolvimento de um saber próprio e específico. Elas também possibilitam uma prática não guiada pelo Código Internacional de Doenças (CID), como as demais profissões da área da saúde (Chanes, 2020).

Mesmo com os benefícios que as Teorias de Enfermagem possuem por explicar, descrever, prever e prescrever os cuidados em contextos complexos, ainda se atribuí pouco valor ao seu potencial (Brandão et al., 2019).

Sendo as Teorias a base científica e filosófica da profissão é no processo de formação, no Bacharelado em Enfermagem, que o estudante deve aprendê-las para o desempenho de sua profissão, pautando a sua assistência no conhecimento gerado pela própria ciência da Enfermagem.

Construir, ensinar e aplicar uma Teoria de Enfermagem é um desafio, mas isso não é justificativa para abandonar esse empreendimento (McGrae, 2012), pois elas são norteadoras da matriz curricular da profissão no ensino, pesquisa e assistência (Schaurich & Crossetti, 2010). Um estudo qualitativo realizado com 22 estudantes de pós-graduação de uma universidade do sul do Brasil, mostrou que os estudantes tiveram contato superficial com a temática na graduação referindo ser oportuno resgatar esse conteúdo na pós-graduação, uma vez que, esse conhecimento permite ao enfermeiro resgatar a sua essência e reforçar a prática baseada na ciência da Enfermagem (Merino et al., 2018).

O ensino das Teorias de Enfermagem permite ao estudante conhecer as raízes da profissão e ser um guia para a assistência, com isso, é fundamental que esse conteúdo seja abordado desde o primeiro ano da graduação de forma sistematizada, comprometida, abrangente e que permita que ao se tornar um enfermeiro, o estudante seja capaz de fazer escolhas entre o uso de uma ou outra Teoria (Matos et al., 2011)

As Teorias devem ter nos currículos um lugar legitimado, ajudando os profissionais a afirmar, aplicar e avaliar o seu papel nos cuidados de saúde (McGrae, 2012). Se não forem ensinadas, as Teorias de Enfermagem serão silenciosamente apagadas do “quadro negro” da

ciência em Enfermagem (Barrett, 2017).

Cabe ao docente conhecer, valorizar e ministrar esse conteúdo de maneira que o estudante conheça a trajetória histórica da sua profissão, compreendendo, dessa forma, o percurso dos profissionais para a produção do conhecimento específico de Enfermagem, esclarecendo a importância, a finalidade e a possibilidade de aplicação prática das Teorias.

Diante da relevância das Teorias de Enfermagem nos currículos e na formação do enfermeiro torna-se fundamental se discutir como as mesmas estão sendo ministradas aos estudantes de Enfermagem. Dessa maneira, o objetivo desse estudo foi conhecer como as Teorias de Enfermagem são ensinadas em cursos de graduação em Enfermagem.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa, a qual permite a síntese de múltiplos estudos e a obtenção de conclusões gerais acerca de um determinado tema. Para tanto, essa revisão contempla as seguintes etapas metodológicas: estabelecimento da pergunta de pesquisa, procedimento para busca na literatura; categorização e avaliação dos estudos incluídos na revisão; análise dos estudos selecionados; interpretação dos resultados e síntese do conhecimento com a apresentação final da revisão (Mendes et al., 2008).

Seguindo a primeira etapa, foi definida a seguinte pergunta de pesquisa: “Como ensinar as Teorias de Enfermagem nos cursos de graduação em Enfermagem?”

Na segunda etapa foi realizado um levantamento bibliográfico via portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS[®]), nas bases de dados PubMed[®], *Cumulative Index of Nursing and Allied Health* (CINAHL[®]), SCOPUS[®], *WEB OF SCIENCE*[®], *Education Resources Information Center* (ERIC[®]) e EMBASE[®] no primeiro semestre 2020. Essas bases foram definidas por apresentarem periódicos indexados da área de Educação em Enfermagem.

Estabeleceu-se como critérios de inclusão: recorte temporal dos últimos 10 anos (2010-2020) devido à escassez de estudos sobre a temática, publicações nos idiomas português e inglês, independente de serem do ensino em curso presencial ou online e do método empregado. Como critérios de exclusão, foram estabelecidos estudos duplicados e que não respondessem à pergunta de pesquisa. A Figura 1, a seguir, apresenta as estratégias de busca, os respectivos termos padronizados utilizados, o número de estudos identificados e selecionados após a leitura dos títulos e resumos.

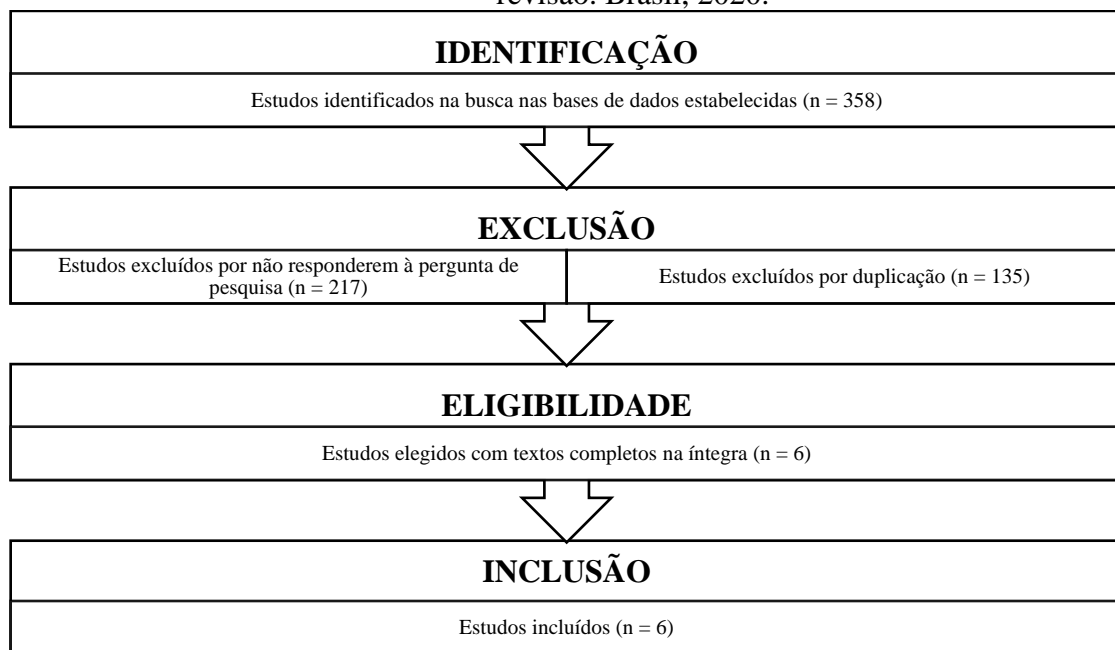
Figura 1. Estratégia de busca, descritores, estudos identificados e selecionados em cada base de dados. Brasil, 2020.

Base de dados	Estratégia de busca	Estudos Identificados	Estudos Selecionados
BVS [®]	((("Educação em Enfermagem" OR "Education, Nursing" OR "Educación en Enfermería") AND (Baccalaureate OR Bacharelado OR Bachillerato)) OR ("Bacharelado em Enfermagem" OR "Education, Nursing, Baccalaureate" OR "Bachillerato en Enfermería")) AND ("Teoria de Enfermagem" OR "Nursing Theory" OR "Teoría de Enfermería")	- 172 identificados - 8 duplicados - 161 excluídos (não respondiam à pergunta de pesquisa)	3 estudos (todos indexados na MEDLINE [®])
PubMed [®]	((("Education, Nursing" AND Baccalaureate) OR ("Education, Nursing, Baccalaureate")) AND ("Nursing Theory"))	- 71 identificados - 69 duplicados	2 estudos
CINAHL [®]	(MH "Education, Nursing, Graduate") AND (MH "Nursing Theory")	- 22 identificados - 21 excluídos (não respondiam à pergunta de pesquisa)	1 estudo
SCOPUS [®]	((("Education, Nursing" AND Baccalaureate) OR ("Education, Nursing, Baccalaureate")) AND ("Nursing Theory"))	- 58 identificados - 58 duplicados	Zero estudos
WEB OF SCIENCE [®]	((("Nursing Education" AND Baccalaureate) AND ("Nursing Theory"))	- Zero identificados	Zero estudos
ERIC [®]	MAINSUBJECT.EXACT("Nursing Education") AND MAINSUBJECT.EXACT("Graduation")	- 31 identificados - 31 excluídos (não respondiam à pergunta de pesquisa)	Zero estudos
EMBASE [®]	('nursing education' AND graduation) AND ('nursing theory')	- 4 identificados - 4 excluídos (não respondiam à pergunta de pesquisa)	Zero estudos
TOTAL		- 358 identificados - 135 duplicados - 217 excluídos (não respondiam à pergunta de pesquisa)	6 Estudos

Fonte: Dados do estudo, elaborado pela autora.

A Figura 2 mostra de maneira sintetizada a identificação, exclusão, elegibilidade e inclusão dos estudos.

Figura 2. Identificação dos estudos nas bases de dados, exclusão, elegibilidade e inclusão na revisão. Brasil, 2020.



Fonte: Dados do estudo, elaborado pela autora.

Os 6 estudos selecionados foram denominados de E1 a E6 para facilitar a identificação dos mesmos, conforme mostra a Figura 3.

Na terceira etapa, foi realizada a extração das informações contidas nos mesmos, a fim de se perceber o consenso das informações e formar um banco de dados para facilitar a posterior análise deles. Utilizou-se para essa etapa um instrumento para a coleta dos dados já validado, porém ele foi adaptado pela pesquisadora a fim de atender as especificidades das publicações selecionadas (Ursi, 2005).

Já na quarta etapa, as informações extraídas foram organizadas e os conteúdos foram analisados, possibilitando o agrupamento das evidências semelhantes, o que fez emergir 3 categorias temáticas, conforme apresentado no Figura 4.

Na quinta etapa, foi realizada a interpretação dos dados dos estudos selecionados permitindo assim a elaboração da discussão a qual integrou os achados desses estudos. Por fim, na sexta etapa, a apresentação final da revisão.

Mesmo não havendo exigência de encaminhamento dessa pesquisa a um Comitê de Ética

em Pesquisa, pelo estudo se tratar de uma pesquisa que lida com informações de domínio público, seguiu-se as recomendações preconizadas na Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016 (Brasil, 2016).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apenas um estudo foi realizado no Brasil (Santos et al., 2019), os demais são norte-americanos

(Turkel, 2018; Levitt & Adelman, 2010; Beckman et al., 2012; Berbiglia, 2011; Schuler, 2018). Das 6 publicações selecionadas, 1 estava na base de dados CINAHL[®] (Turkel, 2018), 2 na PUBMED[®] (Levitt & Adelman, 2010; Beckman et al., 2012) e 3 na MEDLINE[®] (Berbiglia, 2011; Schuler, 2018; Santos et al., 2019).

Quanto ao ano de publicação, 1 foi publicado em 2010 (Levitt & Adelman, 2010), 1 em 2011 (Berbiglia, 2011), 1 em 2012 (Beckman et al., 2012), 2 em 2018 (Turkel, 2018; Schuler, 2018) e 1 em 2019 (Santos et al., 2019).

Dos 5 estudos norte-americanos, 4 (Turkel, 2018; Levitt & Adelman, 2010; Beckman et al., 2012; Schuler, 2018) foram publicados por professores universitários de Enfermagem e 1 (Berbiglia, 2011) por uma consultora educacional. Já o estudo brasileiro (Santos et al., 2019), foi publicado por 6 mestrandos e 2 doutorandos do mesmo programa de pós-graduação de uma universidade pública do Estado de São Paulo.

Dos estudos norte-americanos, 3 foram publicados no periódico *Nursing Science Quarterly* (Turkel, 2018; Beckman et al., 2012; Berbiglia, 2011), 1 no periódico *Journal of Nursing Education* (Levitt & Adelman, 2010) e 1 no *Nurse Educator* (Schuler, 2018). O brasileiro foi publicado na Revista Brasileira de Enfermagem (Santos et al., 2019).

A seguir, a Figura 3 apresenta os 6 estudos que fizeram parte dessa revisão. A extração, organização e análise das evidências científicas emergidas dos estudos, permitiu o agrupamento das convergências, integrando dessa maneira os achados dos estudos e a identificação de 3 categorias temáticas intituladas de: Possibilidades para o ensino das Teorias de Enfermagem; Desafios no ensino das Teorias de Enfermagem e Recomendações para o ensino das Teorias de

Figura 3. Identificação das publicações segundo código/ano, autor(es), título e objetivos. Brasil, 2020.

Código e Ano da publicação	Autor(es) e título	Objetivos
E1 2018	Turkel MC et al. Thoughts About Nursing Curricula: Dark Clouds and Bright Lights	Os autores apresentaram preocupações quanto a inclusão de modelos conceituais e teorias de Enfermagem nos currículos de Enfermagem.
E2 2010	Levitt C, Adelman DS. Role-playing in nursing theory: engaging online students	Os autores relataram o uso da dramatização como uma estratégia para o ensino de Teorias de Enfermagem em curso de bacharelado de Enfermagem <i>online</i> .
E3 2012	Beckman SJ, Boxley-Harges SL, Kaskel BL. Experience informs: spanning three decades with the Neuman systems model	Os autores relataram a eficácia do Modelo dos Sistemas de Neuman para o desenvolvimento curricular de um programa de bacharelado em Enfermagem.
E4 2011	Berbiglia VA. The Self-Care Deficit Nursing Theory as a curriculum conceptual framework in baccalaureate education	O autor buscou reforçar a importância de utilizar as Teorias de Enfermagem como estruturas conceituais curriculares e delinear o conteúdo apropriado para programas de bacharelado que adotaram a estrutura conceitual da Teoria do Déficit do Autocuidado para o seu currículo.
E5 2018	Schuler MS. Using Arts-Based Learning to Teach Nursing Theory and Theoretical Frameworks	O autor objetivou descrever a experiência de uma aula baseada em artes para o ensino da Teorias de Enfermagem.
E6 2019	Santos BP et al. Formação e práxis do enfermeiro à luz das teorias de enfermagem	Os autores objetivaram relatar a experiência da construção do conhecimento de Enfermagem a partir das Teorias de Enfermagem e dos pontos de tangência com a práxis do enfermeiro.

Fonte: Dados do estudo.

A Figura 4, a seguir, apresenta as 3 categorias temáticas com as respectivas publicações que as compõem e a porcentagem correspondente.

Figura 4. Distribuição das categorias temáticas segundo os códigos dos estudos e a respectiva porcentagem. Brasil, 2020.

Categoria Temática	Estudos	Porcentagem
Possibilidades para o ensino das Teorias de Enfermagem	E1, E2, E4, E5	66%
Desafios no ensino das Teorias de Enfermagem	E1, E2, E3, E6	66%
Recomendações para o ensino das Teorias de Enfermagem	E1, E3, E4, E6	66%

Fonte: Dados do estudo.

Possibilidades para o ensino das Teorias de Enfermagem

Nessa categoria, fizeram parte 4 estudos (E1, E2, E4, E5), correspondendo a 66%. Eles abordaram tanto as possibilidades para se ministrar aulas teóricas sobre Teorias de Enfermagem quanto para a elaboração de currículos de graduação em Enfermagem baseados nas Teorias. Um estudo referiu algumas estratégias elaboradas pela escola de Enfermagem Christine E. Lynn da *Florida Atlantic University*, a fim de desenvolver os currículos de Enfermagem baseado nas Teorias de Enfermagem. Entre algumas das estratégias citadas estão: articular uma filosofia, missão e visão que reflitam a singularidade do conhecimento de Enfermagem; criar uma estrutura curricular, com cursos e abordagens de ensino-aprendizagem que incorporem os conceitos das Teorias de Enfermagem; ministrar cursos sobre Teorias de enfermagem; orientar novos professores para ensinar a partir de perspectivas teóricas de Enfermagem que orientam o currículo da instituição e as formas de abordagens para o ensino-aprendizagem; propor discussões entre docentes e órgãos de classe da categoria; candidatar-se a posições de liderança dentro de organizações de classe a fim de influenciar conteúdos e discussões; focar na pesquisa de professores e alunos de doutorado objetos relacionados a ciência do cuidado; e apoiar centros liderados por enfermeiros e práticas do corpo docente que sejam projetos de demonstração de práticas guiadas pelas Teorias de Enfermagem (Turkel, 2018).

