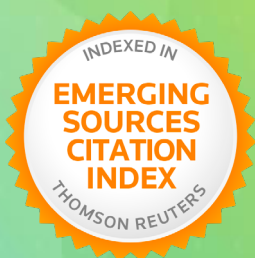


Revista de Enfermería y Humanidades

ASOCIACIÓN DE HISTORIA Y ANTHROPOLOGÍA DE LOS CUIDADOS



CULTURA DE LOS CUIDADOS

1º Cuatrimestre 2023. Año XXVII N°65



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

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



SUMARIO

Editorial

- Un antídoto ante los riesgos del auge de las ideologías transhumanistas y poshumanistas: la poesía de los cuidados

Fenomenología

- Expedientes de enfermería y cuidados con acceso en hemodialización: aspectos para seguridad del paciente
- Salud mental universitaria: desde la percepción de estudiante de enfermería de una universidad chilena
- La esterilización femenina en mujeres: ¿una elección libre?
- Desde otra perspectiva: la medicina narrativa y las narrativas de los proveedores de salud durante la pandemia de COVID-19
- La escritura creativa en estudiantes universitarios del ámbito socio sanitario: Revisión sistemática

Historia

- Una propuesta de interpretación de la cruz en la arquitectura doméstica como simbología de hospitalidad
- Representaciones del cuidado en las oraciones Makuxi: historia, mito y salud
- La Dama de la Lámpara y las emergencias en el mundo: un recuento histórico
- Impacto del terremoto más potente de la humanidad en el desarrollo profesional de la enfermería en el sur de Chile
- Las diversas caras de la enfermería durante el Nacionalsocialismo (1933-1945): una revisión narrativa

Antropología

- Conocimientos, creencias y actitudes de los estudiantes universitarios hacia la donación de órganos: Un estudio cualitativo
- Aproximaciones entre las antropologías de Cecil Helman y Clifford Geertz.
- Convertirse en padre: la experiencia de transición a la paternidad en el prenatal
- Cultura del cuidado de los indígenas con niños
- Folklore y "medicina tradicional". Rituales de sanación del "mal de ojo" en el municipio de Cehégin
- Conocimiento del VIH-SIDA en estudiantes que visitan el pabellón de la universidad en un evento popular en Évora-Portugal

Teoría y Método

- Intervenciones educativas para la planificación anticipada de cuidados en la adherencia a las voluntades anticipadas: revisión integradora
- Conducta promotora de salud sexual en adolescentes: propuesta de teoría de situación específica
- Percepción de estudiantes de enfermería sobre la formación pedagógica en la prevención de la Sintomatología Musculoesquelética: estudio cualitativo
- Estrategias didácticas desarrolladas con estudiantes de enfermería para el logro de competencias profesionales: Revisión integrativa
- Medidas preventivas y costumbres en las familias no contagiadas por la COVID-19 durante el confinamiento
- TIC en tiempos de COVID-19: Un análisis DAFO desde la enfermería
- Riesgo de Trastornos de Conductas Alimentarias Asociados al Estado Nutricional de los Adolescentes. Estudio Transversal.

Miscelánea

- Reseña de El Desamparo del Tabú en Flor de José Siles



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



EDITORIAL

Un antídoto ante los riesgos del auge de las ideologías transhumanistas y poshumanistas¹: la poesía de los cuidados

An antidote to the risks of the rise of transhumanist and posthumanist ideologies: the poetry of care

Um antídoto para os perigos da ascensão das ideologias transumanistas e pós-humanistas: a poesia dos cuidados

José Siles^{1*}

¹Catedrático de Universidad. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante (España). Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3046-639X>; Correo electrónico: jose.siles@ua.es

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

Cómo citar esta editorial: Siles, J. (2023). Un antídoto ante los riesgos del auge de las ideologías transhumanistas y poshumanistas: la poesía de los cuidados. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(65). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.65.01>

Received: 11/10/2023

Accepted: *Editorial invitada*.



Copyright: © 2023. Remitido por los autores para publicación en acceso abierto bajo los términos y condiciones de Creative Commons Attribution (CC/BY) license.

Abstract: The purpose of this editorial is to reflect on the controversies generated by the new transhumanist and post-humanist ideologies regarding the humanisation of care. It also offers a remedy to the consequences of these depersonalising ideologies: the poetry of care.

Keywords: Nursing; posthumanism; transhumanism; careful; care poetry.

Resumen: El propósito de esta editorial es reflexionar sobre las controversias generadas por las nuevas ideologías transhumanistas y poshumanistas respecto a la humanización de los cuidados. Asimismo, se aporta un remedio ante las consecuencias de estas ideologías despersonalizadoras: la poesía de los cuidados.

Palabras clave: Enfermería; poshumanismo; cuidados; poesía de los cuidados.

Resumo: O objetivo deste editorial é reflectir sobre as controvérsias geradas pelas novas ideologias transumanistas e pós-humanistas relativamente à humanização dos cuidados de saúde. Oferece também um remédio para as consequências destas ideologias despersonalizantes: a poesia dos cuidados de saúde.

Palavras-chave: Enfermagem; pós-humanismo; transumanismo; cuidado; poesia de cuidado.