Outro estudo relatou a experiência do ensino das Teorias de Enfermagem na modalidade *online*, utilizando de maneira bastante criativa a dramatização como uma estratégia educacional. Os alunos adotaram a identidade de um teórico de Enfermagem específico, estudaram a teoria dele cerca de 3 semanas e postaram conteúdos em nome do teórico. O docente atuou moderando os diálogos com perguntas estruturadas, percebeu-se uma mistura de humor e discussões sérias nas postagens e o estudante dessa maneira, pode interagir com os outros teóricos. Essa estratégia criativa trouxe resultados positivos e maior interesse por parte dos alunos em aprender o conteúdo, pois houve maior envolvimento, fato percebido através do aumento do número de postagens e das avaliações dos alunos, que narraram maior prazer em aprender Teorias de Enfermagem (Levitt C & Adelman, 2010).

Corroborando com esse estudo, outra publicação também apresentou uma estratégia baseada na arte para ensinar Teorias de Enfermagem. Antes da aula o docente designava que os estudantes lessem sobre a teoria que seria estudada e no dia da aula era disponibilizado um quadro branco e materiais de artesanato para expressarem de maneira criativa as estruturas conceituais da Teoria de Enfermagem que estudaram. O uso dessa estratégia baseada na arte, permitiu uma melhor compreensão dos estudantes sobre o conteúdo (Schuler, 2018).

Outro estudo analisou a experiência do uso da Teoria do Autocuidado de Orem como base para a elaboração dos currículos de Enfermagem. Seu uso foi implantado por 3 universidades americanas cujos programas variam em alguns aspectos, mas possuem como eixo central a aplicação dos conceitos teóricos da teórica para abordar os conteúdos de Enfermagem (Berbiglia, 2011).

Desafios no ensino das Teorias de Enfermagem

Fizeram composição dessa categoria 4 estudos (E1, E2, E3, E6), representando 66%. Os estudos abordaram a pouca valorização das Teorias de Enfermagem e a desarticulação entre o conteúdo teórico e a prática.

Um estudo discutiu que poucos currículos de cursos de graduação se baseiam na ciência da Enfermagem, muitos programas referem-se a evidências científicas, mas não deixam claro se essas são da ciência de Enfermagem ou de outras ciências. Há mais foco nas práticas interdisciplinares do que em práticas baseadas nas Teorias de Enfermagem. Poucos enfatizam consistentemente o ensino dos conceitos das teorias desde o início do curso a fim de auxiliar os estudantes a desenvolver seus conhecimentos de Enfermagem (Turler, 2018).

Os mesmos autores ainda referem que não são mais ensinados os modelos conceituais e Teorias de Enfermagem em programas de graduação ou pós-graduação demonstrando que a ciência de Enfermagem é considerada como tendo pouca ou nenhuma relevância (Turler, 2018).

Além disso, também citam inúmeras preocupações: os enfermeiros não sabem a base de conhecimento, a ciência e a História da Enfermagem. Os estudos de doutorado não geram e não usam Teorias de Enfermagem para fundamentar as suas respectivas metodologias e há prevalência pelo ensino das habilidades clínicas, tanto na graduação quanto na pós-graduação (Turler, 2018).

Outro estudo publicou a experiência de 3 décadas de um currículo baseado na Teoria de Enfermagem de Neuman, abordando a construção desse currículo e seus desafios como: afastar-se do modelo médico para a construção dos conteúdos; alterar o paradigma docente para um novo pensamento baseado na ciência da Enfermagem; implantar os conceitos da Teorias ao currículo e aos conteúdos; buscar a compreensão pelos docentes em como implantar a Teoria de Enfermagem; orientar e reorientar docentes; a rotatividade de professores e acompanhar as mudanças nos ambientes de saúde. Entretanto, mesmo com um trabalho árduo, a faculdade manteve-se fiel a implantação do novo currículo e preocupada em acompanhar e avaliar continuamente os resultados dele, que foram positivos, por formar profissionais que atenderão a clientela com mais qualidade por estarem baseados na ciência da Enfermagem (Beckman et al.,

2012).

Outro estudo reforçou a questão de o ensino das Teorias de Enfermagem ser algo desafiador e desarticulado da prática (Levitt & Adelman, 2010).

Compartilhando com a publicação acima, um relato de experiência apresentado em uma das publicações, versando sobre as atividades didáticas realizadas em uma disciplina optativa intitulada “Teorias de Enfermagem: da construção do conhecimento às taxonomias NANDA, NIC e NOC”, ministrada no curso de pós-graduação *Senso Strictu* de uma universidade pública do Estado de São Paulo relatou que as discussões entre os alunos emergiram da divergência entre o que é preconizado nas Teorias de Enfermagem e a práxis da área (Santos et al, 2018).

Recomendações para o ensino das Teorias de Enfermagem

Essa categoria também foi composta por 4 estudos E1, E3, E4, E6, correspondendo a 66%. Trouxeram como recomendações a importância da inclusão da disciplina Teorias de Enfermagem em cursos de graduação e pós-graduação para a formação do enfermeiro e algumas estratégias para isso.

Um estudo recomendou que todos os estudantes de Enfermagem aprendam o significado da ciência da Enfermagem desde o primeiro ano do curso, uma vez que, nenhum curso deve ficar sem discutir com os estudantes quem somos e o que fazemos. Foi reforçado que é preciso ensinar aos enfermeiros que eles necessitam de uma base científica e da aplicação dos metaparadigmas das Teorias de Enfermagem para o alcance dos resultados em saúde. Além disso, que é hora de os enfermeiros mostrarem como a assistência guiada pelas Teorias de Enfermagem contribui para a qualidade da assistência e diminui a morbimortalidade dos pacientes (Turler, 2018).

Outro estudo retratou que o desenvolvimento de um currículo na graduação em Enfermagem é um processo dinâmico, reflexo da missão e visão imperativas na universidade e que o uso de um modelo curricular baseado em uma Teoria de Enfermagem deve ser avaliado por cada instituição e pelos seus resultados educacionais (Beckman et al., 2012).

Também enfatizou a importância do esforço docente para a implantação de um currículo baseado em uma Teoria de Enfermagem, sendo sugerido que continuamente docentes da teoria e prática criem um consenso para a forma de ensino que podem se dar através da técnica de grupos focais por incentivarem a colaboração, a participação ativa dos participantes e anularem diferenças históricas entre um programa em vigor e um novo formulado a partir de uma Teoria de Enfermagem (Beckman et al., 2012).

Em outra publicação, a autora reforçou a importância da utilização das Teorias de

Enfermagem como estruturas conceituais para os currículos e as estratégias para alcançar isso estão relacionadas a: implementar mais contato entre as teorias de Enfermagem, docentes e estudantes; melhorar a compreensão e a apreciação dos educadores de Enfermagem para estruturas conceituais do currículo; promover um currículo baseado na Teoria de Enfermagem que influencie o cenário nacional da educação em Enfermagem; retornar o foco do ensino de Enfermagem a Enfermagem e apoiar e defender a prática clínica com os conceitos da profissão (Berbiglia, 2011).

Por fim, outra publicação mostrou ser fundamental na formação do enfermeiro a compreensão do seu papel social, legal, ético/moral e que conhecer os conceitos das Teorias de Enfermagem favorecem a prática profissional por fundamentar o raciocínio clínico, crítico e a escolha das melhores intervenções para o alcance de resultados. Os autores concluem recomendando que essa temática seja obrigatoriamente inserida nos currículos de graduação de Enfermagem (Santos et al, 2019).

Conclusão

Os estudos selecionados reforçaram os desafios para o ensino das Teorias de Enfermagem, destacando-se a pouca valorização dessa temática e a desarticulação entre o conteúdo teórico e a prática. Porém, também sinalizaram as possibilidades de ensino a partir de estratégias criativas (dramatização e uso da arte), inovadoras e possíveis de serem implementadas para atrair os estudantes para a temática, aprimorar os projetos pedagógicos e orientar docentes no ensino delas. Além disso, foram demonstradas algumas recomendações como a inserção de uma disciplina que aborde Teorias de Enfermagem nos cursos de graduação e pós-graduação.

Entretanto, mesmo sendo realizado um levantamento rigoroso em diversas bases de dados e não restringindo a inclusão de publicações internacionais, o quantitativo dos estudos selecionados refletiu a escassez de literatura sobre o objeto desse estudo, o que se tornou uma limitação, justificando inclusive o número reduzido de referências bibliográficas citadas na composição desse artigo.

Diante disso, sugere-se que mais estudos primários sejam realizados para, dessa forma, sinalizarem a importância do fortalecimento do ensino das Teorias de Enfermagem na graduação, por essas serem a base científica do cuidar.

REFERÊNCIAS

- Barrett, E.A.M. (2017). Again, What is Nursing Science? *Nursing Science Quarterly*, 30(2), 129–133. <https://doi.org/10.1177/0894318417693313>
- Beckman, S.J., Boxley-Harges, S.L., & Kaskel, B.L. (2012). Experience informs: spanning three decades with the Neuman systems model. *Nursing Science Quarterly*, 25(4), 341–346. <https://doi.org/10.1177/0894318412457053>
- Berbiglia, V.A. (2011). The self-care deficit nursing theory as a curriculum conceptual framework in baccalaureate education. *Nursing Science Quarterly*. 24(2), 137–145. <https://doi.org/10.1177/0894318411399452>
- Brandão, M.A.G., Barros, A.L.B.L., Primo, C.C., Bispo, G.S., & Lopes, R.O.P. (2019). Teorias de enfermagem na ampliação conceitual de boas práticas de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 72(2), 577-81. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-03959>
- Chanes, M (2020). *Descomplicando as teorias de Enfermagem: um guia prático para entender e utilizar as teorias de Enfermagem*. São Paulo: Andreoli.
- Garcia, T.R., & Nóbrega, M.M.L. (2004). Contribuição das teorias de enfermagem para a construção do conhecimento da área. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(2), 228-32. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000200019>
- Levitt, C., & Adelman, D.S. (2010). Role-playing in nursing theory: engaging online students. *Journal of Nursing Education*. 49 (4), 229-232. Retrieved from: <https://www.healio.com/nursing/journals/jne/2010-4-49-4/%7B6f9152f2-e87b-4e51-a3ad-b89b1aece2b3%7D/role-playing-in-nursing-theory-engaging-online-students>
- Lucena, I.C.D., & Barreira, I.A. (2011). Revista enfermagem em novas dimensões: Wanda Horta e sua contribuição para a construção de um novo saber da enfermagem (1975-1979). *Texto & Contexto Enfermagem*. 20(3), 534-40. <http://doi.org/10.1590/S0104-07072011000300015>
- Matos, J.C., Luz, G.S., Marcolino, J.S., Carvalho, M.D.B., & Peloso, S.M. (2011). Ensino de teorias de enfermagem em Cursos de Graduação em Enfermagem do Estado do Paraná – Brasil. *Acta Paulista de Enfermagem*. 24(1), 23-8. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000100003>
- McEwen, M., & Wills, E.M. (2016). *Bases teóricas de Enfermagem*. (4ªed). Porto Alegre: Artmed.

- McGrae, N. (2012). Whiter nursing models? The value of nursing theory in the context of evidence-based practice and multidisciplinary health care. *Journal of Advanced Nursing*. 68(1), 222-229. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05821.x>
- Mendes, K.D.S., Silveira, R.C.C.P., & Galvão, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*. 17(4), 758-764. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
- Merino, M.F.G.L., Silva, P.L.A.R., Carvalho, M.D.B.C., Pelloso, S.M., Baldissera, V.D.A., & Higarashi, I.H. (2018). Teorias de enfermagem na formação e na prática profissional: percepção de pós-graduandos de enfermagem. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 19:e3363. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2018193363>
- Ministério da Saúde (BR) (2016). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Diário Oficial [da] União. 2016 mai. 24; Brasília (DF); Seção 1. p. 44-46. Recuperado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
- Santos, BP, Sá, FM, Pessan, JE, Crivelaro, LR, Bergamo, LN, Gimenez, VCA, Fontes, C.M.B., & Plantier, G.M. (2019). Formação e práxis do enfermeiro à luz das teorias de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 72(2), 593-7. <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0394>
- Schaurich, D., & Crossetti, M.G.O. (2010). Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 14(1), 182-188. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000100027>
- Schuler, M.S. (2018). Using arts-based learning to teach nursing theory and theoretical frameworks. *Nurse Educator*. 43(4). <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000485>
- Turkel, M.C., Fawcett, J., & Amankwaa, L. (2018). Thoughts about nursing curricula: dark clouds and bright lights. *Nursing Science Quarterly*. 31(2), 185–189. <https://doi.org/10.1177/0894318418755734>
- Ursi, E.S. (2005). *Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: Ribeirão Preto. Recuperado de <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18072005-095456/pt-br.php>

El cuidado de sí mismo en enfermería. una visión con perspectiva de género

The care of the self as in nursing. a visión with a gender perspective

Autocuidado na enfermagem. uma visão com perspectiva do gênero

Ian Coahpetzin Zavala Pérez¹, Cinthia Viridiana Olea Gutiérrez², Martha Ofelia Valle Solís³.

¹ Maestro en Enfermería y Psicólogo, estudiante de la Maestría en Estudios de Género y colaborador del Cuerpo Académico de Investigación Salud Comunitaria en la Unidad Académica de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nayarit, México. Correo electrónico: ian.zavala@uan.edu.mx. Orcid: <http://dx.doi.org/0000-0003-1374-3770>.

² Doctora en Ciencias de la Salud Pública por la Universidad de Guadalajara, México. Docente universitaria en la Unidad Académica de Enfermería y en la Maestría de Salud Pública de la UAN. Integrante del Cuerpo Académico de Salud Comunitaria. Correo electrónico: cinthia.olea@uan.edu.mx. Orcid: <http://dx.doi.org/0000-00002-0258-7293>.

³ Doctora en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León, México. Docente universitaria en la Unidad Académica de Enfermería y en la Maestría de Salud Pública de la UAN. Integrante del Cuerpo Académico Salud Comunitaria. Correo electrónico: martha.valle@uan.edu.mx. Orcid: <http://dx.doi.org/0000-0001-8772-6549>.

Cómo citar este artículo en edición digital: Coahpetzin Zavala Pérez, I., Viridiana Olea Gutiérrez, C., & Ofelia Valle Solís, M. (2022). El cuidado de sí mismo en enfermería. una visión con perspectiva de género. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 26(63). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2022.63.15>

Correo electrónico de contacto: ian.zavala@uan.edu.mx

Correspondencia: Ian Coahpetzin Zavala Pérez, Unidad Académica de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nayarit, México, ciudad de la Cultura “Amado Nervo” S/N, Col. Centro, CP. 63000, Tepic, Nayarit; México.



Recibido: 20/12/2021 Aceptado: 10/03/2022

ABSTRACT

The emancipatory pattern has allowed the foundation and development of the nursing discipline, towards a way of thinking from critical theory. The purpose of the study is to reflect on the possibility that the nursing professional has to develop through the personal pattern a strategy for the emancipation of consciousness in heteronormative-patriarchal structures within the control state apparatuses (health

institutions) where technification, medicalization and pathologization of life is above self-care and health care as a human experience. To address the issue, the analytical category of Gender was used in a transversal way, which allows to make visible the power relations that generate inequalities based on sexual difference. Then, it is understood that all things, people or professions perceived as feminine (as in the case of the nursing profession) are subordinated and oppressed compared to those perceived as masculine. Caring and knowledge patterns for self-care are proposed as resistance to inequalities generated by the integration of the biomedical-heteropatriarchal model in nursing thought and practice.

Keywords: Self Care; Professional Autonomy; Nursing; Gender Identity.

RESUMEN

El patrón emancipatorio ha permitido sustentar y desarrollar la disciplina de enfermería hacia un modo de pensar desde la teoría crítica. El propósito del estudio es reflexionar sobre la posibilidad que posee el profesional de la enfermería para desarrollar a través del patrón personal una estrategia para la emancipación de conciencia en estructuras heteronormativas-patriarcales dentro de los aparatos de control (instituciones de salud) donde la tecnificación, la medicalización y patologización de la vida está por encima del cuidado de sí y del cuidado de la salud como experiencia humana. Para abordar el tema, se utilizó de manera transversal la categoría analítica de género que permite visibilizar las relaciones de poder generadoras de desigualdades a partir de la diferencia sexual. Entonces, se entiende que todo aquello cosas, personas o profesiones percibidas como femeninas (como en el caso de la profesión de enfermería) quedan subordinadas y oprimidas frente a las percibidas como masculinas. Se propone el *Caring* y los *patrones de conocimiento* para el cuidado de sí como resistencia a las desigualdades que genera la integración del modelo biomédico-heteropatriarcal en el pensamiento y praxis enfermera.

Palabras clave: Autocuidado; Autonomía Profesional; Enfermería; Género.

RESUMO

O padrão emancipatório permitiu o sustento e desenvolvimento da disciplina da enfermagem, uma forma de pensar a partir da teoria crítica. O objetivo do estudo é a reflexão sobre a possibilidade do profissional da enfermagem para desenvolver através do padrão pessoal uma estratégia para a emancipação da consciência nas estruturas heteronormativas-patriarcales dentro dos dispositivos de controle (instituições de saúde) onde a técnicação, medicalização e patologização da vida estão acima do autocuidado e da atenção à saúde como experiência humana. Para abordar a questão, categoria analítica de gênero foi utilizada de forma transversal para possibilitar tornar visíveis as relações de poder que geram desigualdades a partir da diferença sexual. Entende-se então que todas as coisas, pessoas ou profissões percebidas como femininas (como no caso da profissão da enfermagem) são subordinadas e oprimidas contra aquelas percebidas como masculinas. Padrões de cuidado e *autocuidado* são propostos como resistência às desigualdades geradas pela integração do modelo biomédico-heteropatriarcal ao pensamento e prática do enfermeiro.

Palavras-chave: Autocuidado; Autonomia Profissional; Enfermagem; Identidade de Gênero.

INTRODUCCIÓN

La situación de enfermería en el trabajo de los cuidados remunerado. Lo personal es político.

La desigualdad de género tiene sus antecedentes en el hogar y en el empleo. Esta deriva de representaciones basadas en el género y de la división sexual del trabajo en funciones productivas y reproductivas, que persisten en las diferentes culturas y contextos socioeconómicos. Aunque existen variaciones regionales, el modelo familiar en el que el hombre

es el proveedor sigue estando, en general, profundamente arraigado en la estructura de las sociedades, y la función de cuidadora de la mujer en la familia continúa siendo central. Este modelo se reproduce en los hospitales y clínicas a través de las representaciones sociales y la materialización de los cuerpos como instrumentos que producen y reproducen capital, en este caso particular, cuidados (Organización Internacional del Trabajo, 2019).

Para analizar las relaciones de poder que atraviesan a personas en lo individual y en lo colectivo; en este caso a las personas adscritas a la profesión de enfermería, la teórica Scott (2015) establece los elementos del género como categoría problematizadora donde se analiza el lenguaje, los símbolos y signos; los conceptos normativos binarios (doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas); en la macroestructura y la microestructura (instituciones sociales); a la identidad subjetiva (transforma la sexualidad biológica en un proceso de culturalización) y otras categorías como la clase, la raza/etnia que forman parte de la interseccionalidad (Scott en Lamas, 2015).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) define que un empleo de buena calidad relacionado con el cuidado que promueva la igualdad de género y beneficie a todas las partes interesadas es posible y factible ya que la inversión en la economía del cuidado podría generar 475 millones de empleos para el 2030 lo anterior en coherencia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Organización Internacional del Trabajo, 2019).

Según el objetivo 5 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible que suscribe la Igualdad de Género establece que, aunque hay más mujeres que nunca en el mercado laboral, todavía hay grandes desigualdades en algunas regiones, y sistemáticamente a las mujeres se les niegan los mismos derechos laborales que tiene los hombres. Hay mujeres como profesionales que nunca ocupan cargos públicos (Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo, 2015).

El sistema sexo-género ha sido la fórmula que el modelo económico a instalado para organizar el trabajo de la ciudadanía; en éste las funciones o tareas van configurando y reconfigurando los cuerpos que ejecutan dichas actividades. El trabajo de los cuidados históricamente ha sido relegado a las mujeres a partir de discursos esencialistas de la biología sobre lo que significa ser mujer u hombre. En México somos 305 mil enfermeras y enfermeros. Es decir, menos de 3 por cada mil habitantes. De ese total, cerca del 80% son mujeres y poco se sabe de enfermeras mujeres u hombres que hayan ocupado puestos de autoridad como una secretaría de salud o jefatura de algún hospital o clínica. Las funciones de enfermería son

delimitadas por las normas o leyes institucionales que les despojan del poder (techos de cristal) y las colocan en los espacios clínico/asistenciales donde difícilmente se pueden tomar decisiones o construir políticas para la construcción de la igualdad. Esto acontece a pesar de demostrar competencias gerenciales únicas (El universal, 2020).

El movimiento *Nursing Now* (2020) que pretende emancipar al profesional de la enfermería a través de mejorar el estatus de la profesión en el mundo, influyendo en la formulación de políticas y denotando apoyo a los profesionales de la enfermería para liderar, aprender y construir un cambio global ha sido golpeado por la epidemia de COVID-19, estableciendo una nueva ruta donde un año que suponía sería para la enfermería fue usurpado por unas olas de crisis globales que en México y Latinoamérica se pueden observar en materia de salud, seguridad, cuidados y economía.

Desde este movimiento político y global se pretendía empoderar a las y los profesionales de la enfermería asumiendo liderazgos; sin embargo, las voluntades políticas de los países involucrados no son iguales; así mismo, sus integrantes. En México las intersecciones como la clase, la raza y el género son diferentes a las de otros países como los europeos o norteamericanos. En la nación mexicana todavía se observa que las personas que aspiran a convertirse en profesionales del cuidado son de escasos recursos, de origen rural, hacen migración forzada para poder estudiar la licenciatura en universidades públicas o privadas ubicadas en zonas urbanas y esperan una vez concluido los estudios obtener el título para poder ingresar a la fila de contratados en hospitales públicos o privados. Poco se habla de emprender o establecer otras rutas laborales. No existe pues, una intención clara de formar líderes sino subordinados.

Entonces, si bien es cierto que la epidemia actual por COVID-19 detonó una mayor visibilización del cuidado realizado por el profesional de enfermería en lo local y mundial, debido a que estuvieron en el centro haciendo frente a la crisis en salud a partir de contenciones (atención y cuidados especializados); este hecho no se transformó en un llamamiento para que los profesionales de enfermería se involucrarán en políticas para la construcción de la igualdad laboral en relación con otras profesiones, o en su defecto, favorecieran una administración de la biopolítica diferente a través de propuestas de cambio en las culturas organizacional del trabajo (menos jerarquizada) dentro de las instituciones de salud (CLACSO, 2020).

DESARROLLO DEL TEMA

Los análisis realizados en el campo de la sociología de las profesiones demuestran que en Enfermería aún persisten relaciones de subordinación frente a otras profesiones consideradas masculinas. Pero debido al espacio e intereses compartidos con la profesión médica esta relación se torna desigual y con jerarquía notoriamente verticales que impiden de forma frecuente que el profesional de la enfermería priorice las actividades profesionales dependientes entorno al cuidado *-la figura del médico es el referente de actuación y el enfoque biomédico su camino-*, dando como resultado una escasa autonomía técnica traducida en una escasa o nula jurisdicción en los cuidados (García et. al., 2012; Durán, 2020). Además, se percibe una falta de definición como disciplina (existe una ceguera epistemológica). Dicha problemática, se agudiza cuando el gremio es interseccionado por el género. La feminización de la profesión y su esencia: los cuidados, vistos desde el sistema sexo-género binario se reduce a una función reproductiva-femenina-de la naturaleza y en consecuencia infravalorados frente a las funciones productivas de los hombres de proveedor-protector-generator de cultura una idea o representación más asociada a la medicina (Rubin, 1986; Martínez y Chamorro, 2017; Medina et al., 2010; Molinier y Legarreta, 2016). Cano (2004) da cuenta desde un análisis histórico que la profesión es una creación humana, y todo lo que es una creación humana, es una creación histórica. En consecuencia, un profesional ha de ser una persona que tenga conciencia de su rol, y este es un rol histórico-social creado por los hombres, por las sociedades, por el modelo económico.

El género potencia que se naturalicen las desigualdades sociales y se interprete como natural algo que es una construcción social. Al igual ocurre en la estructura hospitalaria (aparato de control), donde se dan por naturales actuaciones aprendidas, enseñadas y performateadas que discurren.

Feministas mexicanas como Lamas y Lagarde refieren que el género utiliza dispositivos de disciplinamiento (vigilan/castigan); son mitos, representaciones, imágenes, símbolos, etc. Estos estereotipos en la profesión se encargarán de regular el comportamiento de sus agremiados y serán aplicados por las instituciones (aparato de control) y sujetos de autoridad como mediadores entre el profesional de enfermería y la institución. Uno de los estereotipos en la profesión es que como son mujeres *“Tienden a Cuidar a los demás en detrimento de su propio cuidado”*. Este es un estereotipo de género perpetuado a lo largo de la historia y es el (Don) el dar, el sacrificio (Carrasco et.al., 2005; Collado y Castillo, 2017; García Peña, 2016).

La relación cuidado de sí-poder-emancipación

En el caso de la profesión de enfermería, las enfermeras se caracterizan por ser buenas ejecutoras, pero la crítica y el juicio sobre su actividad cotidiana ha sido escaso. Pero *¿en qué momento se piensan?, ¿cuándo cuidan de sí las enfermeras?* y en palabras de Virginia Woolf *¿Cuentan las enfermeras con “una habitación propia” para el cuidado de sí?* (Woolf, 2017).

En la literatura y en las teorías de enfermería se reitera la necesidad de que la enfermera tenga el liderazgo socioemocional en la atención de la salud, dando a conocer su genealogía y reescribiendo la historia para que ella y algunos hombres se hagan visibles a través de los cuidados. Además, se identifica que la enfermería está dentro del sistema, pero a la vez está en la periferia, lo que no debe hacer es identificarse con el sistema principal y diluirse en él porque es así como pierde “poder” frente a las otras profesiones consideradas masculinas (Cárdenas-Becerril y Silveira Kempfer, 2018).

Guerrero y Cid (2015) hacen referencia de como el filósofo francés Foucault efectúa un análisis sobre el poder y como la enfermera se relaciona y convive con él. Así mismo, Amezcua (2004, 2009) se refiere lo siguiente:

“Ya el mismo Foucault, desde su cátedra del Collège de France, se refirió al saber enfermero como uno de los muchos saberes sometidos, un saber silencioso y silenciado que según Meleis se da cuando se deja de abstraer y organizar todo el conocimiento que cada día miles de enfermeras producen pero que no llegan a sistematizar y mucho menos a publicar”.

Pero ¿Qué es el poder? y ¿de qué manera la enfermera puede emanciparse?

El poder no es una sustancia. Tampoco es un misterioso atributo cuyo origen habría que explorar. El poder no es más que un tipo particular de relaciones entre individuos. El rasgo distintivo del poder es que algunos hombres pueden, más o menos, determinar por completo la conducta de otros hombres, pero jamás de manera exhaustiva o coercitiva. Un hombre encadenado y azotado se encuentra sometido a la fuerza que se ejerce sobre él. Pero no al poder. (Foucault M. en Tecnologías del Yo, 1990: 138)”.

Para emanciparnos necesitamos poder. Hablemos del poder

En la epistemología de la disciplina de Enfermería existen saberes (poderes) que por

largo tiempo han sido ignorados por el profesional. Se argumenta que los saberes de la ciencia del cuidado humano son complejos y difíciles de derivar a las prácticas de atención en salud hetero normadas y patriarcales de las instituciones de salud. Para ser coherentes, las enfermeras han construido protocolos estandarizados ignorando las diferencias de configuración identitaria y omitiendo por completo la matriz de interseccionalidad que atraviesa a todos los cuerpos. La finalidad de dicha azaña es seguir la lógica biomédica de eficientar y lograr objetivos en los procesos de atención no diferenciada en las salas de los hospitales en detrimento del cuidado de las personas (Irigibel, 2010).

En la disciplina de Enfermería Chinn y Krammer (2008) citadas por Gómez y Gutiérrez (2011) proponen el *Patrón de conocimiento emancipatorio*. El concepto *emancipatorio* las autoras lo describen como:

Capacidad no solo de darse cuenta de las injusticias en el orden social, sino de examinar críticamente por qué las injusticias no son reconocidas ni salen a la luz, y para identificar los cambios sociales y estructurales que se requieren para enderezar los errores sociales e institucionales. Este tipo de conocimiento también examina la naturaleza del conocimiento mismo. Tiene en cuenta las dinámicas de poder que crean conocimiento y contextos políticos y sociales que le dan forma e influyen en el conocimiento y el saber. Busca liberarse de los contextos institucionales e institucionalizados social y políticamente que apoyan aquello que es injusto y que perpetúan las ventajas para unos y desventajas para otros (p.120).

Además, agregan que el conocimiento emancipatorio es diferente al pensamiento crítico. El primero no solo busca resolver problemas, sino que los redefine, revelando relaciones entre ellos y con contextos (análisis de coyuntura) políticos y sociales para crear un nuevo pensamiento (un modo diferente de pensar).

En este punto, se reconocen como expresiones del *conocimiento emancipatorio*: las cartografías, las historias, los poemas, los casos (narrativas) y todo aquello que retrate el dolor de la desigualdad, una visión del presente o del futuro, o las dos cosas (Chinn y Krammer, 2008 citadas por Gómez y Gutiérrez, 2011; Raile, 2018: 296).

Un segundo poder/saber es el Patrón del *conocimiento sociopolítico*. Según White citada

por Gómez y Gutiérrez (2011) establece un:

Contexto sociopolítico de las personas en la relación enfermera paciente tiene que ver fundamentalmente con la identidad cultural, puesto que es en la cultura donde cada persona está ubicada intrínsecamente. Este patrón también relaciona asuntos históricos que están muy conectados a la noción de territorio y de herencia (p. 117).

En relación con este patrón se afirma que las ideas de enfermería carecen de una arqueología método para una genealogía histórica para analizar los hechos “los discursos que discurren” (Foucault, 1990: 16) del mundo de lo social, lo político y lo económico, que influyen tanto en los estados del cliente como en la profesión de enfermería. Esto implica que las enfermeras “deban conocer los mecanismos que señalan su posición dentro de las políticas de salud y mantener una imagen que este respaldada por un conocimiento que sustente su posición” (Gómez y Gutiérrez, 2011: 118).

Finalmente, las disciplina y el profesional de la enfermería cuenta con el patrón de conocimiento personal propuesto por White (1995) citada por Gómez y Gutiérrez (2011) tiene que ver con:

Conocer, encontrar y dar realidad al ser individual concreto, uno no sabe de sí mismo, sino que simplemente se esfuerza por conocerse a sí mismo. Se da en relación con los otros. El conocimiento personal implica conocerse a sí mismo y al ser del otro. La enfermera acepta y promueve la libertad de los otros para crear su propio ser y su proceso de llegar a ser. Las tecnologías del yo utilizadas son: la narrativa y la autorreflexión como fuente de conocimiento (p: 113).

Los patrones de conocimiento de enfermería mencionados hacen referencia y coinciden con las tecnologías de poder que Michel Foucault refiere y las cuales versan en las relaciones muerte, vida, verdad y obediencia (herencia del modelo pastor-rebaño) que posteriormente viene a convertirse en el modelo ciudad-ciudadano: (Escobar y Sanhueza, 2018; Foucault, 1990: 48).

Las tecnologías de la producción: permiten producir, transformar o manipular cosas.

Las tecnologías de sistemas de signos: permite utilizar signos, sentidos, símbolos o significaciones (*lenguaje*).

Las tecnologías de poder: determinan la conducta de los individuos, los someten a cierto tipo

de fines o de dominación, y consisten en una objetivación del sujeto.

Las tecnologías del Yo: permiten a los individuos efectuar, por cuenta propia o con la ayuda de otros, cierto número de operaciones sobre su cuerpo y su alma, pensamientos, conducta, o cualquier forma de ser, obteniendo así una transformación de sí mismos con el fin de alcanzar cierto estado de felicidad, pureza, sabiduría o inmortalidad.

El cuidado de sí. M. Foucault en su hermenéutica hace referencia a la filosofía grecorromana y a la espiritualidad cristiana, en éstas explica a través del método arqueológico las prácticas “del cuidado de sí” que para los griegos era “ocuparse de uno mismo”, que posteriormente, es traducido como “*conócete a ti mismo*”.

Este principio Delfico “conócete a ti mismo”. Hace referencia al cuidado de sí que consiste en el conocimiento de sí (patrón del conocimiento personal en la disciplina de Enfermería). El conocerse a sí mismo se convierte en el objeto de la búsqueda del cuidado de sí. La ocupación consigo mismo y las actividades políticas están relacionadas (patrón personal en relación con el patrón sociopolítico).

Análisis del poder-emancipación del profesional de la Enfermería desde el género

Sin embargo, existe una problemática invisible que atraviesa a los cuerpos que constituyen a los profesionales de la enfermería, es decir, las enfermeras y los enfermeros poseen cuerpos genéricos y en consecuencia se encuentran interseccionados por la raza, la clase, y una historia colectiva de violencias por constituirse y representarse a través de los cuerpos femeninos de las mujeres.

Entonces, si la emancipación tiene todo que ver con el poder y el poder es simbólico y desde la mirada foucaultiana, el poder es “cuidar de sí” y más tarde “conocerse a uno mismo”. Las enfermeras y los enfermeros a pesar de tener los patrones de conocimiento como pilares teóricos que guían la praxis han sido obstaculizadas por las estructuras de poder (hospitales y clínicas) con políticas gubernamentales que sirven como aparatos de control para limitar esta posibilidad. Se considera el siguiente cuestionamiento esencial para la reflexión de la problemática planteada (Foucault, 1987).

¿Quiénes podían cuidar de sí?

Ocuparse de uno mismo es un privilegio de los gobernantes, pero también un imperativo. La obligación de la preocupación por uno mismo se ve, sin embargo, ampliada en el sentido de que es válida para todos los hombres, aunque con las siguientes reservas: a) no se dice *ocúpate de ti mismo* más que a aquellas personas que tienen capacidad cultural, económica y social: la élite cultivada (separación de hecho); b) no se dice *ocúpate de ti mismo* más que a las personas que pueden distinguirse de la muchedumbre, de la masa, ya que la preocupación por uno mismo no tiene lugar en la práctica cotidiana sino que es propia de una élite moral (separación impuesta).

Maffía (2018) advierte como es que las mujeres no figuran en el cuidado de sí, el Cuidado de sí, el preocuparse por uno mismo, el pensarse, como actividad generadora de conocimiento era para ciertos y cuales grupos de hombres, no existía la posibilidad de cuidarse si se era de otra clase, de la clase “*mujer*” o “*esclavo*”.

En aquella época (grecorromana), los hombres eran quienes gobernaban (y todavía lo hacen), entonces, se cuidaba aquel que era hombre y dueño de propiedades (dueñismo), el que trabajaba era esclavo o era una mujer (ellas se encargaban de las funciones reproductivas para perpetuar la especie), los aspectos del saber y los secretos del amor se daban entre los hombres maestros y discípulos. Las mujeres eran percibidas como sujetos no dignos para el saber y el amor. En conclusión, solo los hombres podían conocerse, construir saberes, así es como lo histórico da luz para esclarecer el presente. Más tarde con el modelo capital las relaciones entre hombres y mujeres cambiarían a través de división sexual del trabajo donde las funciones que los hombres desarrollarían son las productivas: proveedor/protector y las mujeres reproductivas: cuidados/crianza/trabajo doméstico (Organización Internacional del Trabajo, 2019; [Pessolano, 2016](#) y [Gayle, 1986](#)).

El poder y su relación con el Cuidado (caring) como camino a la emancipación

Saillant (2009) refiere que la economía del cuidado y el modelo feminista integrado por autoras como Fisher, Noddings, Tronto y Kittay proponen teorías que describen al *caring* como una problemática de género y producto de las relaciones (de poder) sociales entre los sexos. En esta línea argumentativa se podrán leer ideas como:

“No debería de verse el cuidado como una labor de amor, sino como una competencia que requiere de altas habilidades emocionales y físicas de trabajo” (Ward en Saillant, 2009: 207).

“Cuando el cuidado es removido del reino del sacrificio y del deber y examinado con signos de

dólares, su asimetría de género asume un nuevo significado” (Graham en Saillant, 2009: 207).

Se puede entender al *caring* es un acto social (o como el trabajo social de cuidar) independientemente si el sujeto que da el cuidado es una enfermera o una ama de casa. El *caring* posee tres dimensiones consideradas como esenciales: La humanización y la dignidad, la optimización de la salud y, por último, la proximidad y trascendencia (Saillant, 2009; Silés, 2008). En esta perspectiva el *caring* es criticado debido a las desigualdades que plantea entre hombres y mujeres. Sin embargo, el *caring* por sí mismo no conduce a la desigualdad sino las condiciones (las estructuras), el aparato de control (los hospitales y sus heteronormas); es decir, la constitución del tejido social (contexto sociopolítico).

El *caring* merece nuestra atención porque está relacionado con la “solidaridad entre los seres humanos” y porque otorga su esencia a lo social. El reconocimiento del *caring* también se fundamenta en el reconocimiento del trabajo reproductivo. Hace soportable la vida cuando ya no lo es, y permite socializar la experiencia de la enfermedad (Collière, 2009; Saillant, 2009).

El saber en lo local. La representación del poder en estudiantes de enfermería

Para comprender con mayor profundidad el concepto de poder y su representación en los profesionales de la enfermería en formación, se llevó a cabo un análisis prototípico en la Universidad Autónoma de Nayarit, México. El propósito de este prototípico fue explorar la representación del concepto poder en el pensamiento colectivo. A continuación, se presentan los hallazgos:

Las palabras por frecuencia de mención y clasificación en categorías: **a) relaciones de poder con los b) Componentes de poder, c) saberes y d) beneficios personales. Relaciones de poder:** se define como la fuerza de correspondencia que existe, persiste y es evidente ante lo que saben y que tipo de conocimiento expresan los enfermeros ante la sociedad. **Saberes:** Es la forma que el poder se entiende o se llega a comprender por el conocimiento, habilidad, facilidad y fuerza. **Componentes:** son todos los elementos que están relacionados con el poder y que en los discursos que proyecta (liderazgo, empatía, recursos, facilidad para organizar). **Beneficios Personales:** esta categoría muestra el fruto o intención del poder; dinero, autoridad, líder, estatus, facilidad, estatus, influencia entre otras (ver tabla 1).

Tabla 1. Categorías encontradas en el análisis de palabras obtenidas en los listados libres

Categoría	Mujeres		Hombres		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Relaciones de poder	29	19.07	8	5.26	37	24.34
Saberes	22	14.47	19	12.5	41	26.97
Componentes	13	8.55	17	11.1	30	19.74
Beneficios personales	11	7.23	33	21.7	44	28.95
Total	75	49.34	77	50.6	152	100

Fuente: listados libres aplicado a estudiantes por el cuerpo Académico de Salud Comunitaria, Universidad Autónoma de Nayarit, México.

Tabla 2. Análisis prototípico frecuencia por evocación de la palabra poder

Rango	Hombres		Rango	Mujeres	
	< 2.82 bajo	>2.82 Alto		< 2.82 bajo	>2.82 Alto
Frecuencia	Dinero 24 (2.75)	Mandar 24 (3.25)	Frecuencia	Autoridad 35 (1.6)	
Alta >4	Estatus 17 (2.67)	Autoridad 29 (2.8)	Alta >4	Líder 35 (2.16)	
	Liderazgo 24 (1.5)	Facilidad 18 (3.6)		Liderazgo 6 (1.25)	
	Capacidad 18 (2.67)	Conocimiento 18 (3.3)		Jerarquía 12 (2.5)	Empatía 12 (3)
Baja <4	Estatus 18 (2.6)	Fuerza 12 (3.50)	Baja <4	Jefe 12 (2)	Capacidad 12 (3)
	Influencia 12 (2)			Mandar 12 (2)	Habilidad 12 (3)

Fuente: Elaborado por la academia de salud comunitaria de la Universidad Autónoma de Nayarit, México.

En este estudio diferenciado entre los sexos se puede interpretar como los hombres relacionan el poder con la palabra conocimiento, dinero y estatus a diferencia de las mujeres que

asocian la categoría de poder con autoridad, pero haciendo uso de recursos y/o habilidades psicosociales como la empatía para ejercer el mando (Tabla 2).

De manera resumida se interpreta que las formas de poder representadas no son novedosas, no están resignificadas desde la igualdad, las categorías semánticas evocadas solo reafirman que el poder es patriarcal y masculino, además que se encuentran relacionadas con la palabra *dinero* en coherencia con el modelo capital-neoliberal imperante. Sin embargo, algunas evocaciones como *conocimiento (en los hombres); empatía, habilidad y capacidad (en las mujeres)* son elementos que podrían formar parte de los atributos del *caring*.

CONCLUSIONES

Desde el principio de la igualdad y con una perspectiva feminista Hedva (2020) hace una crítica desde una visión post-humanista de como las estructuras de poder y el modelo económico han hecho creer a la ciudadanía que “*cuidar de si no es normal*”, y declara al cuidado de otros y al cuidado de uno mismo como una de las posturas más anti-capitalistas. Al mismo tiempo que reivindica a la práctica del cuidado históricamente feminizada y por tanto invisible como una prioridad como pilar para el mantenimiento de la vida y el bienestar social (Hedva, 2020: 46-48).

Entonces *¿por qué las enfermeras y los enfermeros no nos identificamos con el poder que ofrecen los patronos de conocimiento en la práctica del caring?*

No existe una sola respuesta; sin embargo, se puede observar que los hospitales concentraron el trabajo médico-técnico sobre la enfermedad. Ante este hecho, el *Caring* reclamado en épocas anteriores y en nuestra modernidad desde el contexto hospitalario para su humanización, perdió su lugar (Moratalla, 2013).

Otra explicación, es que el *caring* comprende, un trabajo relacional, los cuidados de higiene, tareas domésticas tales como las compras, ayuda económica, el transporte y gestión de las finanzas. Estas acciones de la vida cotidiana manifiestan la necesidad de un vínculo en el contexto de la dependencia. Estos aspectos mencionados colocan a la categoría del *caring* en el plano de mantenimiento de la vida, entrando así, de forma global, en la esfera de la reproducción -menospreciado por el modelo económico-patriarcal- (Abel,1989: 203; [Pessolano](#), 2016).

Una tercera explicación, es que no todas las enfermeras o enfermeros están psicológicamente preparados para encarnar la humanización; es decir, *el caring* obligaría al profesional a analizar sus propias prácticas, entendidas como “modos de actuar” y a la vez de “pensar”, bajo la exigencia de descubrir y decir la verdad acerca de uno mismo, situación que plantea una nueva complejidad (Saillant, 2009).

Durán (2020) expresa que la Enfermería tiene una fuerza para el desarrollo teórico que se puede interpretar como la “base del poder” – para tomar las decisiones relacionadas con la práctica de cuidado. Saber/poder en términos Foucaultianos. Cambiar y cuidar nuestros signos y símbolos (el lenguaje). Pensemos-hablemos desde el cuidado y no desde el modelo biomédico. Es esencial reconocer que el paradigma biomédico es un sistema opresor y que junto con el modelo económico “prefiere el utilitarismo en lugar de la vida o salud humana”. Adicionalmente, el sistema sexo-género como instrumento del patriarcado perpetua estereotipos, mantiene a ciertos grupos subordinados y vulnerados a través de mecanismos de discriminación y jerarquización como es el caso del gremio de enfermería en relación a otras profesiones del área de la salud (Butler, 2017).

Para deconstruirnos se sugiere grupos de autoconciencia dentro de las rutinas hospitalarias donde se hablen temas como los celos, la envidia, las rivalidades, el privilegio y el poder, por mencionar algunos temas y dismantelar el poder que ostentan otros profesionales y el mandato cultural de la feminidad (Silencio, Obediencia y abnegación en menoscabo del amor propio: “La lógica de las idénticas” (forma de relación entre las mujeres que no distingue diferencias entre ellas) y las “tretas del débil” (conjunto de conductas femeninas pasivo-agresivas, desde la hostilidad y el silencio, hasta la coquetería para conseguir algo).

Los modelos postheroicos conceptualizan el liderazgo como un “conjunto de prácticas compartidas que pueden y deben actuarse por personas de todos los niveles” (Bellón Cárdenas, 2017). El cuidado de sí para la emancipación es un proceso doloroso y sufrido porque es dar cuenta de que las cosas no están del todo bien, es reconocer que existe dispositivos de poder que todo el tiempo cruzan el primer territorio; es decir, el cuerpo y la conciencia. Ser conscientes de que, si movemos las estructuras, las estructuras de poder y sus personajes responderán con violencia-patriarcal.

Se requieren políticas y códigos con perspectiva de género reguladoras de intereses de

conflicto y con una clara intención de resolver las tensiones entre las disciplinas donde el estado vigile el poder de la práctica médica y se solidarice con la práctica de enfermería para que logre objetivos del Cuidado no biomédicos (Villaseñor, 2020).

Finalmente, se considera para la emancipación del profesional de la enfermería analizar las diferencias de poder, roles, recursos, normas, necesidades e intereses de las enfermeras y los enfermeros de un hospital. Dicho de otra manera, analizar las relaciones de género a partir de los roles: *Quién hace qué, cuándo, dónde y con quién*; el acceso: *Quién tiene el uso de qué y el control: Quién decide qué se usa, quién lo usa y cómo se usa* (Figueroa, 2020).

BIBLIOGRAFÍA

- Amezcuca, M. (2004). Cambio, poder y conocimiento, los aliños de la enfermería en la posmodernidad. *Revista Cultura de los Cuidados*. Año VIII (15), 5-8. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/1026/1/culturacuidados_15_01.pdf
- Amezcuca, M. (2009). Foucault y las enfermeras: pulsando el poder en lo cotidiano. *Index Enferm*, 18(2), 77-79. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-129620090002000
- Bellón Cárdenas, E. (2017). Liderazgos femeninos: tránsitos hacia la ética del cuidado en las relaciones de género. *Debate Feminista*, 54, 84-100. <https://doi.org/10.1016/j.df.2017.03.002>
- Butler Judith (2017). Vulnerabilidad corporal, coalición y la política de la calle. *Nómadas*, 46, 13-29. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6108320>
- Cano-Caballero Gávez, M. D. (2004). Enfermería y género. Tiempo de reflexión para el cambio. *Index de Enfermería*, 13 (46), 34-39. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962004000200007&script=sci_arttext&tlng=pt
- Cárdenas-Becerril, L. y Silveira Kempfer, S. (2018). La enseñanza de la enfermería en el contexto de la pedagogía problematizadora de Paulo Freire. *Enfermería universitaria*, 15(3), 317-328. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632018000300317&script=sci_arttext
- Carrasco Acosta, M. C., Márquez Garrido, M. y Arenas Fernández, J. (2005). Antropología-Enfermería y perspectiva de género. *Cultura de los Cuidados*. IX (18), 52-59. <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2005.18.09>
- Collado, C. y Castillo, S. (2017). Reflexiones sobre enfermería desde la biopolítica: relaciones de poder y cuidado. *Revista Cultura de los Cuidados*, primer cuatrimestre, nº47. España.
- Collière, F. (2009). *Promover la vida*. Segunda edición. Editorial McGrawHill

- CLACSO TV. (Productor). (2020). #Clase_Abierta- Cuidados, Género y políticas públicas. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=iO17ix0zWeA>
- Durán, M. (2020). Teorías y prácticas del cuidado de Enfermería. Un posicionamiento histórico. Universidad de Caldas. Facultad de Ciencias para la Salud. Programa de Enfermería. 50 años visibilizando el cuidado de la salud y la vida humana. <https://www.facebook.com/watch/?v=925894471256058>
- El Universal (20/05/2020). Enfermería, crucial en los servicios de salud. El Universal, s/p. <https://www.eluniversal.com.mx/ciencia-y-salud/salud/la-enfermeria-una-profesion-crucial-en-los-servicios-de-salud>
- Escobar-Castellanos, B. y Sanhueza-Alvarado, O. (2018). Patrones de conocimiento de Carper y expresión en el cuidado de enfermería: estudio de revisión. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 7(1), 27-42. ISSN: 1688-8375 ISSN en línea: 2393-6606
- Figueroa, R. (septiembre 2020). Género y salud. *En Seminario de Género y Salud. Construyendo políticas de salud con enfoque de igualdad, no discriminación, cuidados y derechos*, PROMEX y SSA, Nayarit, México.
- Foucault, M. (1987). *Hermenéutica del Sujeto*. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 46,49,74
- Foucault, M. (1990). *Tecnologías del Yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós.
- García M., Gómez B., Monroy A. y Garduño A. (2012). Epistemología del cuidado de la salud en EL CUIDADO de la vida y de la salud: una cosmovisión. Coord [García M., Monroy A. y Karam M.]. Primera edición. UAEM/UAM-X. p. 13-39
- García Peña, A. (2016). De la historia de las mujeres a la historia del género. *Contribuciones desde Coatepec*, 31, 121-136. <https://revistacoatepec.uaemex.mx/article/view/13344>
- Gómez, O. y Gutiérrez, E. (2011). *La situación de Enfermería. Fuente y contexto del conocimiento de Enfermería*. La narrativa como medio para comunicarla. Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá.
- Guerrero-Núñez, S.R. y Cid-Henríquez, P. (2015). Una reflexión sobre la autonomía y el liderazgo en enfermería. *Aquichan*, 15(1), 129-140. <https://dx.doi.org/10.5294/aqui.2015.15.1.12>
- Hedva, J. (2020). *Teoría de la mujer enferma*. Zineditorial. P.57
- Irigibel-Uriz, X. (2010). Paradigmas de enfermería (no) posibles. La necesidad de una ruptura extraordinaria. *Índex de Enfermería*; 19(4), 274-278. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermería/v19n4/7242.php>
- Maffía, D.(productor). (2018). Conferencia LNF: Género y políticas del conocimiento. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=edT2LIQLEPo>
- Martínez, M. y Chamorro, E. (2017). *Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero*. España: ELSEVIER.
- Medina J, Schubert V, Do Prado M y Paz M (2010). La enfermería como grupo oprimido: Las voces de las protagonistas. *Texto Contexto Enferm, Florianopolis*, 19(4), 609-17
- Molinier, P. y Legarreta, M. (2016). Subjetividad y materialidad del cuidado: ética, trabajo y proyecto político. *Papeles del CEIC International Journal on Collective Identity Research*, 1(1), 1-14. <http://dx.doi.org/10.1387/pceic.16084>

- Moratalla, A. (2013). *El arte de cuidar: Atender, dialogar y responder*. Madrid: Ediciones Rialp.
- Nursing Now (2020). Nursing Now- Raising the status of nursing worldwide. Recuperado de <https://www.nursingnow.org/>
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2019). *El trabajo de cuidados y los trabajadores y trabajadoras del cuidado. Para un futuro con trabajo decente*. Primera edición. Ginebra. P. 5-34. Recuperado de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms_737394.pdf
- Pessolano, D. (2016). Economía de la vida. Aportes de estudios feministas y de género. *Revista Latinoamericana*, 15(45), 191-209. <https://journals.openedition.org/polis/12116>
- Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo (2015). Objetivo 5 Igualdad de Género en Objetivos de Desarrollo Sostenible. Recuperado de <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/goal-5-gender-equality.html>
- Raile, M. (2018). Modelos y teorías en enfermería. 9ªed. ELSEVIER, p. 296
- Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo. *Nueva Antropología*, VIII (3). P 95-145. Recuperado de <https://www.caladona.org/grups/uploads/2007/03/El%20trafico%20de%20mujeres%20Rubin.pdf>
- Saillant, F. (2009). Cuidados, deseos vinculares y utopías terapéuticas: un análisis del concepto de caring. *Enfermería y antropología: Padeceres, cuidadores y cuidados*, 189-218. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6412525>
- Scott, J. (2015). El género: Una categoría útil para el análisis histórico. En Lamas M. (comp.) *La construcción cultural de la diferencia sexual* (251-290). México: Bonilla Artigas Editores.
- Siles, J. (2008). Historia de la Enfermería: una aportación epistemológica desde la perspectiva cultural de los cuidados. *Cultura de los Cuidados*, Editorial. Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/9862/1/CC_24_01.pdf
- Villaseñor, M. (octubre 2020). Políticas públicas con perspectiva de género. *En Seminario de Género y Salud. Construyendo políticas de salud con enfoque de igualdad, no discriminación, cuidados y derechos*, PROMEX y SSA, Nayarit, México.
- Woolf, V. (2017). *Una habitación propia*. México: Austral.

Análisis de las Reclamaciones al Servicio de Urgencias de un hospital de tercer nivel en el primer año de Pandemia

Analysis of Claims to the Emergency Department of a tertiary care hospital in the first year of the Pandemic

Análise de Sinistros ao Serviço de Emergência de um hospital terciário no primeiro ano da Pandemia

María Luisa Pérez Cánovas¹, Alfonso Miguel García Hernández²

¹ Doctoranda. Programa Oficial de Doctorado en Ciencias Médicas y Farmacéuticas, Desarrollo y Calidad De Vida. Enfermera especialista en pediatría. CHUNSC. Correo electrónico: mperezcanovas@gmail.com. Orcid: No disponible.

² 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). Correo electrónico: almigar@ull.edu.es. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2838-8735>

Cómo citar este artículo en edición digital: Pérez-Cánovas, M.^a L., & García-Hernández, A.M. (2022). Análisis de las Reclamaciones al Servicio de Urgencias de un hospital de tercer nivel en el primer año de Pandemia. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 26(63). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2022.63.16>

Correo electrónico de contacto: almigar@ull.edu.es

Correspondencia: Alfonso M. García Hernández. Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de La Laguna, Tenerife (España)



Recibido: 10/12/2021 Aceptado: 28/02/2022

ABSTRACT

The hospital emergency department (ED) has become the gateway to the health system during the first COVID-19 wave. The objective of this study is to describe the behaviour of claims in the first year of the pandemic, comparing them with the previous year. *Method:* Retrospective descriptive study of the complaints addressed to the ED of the Nuestra Señora de Candelaria University Hospital Complex (CHUNSC) during the years 2019 and 2020. The variables studied were: the number of claims received at the CHUNSC and at the ED and of the latter: year, month, dimensions, reasons, professional category, sex, relationship of the claimant and the number of emergencies attended. *Results:* 347 claims from the ED and 6259 from the CHUNSC were analyzed, with the average for 2019 being higher than that of

2020. The most requested dimension in the ED is health care assistance and the reason for dissatisfaction for the provision of care. The professional category with more claims is health care staff and the user himself, is the one who claims the most. *Conclusions:* the number of claims has decreased in the first year of the pandemic but the dimension has not changed, nor the reason in relation to the previous year.

Keywords: COVID-19; claims; emergency service; user satisfaction; pandemic.

RESUMEN

El servicio de urgencias hospitalario (SUH) es la puerta de entrada al sistema sanitario de los pacientes COVID-19. El objetivo de este estudio es describir el comportamiento de las reclamaciones en el primer año de pandemia, comparándolas con el año anterior. *Método:* Estudio descriptivo retrospectivo de las reclamaciones dirigidas al SUH del Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria (CHUNSC) durante los años 2019 y 2020. Las variables estudiadas fueron: número de reclamaciones recibidas en el CHUNSC y en el SUH y de estas últimas: año, mes, dimensiones, motivos, categoría profesional, sexo, parentesco del reclamante y número de urgencias atendidas. *Resultados:* se analizaron 347 reclamaciones del SUH y 6259 del CHUNSC, siendo la media del 2019 mayor que la de 2020. La dimensión más reclamada en el SUH, es la asistencial y el motivo la insatisfacción por la prestación de la asistencia, la categoría profesional más demandada es la sanitaria y el propio usuario, es el que más reclama. *Conclusiones:* el número de reclamaciones, ha disminuido en el primer año de pandemia pero no ha variado la dimensión, ni el motivo en relación al año anterior.

Palabras clave: COVID-19; reclamaciones; servicio de urgencias; satisfacción del usuario; pandemia.

RESUMO

O pronto-socorro hospitalar (DE) é a porta de entrada do sistema de saúde para pacientes com COVID-19. O objetivo deste estudo é descrever o comportamento dos sinistros no primeiro ano da pandemia, comparando-os com o ano anterior. *Método:* Estudo descritivo retrospectivo das queixas dirigidas ao SU do Complexo Hospitalar Universitário Nuestra Señora de Candelaria (CHUNSC) durante os anos de 2019 e 2020. As variáveis estudadas foram: número de queixas recebidas no CHUNSC e no SU e do último: ano, mês, dimensões, motivos, categoria profissional, sexo, parentesco do reclamante e número de emergências atendidas. *Resultados:* foram analisadas 347 reclamações do PS e 6259 do CHUNSC, sendo a média de 2019 superior à de 2020. A dimensão mais solicitada no PS é o atendimento e o motivo é a insatisfação com o atendimento, a categoria profissional mais demandado é o serviço de saúde e o próprio usuário é quem mais reclama. *Conclusões:* o número de sinistros diminuiu no primeiro ano da pandemia mas a dimensão não mudou, nem o motivo em relação ao ano anterior.

Palavras-chave: COVID-19; reivindicações; serviço de emergência; satisfação do usuário; pandemia.

INTRODUCCIÓN

En diciembre del 2019, comenzaron los primeros casos de neumonía de origen desconocido en Wuhan, a principios de enero del 2020 se identificó el patógeno causante de esta enfermedad, denominado coronavirus tipo 2. Más adelante se denominó COVID-19 a la

enfermedad que provocaba dicho patógeno (Huang et al., 2019). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) “el 30 de enero declaró la COVID-19, como una emergencia sanitaria de importancia internacional y el 11 de marzo como una pandemia global”. Su gran tasa de contagio, capaz de colapsar hasta los sistemas sanitarios mejor preparados, llevó a la población española a restringir sus visitas a los centros de urgencia aproximadamente al 50% (Hartnett et al., 2019; Santana et al., 2020), se crearon circuitos bien delimitados para pacientes con sospecha de COVID-19 y pacientes con otras patologías (Alquézar-Arbé et al., 2020). El número de defunciones por esta enfermedad, fue en 2020 de 80796 personas en España (Instituto Nacional de Estadística, 2020), siendo la población mayor, sobre todo los ancianos que se encontraban en residencias, la población diana para esta enfermedad (Tarazona-Santabalbina, 2020).

Con el paso del tiempo el paciente se ha convertido en “el eje sobre el que deben articularse las prestaciones asistenciales y constituir la base de la organización de los servicios y de los propios hospitales” (Sánchez, 2000). “Su grado de satisfacción sería, pues, el indicador fundamental de la calidad asistencial” (Díaz, 2002). Ante una pandemia como la que estamos viviendo, la preocupación por saber si la organización de esos servicios sanitarios, se ha realizado acorde a las necesidades del paciente, hace necesario establecer una encuesta de satisfacción sobre los servicios ofrecidos, o en su defecto hacer un análisis de las reclamaciones existentes.

“Si queremos ofertar servicios de mayor calidad y crear instituciones de excelencia, la evaluación de los servicios ofertados, se convierte en una tarea permanente y dinámica que aporta datos de cómo estamos y qué falta para llegar a cumplimentar las expectativas de unos y de otros” (Massip et al., 2008).

España no se ha quedado atrás a la hora de estudiar las diferentes repercusiones que ha tenido la COVID-19 en la población y en concreto en los SUH, estudiadas por diferentes autores como citamos a continuación: las características clínicas y evolución de pacientes por (Gil-Rodrigo et al., 2020), categorías diagnósticas y resultados a corto plazo estudiadas por (Martín-Sánchez, et al., 2020), factores de riesgo de rehospitalización por (Hernández-Biette, 2020), factores asociados a revisita estudiados por (López-Barbeito et al., 2020), análisis y evolución de la consultas por (Alquézar-Arbé et al., 2021), pero la información acerca de la satisfacción o queja en su defecto, del paciente en el marco de la pandemia en el SUH es imperceptible.

El objetivo principal de este estudio fue describir el comportamiento de las reclamaciones en el primer año de pandemia, comparándolas con el año anterior.

El objetivo secundario fue analizar el lugar que ocupa el SUH en cuanto al número de

reclamaciones en el CHUNSC.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de todas las reclamaciones recibidas en el CHUNSC, complejo hospitalario de tercer nivel y en el SUH del mismo excluyendo al servicio de obstetricia, durante 2 años consecutivos, y las urgencias atendidas en el SUH del CHUNSC en este periodo.

Muestra y procedimiento de obtención de datos

Se analizaron 347 reclamaciones del SUH y 6259 del CHUNSC. Toda la información que se obtuvo para realizar este estudio proviene del programa informático SAUCE, que utiliza el servicio de atención al usuario para el registro de los expedientes, en este caso el tipo de expediente que estudiamos fue el de las reclamaciones de los usuarios. La categorización de las variables así como el número de ellas no sufrió modificación a lo largo del estudio codificado según la clasificación de la Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios (ODDUS). La información sobre el número de urgencias atendidas en el SUH fue facilitada por el servicio de gestión sanitaria del CHUNSC.

En el estudio se incluyeron todas las reclamaciones recibidas en el periodo citado anteriormente sin ninguna excepción.

Variables

Las variables estudiadas fueron: número de reclamaciones, año, mes, dimensiones reclamadas, motivos reclamados dentro de cada dimensión, categoría profesional a la que pertenecen las reclamaciones, sexo, parentesco del reclamante y número de urgencias atendidas en el SUH del CHUNSC en este periodo.

La variable dimensión está compuesta por siete categorías que son: Asistencial, Trato, Información, Organización, Hostelería/Habitabilidad/Confort, Otros y Sin determinar. Estas dos últimas se agruparon como Otros, entendiéndose que no era claro el motivo o no estaban contemplados y nos quedamos con un total de seis dimensiones.

La variable categoría profesional está compuesta por las categorías: Sanitarios, Gestión y Otros, los datos tuvieron que ser revisados ya que eran poco coherentes, la categoría Otros, representa casi el mismo número que la categoría Sanitaria, por lo que se revisó cada respuesta dada, a cada reclamación de la categoría Otros y de esta manera, se obtuvieron unos datos

acordes a cada categoría.

Análisis de datos

Para las variables cuantitativas se realizó un análisis descriptivo, media, desviación estándar y error estándar de la media. La comparación de medias se realizó con U-Mann-Whitney la relación entre variables continuas se realizó con el test de Pearson, para la variable que no sigue una distribución normal utilizamos la prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov. Todos los análisis fueron procesados con ayuda del programa estadístico SPSS versión 25.0 (IBM, Chicago, IL) y utilizamos también el programa Microsoft Excel 2020 para la comparación visual de variables.

Consideraciones éticas

Los datos recogidos en el presente estudio formaron parte del registro de la ODDUS, son totalmente anónimos, y no implicaron ninguna intervención sobre los pacientes, por lo que no se precisó consentimiento informado ni aprobación por el Comité de Ética.

RESULTADOS

Se realizó el estudio con un censo de 347 reclamaciones realizadas por los usuarios al SUH del CHUNSC y 6259 reclamaciones realizadas por los usuarios al CHUNSC, recogidas en el periodo comprendido entre enero de 2019 y diciembre de 2020. También se estudiaron las urgencias atendidas en el SUH del CHUNSC en este periodo que fueron un total de 196198

En el primer análisis se comparó el número de reclamaciones realizadas entre 2019 y 2020 tanto al SUH como al CHUNSC.

- En el SUH: la variable número de reclamaciones siguió una distribución normal por lo que utilizamos un ANOVA de una vía para comparar ambos años. Se detectó una diferencia significativa (sig. 0,001) entre los años 2019 y 2020 en el número de reclamaciones, fue la media de 2019 mayor que la de 2020 (véase tabla1).

Tabla 1 *Reclamaciones SUH 2019 y 2020*

	Año		Estadístico	Desv. Error
Reclamaciones SUH	2019	Media	21,17	1,497
	2020	Media	7,75	1,706

Fuente: Elaboración propia

- En el CHUNSC: la variable número de reclamaciones en esta muestra no sigue una distribución normal (Kolmogorov-Smirnov sig. 0.01) por lo que utilizamos una prueba no paramétrica, U de Mann-Whitney para comparar ambos años. Se detectó una diferencia significativa (sig. 0,001) entre los años 2019 y 2020 en el número de reclamaciones, fue la media de 2019 mayor que la de 2020 (véase tabla 2).

Tabla 2 *Reclamaciones CHUNSC 2019 y 2020*

Año			Estadístico	Desv. Error
Reclamaciones	2019	Media	355,25	13,050
CHUNSC	2020	Media	166,33	28,473

Fuente: Elaboración propia

En el segundo análisis se comparó el número de urgencias atendidas con el número de reclamaciones recibidas por año y por mes en el SUH en el año 2019 y el año 2020. En el año 2019 fue el mes de octubre el de mayor número de urgencias atendidas y también el de mayor número de reclamaciones. En el año 2020 fue el mes de enero el de mayor número de urgencias atendidas y también el de mayor número de reclamaciones. Cuando comparamos el año 2019 y 2020 en cuanto a las reclamaciones por meses, se obtuvo como resultado, que fueron mayores durante todos los meses de 2019; y las urgencias atendidas fueron más durante todos los meses de 2019 excepto enero y febrero del 2020 que fueron mayores.

Se calcularon las medias de urgencias atendidas y reclamaciones por año y presentaron diferencias significativas, se obtuvo como resultado que la media de urgencias atendidas (véase tabla 3), fue significativamente mayor en 2019 respecto a 2020 (sig. 0,001) y también la media de reclamaciones (sig. 0,001). Se calculó con un ANOVA de una vía.

Tabla 3 *Urgencias Atendidas y Reclamaciones en el SUH 2019 y 2020*

Año		Urgencias Atendidas	Reclamaciones
2019	Media	9373,00	21,17
	Desv. Desviación	329,568	5,184
	Error estándar de la media	95,138	1,497
2020	Media	6976,83	7,75
	Desv. Desviación	1590,992	5,910
	Error estándar de la media	459,280	1,706

Fuente: Elaboración propia

Se calculó la correlación entre urgencias atendidas y reclamaciones en ambos años mediante la prueba de correlación de Pearson. Se obtuvo una correlación de nivel medio, positiva y casi significativa ($r=0,51$, sig. 0,08) en 2019 y una correlación de nivel medio, positiva y significativa en 2020 ($r=0,67$, sig. 0,01).

En el tercer análisis se quería conocer cuántas reclamaciones pertenecían a la categoría Sanitaria en el año 2020. Teniendo en cuenta que las reclamaciones se distribuyen en tres categorías, hay dos de estas que son mayoritarias, por un lado la Sanitaria (médico, enfermera, técnicos en cuidados auxiliar de enfermería, fisioterapeutas, técnicos de distintas especialidades y psicólogos) con un 71%, por otro lado la de Otros con un 26% y un pequeño porcentaje pertenecen a la categoría de Gestión (no sanitaria) 3% (celadores, administrativos, limpieza, mantenimiento, seguridad y hostelería). No conformes con los resultados que obtuvimos, se analizaron las respuestas de las reclamaciones y se obtuvieron unos datos diferentes, la categoría de Otros pasa a representar en 4% del total y la de Sanitarios el 93% y la de Gestión no se ven modificados sus resultados.

En el cuarto análisis, se realizó una descriptiva sobre el número de reclamaciones al SUH por dimensiones, por motivos y por categoría sanitaria en el año 2019 y en el año 2020.

- Para el año 2019 y 2020 se obtuvieron resultados idénticos para el número de reclamaciones por dimensión, el máximo fue para la dimensión Asistencial, con diferencia del resto de dimensiones. La dimensión Hostelería no presentó reclamaciones.
- En el número de reclamaciones por motivos tanto del año 2019 como 2020 según la tabla de medias, desviación y error estándar, tuvo un máximo en el motivo insatisfacción en la

prestación de la asistencia. La única diferencia encontrada en el año 2019 fue, que el motivo de demora en la asistencia siguió al de insatisfacción en la prestación de la asistencia y en el 2020 hubo una gran diferencia con el resto de motivos. En 2019 no se produjeron reclamaciones por información general, derivación a otros centros, huelga e insatisfacción por el mantenimiento y en 2020 no se produjeron reclamaciones por negativa a la prestación de asistencia, recetas médicas, deficiencias proceso ingreso, deficiencias en la coordinación, derivación a otros centros, e insatisfacción por el mantenimiento.

- El mayor número de reclamaciones por categoría sanitaria en ambos años estudiados se observó en la categoría médico.

El quinto análisis se comparó el motivo más frecuente dentro de cada dimensión reclamada en el SUH en el año 2019 y 2020, se obtuvieron diferencias entre las medias de reclamaciones de 2019 y 2020 en cada dimensión (excepto en Hostelería), pero los datos de cada dimensión fueron pocos para detectar significación. En la comparación de medias de ambos años con U-Mann-Whitney (sig. 0,2; 0,7; 0,8; 0,4 y 1 respectivamente para cada dimensión) (véase tabla 4) .

Tabla 4 *Reclamaciones por dimensión en el SUH 2019 y 2020*

Dimensión		Media reclamaciones	Desv. Error
Asistencial	2019	44,50	29,520
	2020	12,50	11,522
Trato	2019	9,50	8,500
	2020	4,00	3,000
Información	2019	6,33	5,840
	2020	2,00	1,000
Organización	2019	4,50	2,997
	2020	2,67	2,275

Fuente: Elaboración propia

En la dimensión Asistencial, el mayor número de reclamaciones se produjo por el motivo insatisfacción en la prestación de la asistencia. En la dimensión Trato, el mayor número de reclamaciones se produjo por el motivo trato personal inadecuado, en la dimensión Información el mayor número de reclamaciones se produjo por el motivo información asistencial. En la

dimensión Organización el mayor número de reclamaciones se produjo por el motivo desaparición de objetos. No variaron para nada los motivos de reclamación en año de pandemia con el año anterior (véase tabla 5).

Tabla 5 Reclamaciones por dimensión y motivo en el SUH 2019 y 2020

Dimensión	Motivo	Media Reclamaciones	Desv. Error
Asistencial	Demora asistencia	26,50	23,500
	Insatisfacción prestación	86,50	39,500
	Negativa prestación asistencia	0,50	0,500
	Recetas medicas	0,50	0,500
Trato	Falta intimidad	1,00	0,000
	Trato personal inadecuado	12,50	5,500
Información	Falta demora elaboración informe	1,00	0,000
	Información asistencial	11,00	7,000
	Información general	0,50	0,500
Organización	Deficiencias proceso ingreso	1,00	1,000
	Deficiencias coordinación	0,50	0,500
	Derivación otros centros	0,00	0,000
	Desacuerdos normas institucionales	3,00	2,000
	Desaparición objetos	16,50	2,500
	Huelga	0,50	0,500
Hostelería	Insatisfacción mantenimiento	0,00	0,000

Fuente: Elaboración propia

El sexto análisis que se realizó, fue sobre el sexo del reclamante y el vínculo que tenía éste con el usuario en el año 2020 y si varió en relación al 2019. La media global del número de reclamaciones fue mayor para el sexo femenino que para el masculino, en ambos años. En

cuanto al parentesco el número medio de reclamaciones fue más elevado en el del grupo de parentesco “el mismo” en ambos años, seguido de hijo/a y padre/madre en el año 2020 y en el 2019 seguido por padre/madre e hijo/hija. La media más baja fue la del grupo representante legal. El comportamiento fue igual en ambos años (véase tabla 6).

Tabla 6 *Reclamaciones medias por parentesco en el SUH 2019 y 2020*

Año	Parentesco									
	Mismo	Hijo/a	Cónyuge	Hermano/a	Padre/madre	Nieto	Rep Legal	Otro vínculo	Sin vínculo	Sin determinar
2019	109,00	52,00	17,00	6,00	44,00	10,00	1,00	7,00	6,00	2,00
2020	46,00	22,00	12,00	1,00	7,00	0,00	0,00	1,00	3,00	1,00

Fuente: Elaboración propia

En el último análisis se revisaron las memorias del CHUNSC, se quería saber el lugar que ocupa el SUH según el número de reclamaciones realizadas por los usuarios, en relación con el resto de servicios reclamados, en el año 2019 ocupaba el tercer lugar y en el año 2020 el quinto lugar.

DISCUSIÓN

En el año 2020 hay un claro descenso del número de urgencias atendidas y del número de reclamaciones recibidas debido a la pandemia COVID-19. El primer descenso significativo de las urgencias se produce en marzo, con la proclamación del estado de alarma por el Real Decreto, de 14 de marzo (Real Decreto 463/2020. pp. 25390-25400); que sigue descendiendo en el mes de abril reflejado en el estudio CONCOVUR realizado en España este mismo año en 283 SUH (Alquézar-Arbé et al., 2021) y en Estados Unidos también tenemos datos de disminución importante de visitas a urgencias que se produjo entre el 12 y 18 de abril (Hartnett et al., 2020). En Portugal hubo una disminución del 48% de los episodios registrados en el servicio de urgencias (Santana et al., 2020) y vuelve a tomar valores de ascenso en el mes de mayo, y alcanza su pico más alto en el mes de julio. Estos datos no coinciden con el comportamiento habitual del número de urgencias atendidas a lo largo del año anterior. La prueba de correlación de Pearson entre urgencias y reclamaciones en ambos años indica que el número de urgencias atendidas y el de reclamaciones evolucionan de forma paralela, al aumentar una aumenta la otra. Aunque no se puede deducir una relación causal de este resultado, es decir, no significa que una

cause la otra.

Teniendo en cuenta que las reclamaciones se distribuyen en tres categorías, la categoría Sanitarios representa casi el total de los resultados, es muy importante esta clasificación para saber sobre qué categoría debemos centrar nuestros esfuerzos y poder mejorar la calidad asistencial.

En estos dos años analizados vemos que la dimensión Asistencial ocupa un lugar muy importante en el SUH, ya en el *Plan de Urgencias Sanitario de Canarias* que sale a la luz en 2018 se hace mención a los datos de 2015 de la ODDUS y la dimensión Asistencial ocupa entonces el primer lugar dentro de las reclamaciones de los usuarios. “Uno de los objetivos de este plan es aumentar la satisfacción del ciudadano con su sistema sanitario, particularmente en cuanto a la atención a las demandas de urgencia y emergencia” (Gobierno de Canarias Consejería de Sanidad, 2018), tema que vemos que sigue sin resolverse.

La dimensión más reclamada es la Asistencial, estudiada por otros autores como (Alonso, 2015; González et al., 2001; Ortiga et al., 2006) obteniendo unos resultados muy altos ocupando casi siempre los primeros, dentro de ella el motivo más frecuente es insatisfacción en la prestación de la asistencia como en estudios revisados (Alonso & Llanes, 2009; Nebot et al., 2000; Ortiga et al., 2006). Según Fornell (1995) la satisfacción del paciente, “se basa no solamente en la experiencia actual, sino también en experiencias pasadas y en experiencias futuras, anticipadas por el juicio del cliente en virtud de sus experiencias acumuladas junto a la proyección de sus propias expectativas”. Esto nos ayuda a entender que la insatisfacción es un término bastante extenso y que se relaciona tanto con la experiencia presente, como con experiencias pasadas del paciente, lo cual condiciona el momento de atención y si a esto sumamos que el paciente perciba o sienta que no podemos solucionar el problema que motiva la demanda de atención o no cumplimos con las expectativas de este en cuanto a lo que él entiende que debe ser nos topamos con la insatisfacción en la prestación de la asistencia. En la dimensión Trato como en otro estudio revisado (Rodríguez & Do Muño, 2010), el mayor número de reclamaciones se produce por trato personal inadecuado, que tiene mucho que ver con la empatía y la consideración del paciente o usuario como un todo, no solo como una patología urgente que hay que atender, mirarle a los ojos, escucharlo, establecer una relación de ayuda. Esto nos recuerda la importancia de la humanización en el cuidado, este punto se lleva trabajando desde hace muchos años, en octubre de 1984 aparece el novedoso plan de humanización de la atención hospitalaria (Ministerio de Sanidad y Consumo; Instituto Nacional de la Salud, 1984), la humanización del cuidado requiere considerar a la familia como parte del cuidado también, pero

vemos que los resultados no llegan a ser óptimos a pesar de ser un tema recurrente y tratado desde hace tanto tiempo. En la dimensión Información el mayor número de reclamaciones se produce por información asistencial, la información a los familiares de los pacientes atendidos en urgencias es un factor que promueve la satisfacción (Núñez et al., 2002). La información nos sirve para mejorar la impresión sobre la asistencia recibida y la calidad general de la atención está muy influida por la información suministrada en el momento de acceso al SUH, además en otros estudios se utilizan incluso la encuesta de satisfacción de los familiares como un instrumento que ayuda a medir la satisfacción del usuario (Morales-Guijarro, Nogales-Cortés & Pérez-Tirado, 2011) vemos de nuevo la importancia de la familia, es un sistema de apoyo para el paciente y la comunicación con ella es primordial, es la que conoce al paciente, la que lo cuida, la que vive o ha convivido con él normalmente. En este primer año de pandemia destaca la soledad de los pacientes en urgencias, la restricción de las visitas hace que el canal de información sufra modificaciones ya que esta pasa a ser telefónica, al igual que el acompañamiento pasa de ser virtual, por videollamada o llamada normal ya que la situación lo requiere, esto aumenta la angustia de los pacientes y la familia. En la dimensión Organización el mayor número de reclamaciones se produce por desaparición de objetos, tema escasamente nombrado en los estudios encontrados (Alonso, 2015; Alonso & Llanes, 2009).

Las mujeres reclaman más que los hombres, esta información coincide con otros trabajos realizados en atención primaria como (Luis, Real & Rufino, 2008; Nebot et al., 2000; Rodríguez & Do Muíño, 2010) sin embargo no coincide con un estudio realizado en un hospital de tercer nivel en España (Ortiga et al., 2006) en el cual los hombres reclaman más que las mujeres. La mujer ocupa principalmente el rol de familiar acompañante en los servicios sanitarios (Villar et al., 2012). De alguna forma se repite el mismo modelo que en el ámbito doméstico (García et al., 2004) y en muchos casos ya conviven con los ancianos antes del ingreso hospitalario. Las cuidadoras de ancianos en el hospital son hija o esposa, en este orden, a diferencia del tipo de parentesco madre o esposa (Quero 2003). “La cuidadora familiar en el hospital es, en general, una persona más joven que la que cuida en casa, seguramente porque se excluye del cuidado “intenso” en el hospital a aquellas personas mayores” (Villar et al., 2012).

En cuanto al parentesco, el mismo que se refiere al propio usuario es el que más reclamaciones realiza, como bien encontramos en otros estudios revisados (Luis, Real & Rufino, 2008).

El cambio de posición del SUH en cuanto a las reclamaciones recibidas en el año 2020 nos llama mucho la atención, en año de pandemia recibe menos reclamaciones que otros

servicios siendo urgencias la puerta de entrada de todos los ingresos por COVID-19. Ante una adversidad tan grande como la pandemia, la incertidumbre y el miedo entendido como una respuesta ante la situación vivida, hace que nos adaptemos y sigamos adelante con nuestra vida.

CONCLUSIONES

Las reclamaciones de los usuarios en el primer año de pandemia, donde la atención sanitaria ha cambiado tanto, en relación al acompañamiento al familiar, a la información, e incluso en la forma de morir, debido a las restricciones instauradas, siguen siendo por los mismos motivos que en el año anterior.

El análisis de las reclamaciones existentes, es una herramienta muy valiosa que debemos potenciar ya que nos proporciona la información necesaria para poder implementar acciones de mejora y aumentar la calidad asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso Santana, M.L. (2015). *Evaluación y análisis de la gestión de las reclamaciones de los usuarios sanitarios*. [Tesis Doctoral, Universidad de las Palmas de Gran Canaria]. https://accedacris.ulpgc.es/bitstream/10553/17454/4/0724717_00000_0000.pdf
- Alonso, R., & Llanes, L.(2009). Control de calidad en la gestión de las reclamaciones de los usuarios del Área Sanitaria 10 de Atención Especializada de la Comunidad de Madrid (2000-2005). *Revista de Calidad Asistencial*, 24(2),88-90. [https://doi.org/10.1016/s1134-282x\(09\)70658-x](https://doi.org/10.1016/s1134-282x(09)70658-x)
- Alquézar-Arbé, A., Miró, Ò., Piñera, P., Jaco., J., Martín, A., Agra Montava, I., Llorens, P., Jiménez, S., Burillo-Putze, G., García-Lamberechts, E.J., Martín-Sánchez, F.J., & González del Castillo, J. (2021). Análisis de la evolución de consultas atendidas en los servicios de urgencias españoles durante la primera ola pandémica. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 44(2), 243-252. <https://dx.doi.org/10.23938/assn.0957>
- Alquézar-Arbé, A., Miró, Ò., Piñera, P., Jacob, J., Martín, A., Agra Montava, I., Llorens, P., Jiménez, S., Burillo-Putze, G., García-Lamberechts, E.J., Martín-Sánchez, F.J., & González del Castillo, J. (2021). Análisis de la evolución de consultas atendidas en los servicios de urgencias españoles durante la primera ola pandémica. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 44(2), 243-252. <https://dx.doi.org/10.23938/assn.0957>
- Alquézar-Arbé, A., Piñera, P., Jaco, B., Martín, A., Jiménez, S., Llorens, P., . S. Jiménez, S., Burillo-Putze, G., García-Lamberechts, E.J., Martín-Sánchez, F.J., & González del Castillo, J. (2020). Impacto organizativo de la pandemia COVID-19 de 2020 en los servicios de urgencias hospitalarios españoles: resultados del estudio ENCOVUR. *Emergencias: revista de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias*, 32, 320-331. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0957>

- Correira Loureiro, S.M., & Miranda González, F.J. (2010). Calidad y satisfacción en el servicio de urgencias hospitalarias: Análisis de un hospital de la zona centro de Portugal. *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa*, 16(2), 27-41. [https://doi.org/10.1016/S1135-2523\(12\)60110-5](https://doi.org/10.1016/S1135-2523(12)60110-5)
- Díaz, R. (2002). Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. *Revista de calidad asistencial*, 17(1), 22-29. [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(02\)77470-8](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(02)77470-8)
- Domingo, A., Luaces, C., Mañosa, A., García, J., Serrat, M., & Pou J. (2001). Evaluación de las reclamaciones presentadas en un servicio de urgencias pediátricas en un hospital materno-infantil. *Revista de Calidad Asistencial*, 16, 404-408. [https://doi.org/10.1016/s1134-282x\(01\)77440-4](https://doi.org/10.1016/s1134-282x(01)77440-4)
- Fornell, C. (1995): Productivity, quality, and customer satisfaction as strategic success indicators at firm and national level. *Advances in Strategic Management*, 11, pp. 217-29. https://doi.org/10.1007/978-3-030-13562-1_1
- García Calvente M.M., Mateo, I., & Eguiguren, A. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria*, 18, 132-39. <https://doi.org/10.1157/13062262>
- Gil-Rodrigo, A., Miró, Ò., Piñera, P., Burillo-Putze, G., Jiménez, S., Martín, A., Martín-Sánchez, F. J., Jacob, J., Guardiola, J. M., García-Lamberechts, E. J., Espinosa, B., Martín Mojarro, E., González Tejera, M., Serrano, L., Agüera, C., Soy, E., Llauger, L., Juan, M. Á., Palau, A., Del Arco, C., ... en representación de la red de investigación SIESTA (2020). Evaluación de las características clínicas y evolución de pacientes con COVID-19 a partir de una serie de 1000 pacientes atendidos en servicios de urgencias españoles. *Emergencias: revista de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias*, 32(4), 233–241. Recuperado de <http://emergencias.portalsemes.org/numeros-antteriores/volumen-32/numero-4/>
- Gobierno de Canarias Consejería de Sanidad. (2018). Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias (p. 128). Santa Cruz De Tenerife: Gobierno de Canarias.
- González, M., Prat, A., Matiz, M.C., Carreños, J., Adell, C., & Asenjo, M. (2001). La Gestión de las reclamaciones en el Plan de Calidad Hospitalario. *Revista de Calidad Asistencial*, 16(8), 700-704. [https://doi.org/10.1016/s1134-282x\(01\)77451-9](https://doi.org/10.1016/s1134-282x(01)77451-9)
- Hartnett, K. P., Kite-PoWell, A., De Vies, J., Coletta M.A., Boehmer, T.K., Adjemian, J., & Gundlapalli, A.V. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on emergency department visits – United States, January 1, 2019-May 30, 2020. *Morbidity and mortality Weekly Report*, 69, 699-704. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6923e1>
- Hernández-Biette, A., Sanz-Santos, J., Boix-Palop, L., Navarro Rolón, A., Martínez-Palau, M., & de la Sierra Iserte, A. (2020). Factores de riesgo de rehospitalización en pacientes con COVID-19 leve tras el alta desde el servicio de urgencias. *Emergencias: revista de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias*, 32(6), 413-415. <http://emergencias.portalsemes.org/numeros-antteriores/volumen-32/numero-6/factores-de-riesgo-de-rehospitalizacin-en-pacientes-con-covid19-leve-tras-el-alta-desde-el-servicio-de-urgencias/>
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J, Hu Y., Zhang, L., Fan, G., Xu, J., Gu, X., Cheng, Z., Yu, T., Xia, J., Wei, Y., Wu, W., Xie, X., Yin, W., Li, H., Liu, M., Xiao, Y.,

- ...Cao, B. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet (London, England)*, 395(10223), 497–506. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)
- Instituto Nacional de Estadística. (2020). *Defunciones según la Causa de Muerte*. Recuperado de https://www.ine.es/prensa/edcm_2020.pdf
 - López-Barbeito, B., García-Martínez, A., Coll-Vinent, B., Placer, A., Vargas, C.R., Sánchez C., Piñango, D., Gómez-Angelats, E., Curtelin, D., Salgado, E., Aya, F., Martínez-Nadal, G., Alonso, J.R., García-Gonzalbes, J., Fresco, L., Galicia, M., Perea, M., Carbó, M., Iniesta, N., ... Ortega, M.(2020). Factores asociados a revisita en pacientes con diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 dados de alta de un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias: revista de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias*, 32(6), 386-394. <http://emergencias.portalsemes.org/numeros-antteriores/volumen-32/numero-6/factores-asociados-a-revisita-en-pacientes-con-diagnostico-de-infeccion-por-sarscov2-dados-de-alta-de-un-servicio-de-urgencias-hospitalario/>
 - López, W., & Rodríguez, K. (2012). *Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que brinda la enfermera en el servicio de medicina del hospital II 2 MINSA- Tarapoto* (Trabajo fin de grado) <http://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/11458/1258/ITEM%4011458-513.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 - Luis, C., Navarro, E., Real, E., & Rufino, M.T. (2008). Análisis de las reclamaciones en una zona básica de salud. *Revista de calidad asistencial*, 23, 11-16. [https://doi.org/10.1016/s1134-282x\(08\)70461-5](https://doi.org/10.1016/s1134-282x(08)70461-5)
 - Martín-Sánchez, F.J., González Del Castillo, J., Valls Carbó, A., López Picado, A., Martínez-Valero, C., Miranda, J.D., Chacón, A., López-Ayala, P., Chaparro, D., Cozar López, G., Suárez-Cadenas, M.M., Jerez Fernández, P., del Toro, E., Cardassay, E., Angós, B., Díaz del Arco, C., Rodríguez Adrada, E., Montalvo Moraleda, M.T., ...Espejo Paeres, C. (2020). Categorías diagnósticas y resultados a corto plazo en los pacientes con sospecha de COVID-19 atendidos en un servicio de urgencias. *Emergencias: revista de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias*, 32(4), 242-252. <http://emergencias.portalsemes.org/numeros-antteriores/volumen-32/numero-4/categoras-diagnosticas-y-resultados-a-corto-plazo-en-los-pacientes-con-sospecha-de-covid19-atendidos-en-un-servicio-de-urgencias/>
 - Massip Pérez, C., Ortiz Reyes, R.M., Llantá Abreu, M.C., Peña Fortes, M., & Infante Ochoa, I. (2008). La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(4), 1-10. <https://doi.org/10.1590/s0864-34662008000400013>
 - Messarina Santolalla, P. (2016). Calidad de atención del personal de salud y satisfacción del paciente en el servicio de resonancia magnética del Hospital de Alta Complejidad Trujillo, 2015. *Revista Científica De La Universidad César Vallejo*, 8(2), 119–123. <https://doi.org/10.18050/revucv-scientia.v8n2a3>
 - Ministerio de Sanidad y Consumo; Instituto Nacional de la Salud. (1982). Plan de humanización de la asistencia hospitalaria (pp. 29–73). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Morales-Guijarro A.M., Nogales-Cortés M.D., y Pérez-Tirado L. (2011). Acompañante satisfecho, un indicador de calidad. *Revista de Calidad Asistencial*, 26(1), 47-53. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2010.07.004>
- Nebot, C., Juvanet, N., Orfila, F., Abós, R., & Soler J. (2000). Análisis de las reclamaciones en un centro de atención primaria de salud de especialidades. *Atención Primaria*, 26, 107-10. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(00\)78620-3](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(00)78620-3)
- Núñez, S., Martín-Martín, A.F., Rodríguez, I., González, I., Antolín, J., Hernández, R., & Álvarez, L. (2002). Identificación de problemas de calidad en la información clínica a usuarios de un servicio de Urgencias hospitalario. *Revista Clínica Española*, 202, 629-634. [https://doi.org/10.1016/s0014-2565\(02\)71168-5](https://doi.org/10.1016/s0014-2565(02)71168-5)
- Ortiga, B., Salazar, A., Masip, J., Rodríguez, E., Escarrabill, J., & Corbella, X. (2006). Reclamaciones de 13 años en un hospital universitario. *Revista de calidad asistencial*, 21(1), 25-30. [https://doi.org/10.1016/s1134-282x\(06\)70751-5](https://doi.org/10.1016/s1134-282x(06)70751-5)
- Quero, A. (2003). Los cuidados no profesionales en el hospital: la mujer cuidadora. *Enfermería Clínica*, 13, 248-356. [https://doi.org/10.1016/s1130-8621\(03\)73835-2](https://doi.org/10.1016/s1130-8621(03)73835-2)
- Ramos Frausto, V.M., Rico Venegas, R.M., & Martínez, P.C. (2012). Percepción del familiar acompañante con respecto al cuidado de enfermería en hospitalización. *Enfermería Global*, 11(25), 219-232. <https://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000100013>
- Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. [Internet] *Boletín Oficial del Estado*, 67, 14 marzo 2020, pp. 25390-25400. [Consultado el 7 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463/con>
- Rodríguez Pérez, A.I., & Do Muíño Joga, M. (2010). Análisis de las reclamaciones de los usuarios de un área de Atención Primaria. *Cadernos de Atención Primaria*, 17, 92-6. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(00\)78620-3](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(00)78620-3)
- Sánchez, F. (2000). La participación de los usuarios en la sanidad debe ser ya una realidad. *Revista del Servicio Andaluz de Salud Información*, 4, 3. https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2020/12/v21n4_PSL.pdf
- Santana, R., Sousa, J.S., Soares, P., Lopes, S., Boto, P., & Rocha, J.V. (2020). The demand for hospital emergency services: trends during the first month of COVID-19 response. *Portuguese Journal of Public Health*, 38(1), 30-36. <https://doi.org/10.1159/000507764>
- Tarazona-Santabalbina, F.J., Martínez-Velilla, N., Vidán, M., & García-Navarro, J. (2020). COVID-19, adulto mayor y edadismo: errores que nunca han de volver a ocurrir. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 55, 191-192. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.04.001>
- Villar Dávila, R., Pancorbo Hidalgo, P.L., Jiménez Díaz, M.C., Cruz Lendínez, A., & García Ramiro, P. (2012). Qué hace el cuidador familiar en el hospital: Cómo se ve a sí mismo y cómo lo ven los profesionales. *Gerokomos*, 23(1), 7-14. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2012000100002>
- World Health Organization. (2020, 29 de junio). *COVID-19 timeline of WHO action*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>

CARTAS AL DIRECTOR

El burnout: un factor de riesgo de la violencia hacia el profesional

Burnout: a risk factor for violence towards professionals

Burnout: fator de risco para violência contra profissionais

Cristina Vidal Marti¹

¹MIDE. Facultad de Educación. Profesora lectora Universidad de Barcelona. Correo electrónico: cristinaavidal@ub.edu. Orcid:<http://orcid.org/0000-0003-2501-1913>

Cómo citar esta carta al director en edición digital: Vidal-Marti, C. (2022). El burnout: un factor de riesgo de la violencia hacia el profesional. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 26(63). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2022.63.17>

Correspondencia: cristinaavidal@ub.edu



Recibido: 13/01/2021 Aceptado: 22/03/2022

ABSTRACT

From this space of long consideration, there is the aim to raise awareness of the importance of addressing the violence of the patient towards the professional. Burnout is a risk factor and, therefore, the vulnerability of professionals nowadays due to the pandemic, can increase said risk, seriously affecting their health.

Key words: workplace violence; pandemic; risk; COVID-19.

RESUMEN

Desde este espacio de reflexión, existe la voluntad de concienciar de la importancia de abordar la violencia del paciente hacia el profesional. El burnout es un factor de riesgo y, por consiguiente, la vulnerabilidad de los profesionales en la actualidad debida a la pandemia puede incrementar dicho riesgo, afectando gravemente su salud.

Palabras clave: violencia laboral; pandemia; riesgo; COVID-19.

RESUMO

Desse espaço de reflexão surge a vontade de conscientizar sobre a violência do paciente contra o profissional. Burnout é um fator de risco para violência contra profissionais. A pandemia tornou os profissionais mais vulneráveis; e conseqüentemente existe um risco maior para os profissionais, situação que afeta gravemente a sua saúde.

Palavras-chave: violência no trabalho; pandemia; risco; COVID-19.

La violencia laboral es uno de los riesgos psicosociales más estudiados en los últimos años (Chirico et al., 2019; Mento et al., 2020). Se entiende “como cualquier incidente en el que un trabajador es abusado, amenazado o agredido por un miembro del público: paciente, cliente y/o compañero de trabajo” (Chappell y Di Martino, 2006, p.12).

Cal/OSHA (1995) clasificó la violencia laboral en cuatro tipos (I, II, III, IV); definiendo la violencia de tipo II como la acción violenta que realiza el paciente y/o usuario hacia el profesional mientras ofrece su servicio. Los profesionales sanitarios, de servicios sociales, educación, seguridad pública y trabajadores que ofrecen servicios profesionales son las ocupaciones con mayor riesgo (Lanthier et al., 2018; Peek-Asa y Howard, 1999; Rosenman et al., 2017).

En los últimos años, la investigación de la violencia laboral de tipo II en los profesionales sanitarios y de las curas se intensificó por su alta incidencia y las graves consecuencias que conllevan dichas acciones en la salud de los profesionales (Babiarczyk et al., 2020; Byon et al., 2020; Cooper y Swanson, 2002; Lanctôt y Guay, 2014; McPhaul y Lipscomb, 2004; Zhang et al., 2017). El creciente número de estudios comportó que Medline/Pubmed estableciera la violencia laboral como descriptor de búsqueda (NCBI, 2014).

El estudio del fenómeno ha permitido conocer su incidencia, factores de riesgo, de protección y vulnerabilidad, facilitando el diseño y la aplicación de programas, políticas y servicios de prevención y promoción de la salud (Babiarczyk et al., 2020; Chappell y Di Martino, 2006; Liu et al., 2019; Lanctôt y Guay, 2014).

El burnout es uno de los factores de riesgo de la violencia laboral de tipo II en los profesionales sanitarios y de curas (Viitasara, 2004). Distintas investigaciones establecen una relación directa entre burnout y violencia laboral de tipo II; es decir, los profesionales que presentan un mayor índice de burnout experimentaron más episodios de acciones violentas por parte del paciente (Contreras et al., 2020; Fu et al., 2021; Pereira y Palucci, 2018; Shier et al., 2018; Vidal-Martí, 2021).

Por consiguiente, en estos momentos finales de la pandemia en que el desgaste emocional y físico de los profesionales sanitarios y de curas se evidenció, debido al impacto de la situación y al incremento de tareas y demandas que conlleva su día a día profesional, el riesgo de burnout se incrementa (Bueno-Ferrán y Barrientos-Trigo, 2020; Ghareeb et al., 2021). Las intervenciones dirigidas a la cura del profesional para paliar sus efectos como pueden ser el autocuidado, los servicios de apoyo y de prevención se hacen necesarias para la mejora de la salud de los profesionales (Martínez-López et al., 2021).

La Organización Mundial de la Salud (WHO, 2021), consciente de esta situación de vulnerabilidad de los profesionales, recomendó que era necesario compartir y exteriorizar las emociones y los sentimientos vividos entre los profesionales como medida para contrarrestar el desgaste emocional ocasionado por la pandemia (Solano, 2021).

Una de las manifestaciones del burnout es el agotamiento profesional derivado, en parte, del desgaste emocional y físico. Por consiguiente, abordar acciones de prevención y actuación para minimizar sus impactos puede contribuir a prevenir el burnout y consecuentemente la acción violenta hacia el profesional.

En definitiva, hay la voluntad por parte de las autoridades sanitarias e instituciones de actuar de manera preventiva y paliativa para minimizar el impacto de la pandemia (WHO, 2020). Sin embargo, dichos esfuerzos pueden ser insuficientes si la violencia laboral de tipo II se convierte en un riesgo profesional de alta intensidad (Vidal-Martí, 2020). Abordar desde la prevención y la actuación este problema es básico para facilitar la recuperación y la mejora de la salud profesional de los trabajadores sanitarios y de curas.

BIBLIOGRAFÍA

- Babiarczyk, B., Turbiarz, A., Tomagová, M., Zeleníková, R., Önler, E., y Cantus, D. S. (2020). Reporting of workplace violence towards nurses in 5 European countries—a cross-sectional study. *International journal of occupational medicine and environmental health*, 33(3), 325-338. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01475>
- Bueno-Ferrán M., y Barrientos-Trigo S. (2020). Cuidar al que cuida: el impacto emocional de la epidemia de coronavirus en las enfermeras y otros profesionales de la salud. *Enfermería Clínica*, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.006>
- Byon, H. D., Lee, M., Choi, M., Sagherian, K., Crandall, M., y Lipscomb, J. (2020). Prevalence of type II workplace violence among home healthcare workers: A meta-analysis. *American journal of industrial medicine*, 63(5), 442-455. <https://doi.org/10.1002/ajim.23095>
- Cal/OSHA. (1995). *Guidelines for Workplace Security. Preventing Violence in the Workplace: A Second Conference on Workplace Security*. OSHA.
- Chappell, D., y Di Martino, V. (2006). *Violence at work*. International Labour Office. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_publ_9221108406_en.pdf
- Chirico, F., Heponiemi, T., Pavlova, M., Zaffina, S., y Magnavita, N. (2019). Psychosocial risk prevention in a global occupational health perspective. A descriptive analysis. *International journal of environmental research and public health*, 16(14), 2470. <https://dx.doi.org/10.3390%2Fijerph16142470>
- Contreras Jofre, P., Valenzuela Solís, Á., Pinto Soto, J., Mendoza Ponce, N., y López-Alegría, F. (2020). Violencia en el trabajo hacia los profesionales de enfermería en los

- servicios de emergencias: revisión integrativa. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, e173. <https://dx.doi.org/10.26633%2FRPSP.2020.173>
- Cooper, C., y Swanson, N. (2002). Workplace violence in the health sector. *State of the art. Geneva: Organización Internacional de Trabajo, Organización Mundial de la Salud, Consejo Internacional de Enfermeras Internacional de Servicios Públicos.*
 - Fu, C., Wang, C. G., Shi, X., Ren, Y., y Cao, F. (2021). The association between fear of future workplace violence and burnout among nurses in China: A cross-sectional study. *Journal of Affective Disorders*, 293, 29-35. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.06.013>
 - Ghareeb, N. S., El-Shafei, D. A., y Eladl, A. M. (2021). Workplace violence among healthcare workers during COVID-19 pandemic in a Jordanian governmental hospital: the tip of the iceberg. *Environmental Science and Pollution Research*, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s11356-021-15112-w>
 - Lanctôt, N., y Guay, S. (2014). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggression and violent behavior*, 19(5), 492-501. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.07.010>
 - Lanthier, S., Bielecky, A., y Smith, P. M. (2018). Examining risk of workplace violence in Canada: a sex/gender-based analysis. *Annals of work exposures and health*, 62(8), 1012-1020. <https://doi.org/10.1093/annweh/wxy066>
 - Liu, J., Gan, Y., Jiang, H., Li, L., Dwyer, R., Lu, K., ... y Lu, Z. (2019). Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occupational and environmental medicine*, 76(12), 927-937. <https://doi.org/10.1136/oemed-2019-105849>
 - Martínez-López, J. Á., Lázaro-Pérez, C., y Gómez-Galán, J. (2021). Burnout among Direct-Care Workers in Nursing Homes during the COVID-19 Pandemic in Spain: A Preventive and Educational Focus for Sustainable Workplaces. *Sustainability*, 13(5), 2782. <https://doi.org/10.3390/su13052782>
 - McPhaul, K. M., y Lipscomb, J. A. (2004). Workplace violence in health care: recognized but not regulated. *Online journal of Issues in Nursing*, 9(3), 7.
 - Mento, C., Silvestri, M. C., Bruno, A., Muscatello, M. R. A., Cedro, C., Pandolfo, G., y Zoccali, R. A. (2020). Workplace violence against healthcare professionals: A systematic review. *Aggression and violent behavior*, 51, 101381. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101381>
 - NCBI (s.d.) MeSH. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=workplace+violence>
 - Peek-Asa, C., y Howard, J. (1999). Workplace-violence investigations by the California Division of Occupational Safety and Health, 1993-1996. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 41(8), 647-653. <https://doi.org/10.1097/00043764-199908000-00006>
 - Pereira Aires Garcia, G., y Palucci Marziale, M. H. (2018). Indicators of burnout in Primary Health Care workers. *Revista brasileira de enfermagem*, 71, 2334-2342. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0530>
 - Rosenman, E. D., Vrablik, M. C., Charlton, P. W., Chipman, A. K., y Fernandez, R. (2017). Promoting workplace safety: teaching conflict management and de-escalation

- skills in graduate medical education. *Journal of graduate medical education*, 9(5), 562-566. <https://dx.doi.org/10.4300%2FJGME-D-17-00006.1>
- Shier, M. L., Graham, J. R., y Nicholas, D. (2018). Interpersonal interactions, workplace violence, and occupational health outcomes among social workers. *Journal of Social Work*, 18(5), 525-547. <https://doi.org/10.1177/1468017316656089>
 - Solano Ruiz, C. (2021). Pandemia versus cambio en la identidad de los profesionales de salud. *Cultura de los cuidados*, 60(1), 1-4. <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.esp2.01>
 - Vidal-Martí, C. (2020). *La violencia laboral en las residencia de mayores: ¿Como gestionar la agresividad de la persona usuaria?*. Horsori
 - Vidal-Martí, C. (2021). Incidence of type II workplace violence in Catalan nursing homes. *Work*, 68 (4), 1203-1210. <https://doi.org/10.3233/wor-213449>
 - Viitasara E. (2004). *Violence in caring: risk factors, outcomes and support*. Göterborgs Universitet. <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/4341>
 - World Health Organization (WHO) (2020). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. World Health Organization. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331490>
 - Zhang, L., Wang, A., Xie, X., Zhou, Y., Li, J., Yang, L., y Zhang, J. (2017). Workplace violence against nurses: A cross-sectional study. *International journal of nursing studies*, 72, 8-14. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.04.002>

Enfermedad de Parkinson: dependencia versus necesidad de cuidados

Parkinson's disease: disability versus need for care

doença de Parkinson: incapacidade versus necessidade de cuidados

Antonio Aguilar Agudo¹

¹ Director. Asociación Parkinson Córdoba, Córdoba, España. Doctor en Psicología. Investigador. Universidad de Córdoba, Córdoba (España). Correo electrónico: z22aguaa@uco.es. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1771-3501>

Cómo citar esta carta al director en edición digital: Aguilar-Agudo, A. (2022) Enfermedad de Parkinson: dependencia versus necesidad de cuidados. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 26(63). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2022.63.18>

Correspondencia: z22aguaa@uco.es



Recibido: 11/12/2021 Aceptado: 12/03/2022

ABSTRACT

In this letter to the editor, the author describes the implications of the dependency of Parkinson's patients. With this text, the author aims to draw attention to the care needed by people living with the limitations caused by Parkinson's disease.

Key words: Care; disability; caregiver burden; Parkinson's disease.

RESUMEN

En esta misiva al director, el autor describe las implicaciones que se derivan de la situación de dependencia de los pacientes con Parkinson. El autor con este texto precisa llamar la atención sobre los cuidados que necesitan las personas que viven con las limitaciones que les provoca esta enfermedad.

Palabras clave: Cuidados; dependencia; carga del cuidador; enfermedad de Parkinson.

Nesta carta ao editor, o autor descreve as implicações da situação de dependência dos doentes de Parkinson. Com este texto, o autor pretende chamar a atenção para os cuidados necessários às pessoas que vivem com as limitações causadas pela doença de Parkinson.

Palavras-chave: Cuidados; deficiência; fardo do cuidador; doença de Parkinson.

Sr. Editor:

La sanidad constituye uno de los pilares básicos del estado de bienestar en todas las sociedades avanzadas. En nuestro país, un 86.8 % de la población (≥ 15 años) había requerido los servicios sanitarios en 2017, lo que supuso un incremento del 5.7 % respecto a 2012 (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2017), una cifra que ha podido ir en aumento a tenor de los nuevos desafíos sanitarios a los que nos enfrentamos en la actualidad.

Las enfermedades neurológicas son uno de los principales retos contemporáneos en las sociedades avanzadas. Constituyen un problema de salud y están asociadas a una disminución de la autonomía personal. Se caracterizan además, por provocar desequilibrios en el ámbito familiar, con un impacto negativo en la calidad de vida.

Dentro de las enfermedades neurodegenerativas más comunes que causan discapacidad está la enfermedad de Parkinson (EP). La EP afecta a millones de personas y según ha publicado la Organización Mundial de la Salud (OMS), tiene una tasa de incidencia bruta de 4,5 a 19 por cada 100.000 habitantes al año (OMS, 2006).

Es una enfermedad crónica que no tiene cura y que progresa de forma diferente dependiendo del individuo. Sin embargo, están disponibles distintas opciones terapéuticas que permiten obtener un control de los síntomas, al menos durante los primeros años.

Las prioridades de tratamiento se centran en mantener la autonomía el mayor tiempo posible. Las personas con EP suelen requerir en un primer momento la colaboración de los

familiares para apoyos puntuales, convirtiéndose progresivamente en una ayuda continuada. Este proceso a largo plazo puede suponer una carga para los cuidadores (Greenwell et al., 2015), lo que pone en riesgo el futuro de esta relación. Por tanto, la EP constituye un problema para la salud que afecta tanto a pacientes como a las personas cuidadoras.

Los recursos existentes son escasos para hacer frente a las demandas de la población. A medida que la EP progresa, surgen nuevas dificultades y su abordaje se hace cada vez más complejo. Siendo así, se hace imprescindible que todos los profesionales implicados dispongan de información con la mayor evidencia posible. Esto es importante, de cara a evaluar las necesidades reales de los pacientes (y también de los cuidadores) en cada etapa de la enfermedad, para ofrecer una respuesta lo más eficiente posible. Para ello, es importante identificar aquellas áreas donde existan desigualdades, fomentando el análisis y promoviendo la generación de información relevante.

En este sentido, se destacan los resultados encontrados en un estudio reciente que aborda los cuidados a personas con EP (Aguilar-Agudo, 2020). A continuación se describen los datos recogidos en un grupo de personas con EP en una muestra española (N = 106). Del total de la muestra analizada, el 46.2 % tenían reconocido el grado de dependencia (60 % gran dependencia, 36 % dependencia severa y 4% dependencia moderada), frente al 53.8 % que no la tenían reconocida (o no la habían solicitado). Se realizó, una evaluación de las personas en cuanto a la independencia para el desarrollo de las actividades de la vida diaria (AVD) utilizando el índice de Katz. Se midieron los niveles elementales de función física en actividades como el aseo, alimentación, vestirse, uso del WC, movilidad o continencia. De este modo, se encontró que dentro del grupo de personas con resolución de grado de dependencia, el 81.6 % necesitaban ayuda para el desarrollo de entre 4 y 6 AVD (dependencia severa), el 12.3 % requería ayuda en 2-3 AVD (dependencia moderada) y el 6.1 % en 1 o ninguna (independencia-dependencia leve). Por contra, dentro del grupo de personas que no tenían reconocida la situación de dependencia, un 45.6 % necesitaban ayuda para el desarrollo de entre 4 y 6 AVD (dependencia severa), el 33.3

% requería ayuda en 2-3 AVD (dependencia moderada) y el 21.1 % en 1 o ninguna (independencia-dependencia leve).

Los resultados anteriores reflejan las diferencias encontradas dentro de un grupo de personas con EP, valorando su autonomía personal. A partir de estos datos se pueden deducir las necesidades de apoyos para el desarrollo de las AVD y la consiguiente implicación del cuidador. Sin embargo, se constata que tan solo una parte del grupo (46.2 %) tenía reconocida la situación de dependencia y por tanto, tendría asignado algún tipo de recurso externo destinado a ofrecer los apoyos necesarios.

Desde los sectores sanitario y social, los esfuerzos no solo deben concentrarse en los propios pacientes, sino que también deben ir dirigidos a atender las necesidades del entorno familiar más implicado en los cuidados. Al contrario de lo que se podría pensar, puede no existir un reparto equitativo de los recursos sociales y sanitarios dispensados, encontrándose que en ocasiones los pacientes y familiares con más necesidades, no acaban satisfaciéndose (Olssona et al., 2016).

Enfermedades crónicas como la EP suponen un problema de salud para el cual la medicina actual no ha encontrado hasta ahora una solución definitiva. Su cronicidad e incapacidad suelen estar unidas a una demanda de ayuda externa, requiriendo apoyos constantes y prolongados en el tiempo. Esta situación puede provocar un impacto negativo en la calidad de vida de las personas cuidadoras. En etapas avanzadas, coincidiendo con los últimos estadios de la enfermedad (4-5 en la escala de Hoehn y Yahr), los pacientes pueden llegar a precisar tratamientos y cuidados especiales, llegando a convertirse los cuidadores en los principales interlocutores con los servicios sanitarios.

La atención que reciben las personas con EP suele llevarse a cabo por neurólogos, sin embargo, y debido a la complejidad que esta enfermedad presenta, se hace necesaria la

participación de otros profesionales. En este sentido, la implicación del personal de enfermería puede ser fundamental, transmitiendo a la ciudadanía las competencias necesarias para asumir los cuidados.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses

Financiación

Este trabajo no fue financiado por ninguna organización

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar Agudo, A. (2020). *Innovación, calidad de vida y gestión del cambio en procesos crónicos de la salud informe de casos y evaluación de variables desde el ámbito de la psicología*. (Tesis de doctorado). Córdoba: Universidad de Córdoba. Recuperado de <https://helvia.uco.es/handle/10396/19690>.
- Greenwell, K., Gray, W., Wersch, A. & Schaik, P. (2015). Predictors of the psychosocial impact of being a carer of people living with Parkinson's disease: A systematic review. *Parkinsonism and related disorders*, 21, 1-11. <https://dx.doi.org/10.1016/j.parkreldis.2014.10.013>
- Instituto Nacional de Estadística. (2017). *Encuesta nacional de salud. Indicadores de salud*. Madrid: INE. Recuperado de <https://www.ine.es/uc/ARqDJF0A>
- Olsson, Y., Claren, L., Alvariza, A., Arestedt, K. & Hagell, P. (2016). Health and Social Service Access Among Family Caregivers of People with Parkinson's Disease. *Journal of Parkinson's Disease*, 6(3), 581-7. <https://dx.doi.org/10.3233/JPD-160811>
- World Health Organization. (2006). Neurological disorders public health challenges. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/neurology/neurological_disorders_report_web.pdf?ua=1