¹ Se recomienda la forma *pos-* tanto antes de vocal (posoperatorio) como de consonante (posguerra), tal como indica la nueva Ortografía de la lengua española. En los medios de comunicación es habitual encontrar frases como «Fue el más grande corredor de fondo en la era de la postguerra», «Con el robot, la evolución del postoperatorio» o «Se genera violencia postelectoral en Oaxaca», donde habría sido preferible escribir, respectivamente, posguerra, posoperatorio y poselectoral. Se establece una excepción: cuando la palabra a la que se une el prefijo comienza por la letra *ese*, lo apropiado es escribir *post-*: postsocialismo, postsindical (RAE, 2015).



Los profesionales de los cuidados, al menos un nutrido grupo de ellos, partiendo de la idea central de que la enfermería está basada en el ser humano y en el pensamiento humanista, se han esforzado durante décadas para intentar superar los límites que el neo-positivismo imponía a los cuidados considerando su aplicación como un proceso emanado del taylorismo más puro: aplicación estandarizada, objetiva, fría, neutra y distante de técnicas sobre un objeto pasivo (el paciente que situacionalmente es despojado de la condición personal) y restringiendo la función comunicativa a una mera regla de cortesía (Rosenbloom, 2018). Estos ingenuos profesionales de los cuidados -entre los que se encuentra el que suscribe- pensaban que ya habían superado estos límites neopositivistas y que la humanización de la enfermería era ya un hecho irreversible, pues el nuevo canon de los cuidados establecía el imperativo de centrarlos en la persona considerando la comunicación paciente-enfermera como una herramienta fundamental en la humanización de todo el proceso enfermero. Sin embargo, cuando apenas empezábamos a disfrutar de la tan ansiada como compleja humanización de los cuidados, emergen de las profundidades nuevas ideologías que pueden dar al traste con la larga, costosa y compleja evolución hacia la humanización de los cuidados.

Conceptos como transhumanismo, poshumanismo y su incidencia en la forma de interpretar y aplicar los cuidados de enfermería rondan por las cabezas de enfermeras y otros profesionales de la salud que, en su mayoría, todavía no saben muy bien si los efectos de estas nuevas tendencias van a traer más beneficios que detrimentos. En cualquier caso, estas nuevas ideologías están avanzando tan impetuosamente en un mundo hechizado por la Inteligencia Artificial (IA), que ya han demostrado un potencial de seducción de gran calado entre diferentes colectivos, destacando entre los mismos los profesionales de la salud que se encuentran ante un nuevo y complejo reto: ¿cómo organizar y aplicar los cuidados en un contexto dominado por la tecnología provista de (IA)?

En primer lugar, como casi siempre que ocurre cuando se tratan temas relativamente innovadores donde la especulación, la fantasía y la falta de escrúpulos pululan a sus anchas, habría que clarificar lo que hoy día se entiende -desde diferentes posturas y enfoques- por ambos fenómenos: El transhumanismo y el poshumanismo.

El poshumanismo y el transhumanismo son conceptos, ambos, que están implicados en la evolución de la humanidad y un determinado estatus en su vinculación con la tecnología, pero, sin duda, hay diferencias esenciales entre ellos dado que existen interpretaciones contrapuestas sobre los mismos. El transhumanismo se centra en la superación de la humanidad como concepto y como realidad, mientras que el poshumanismo parte de la premisa de que la tecnología puede llevar a la instauración de una forma de vida completamente nueva, que trascienda la definición tradicional de lo que significa ser humano y que no está limitada por el estatus biológico, mental, psicológico o estético-espiritual de la humanidad.



Transhumanismo

El transhumanismo se marca el propósito de optimizar la humanidad mediante el con-curso de la tecnología, aspirando a dejar atrás limitaciones fisiológicas, psicológicas y es-tético-espirituales. Esta ideología que, aunque tal vez solo sea fruto de una casualidad, nos llega desde supuestos paraísos tecnológicos como Palo Alto (California) y que, en connivencia con otros movimientos como el posmodernismo, el postfeminismo y la ten-dencia ideológica denominada “Woke”², se ha extendido vertiginosamente a lo largo y ancho del planeta en un tiempo récord lanzando la propuesta de emplear la tecnología para mejorar el cuerpo y la mente humanos. Para estos cambios optimizadores de la reali-dad humana, los seguidores del poshumanismo apuestan por la aplicación de una amplia gama de muletas tecnológicas que ayuden a caminar mejor al ser humano: desde implantes de tecnología punta con (IA) para facilitar una cognición de alto nivel, hasta la eliminación de impurezas biológicas y estéticas como los sentimientos generadores de conflictos personales y sociales, para llegar incluso -y esto supondría el “no va más”- la prolongación de la vida e incluso la inmortalidad; es decir, se optimiza la vida humana, pero no se traspasan los límites de lo que aún se sigue considerando “humanidad” (si se exceptúa el asunto nada venial de la inmortalidad, que transformaría a los humanos en dioses de un olimpo terrenal).

Transhumanismo y transculturalidad de los cuidados

En algunas cuestiones este transhumanismo puede tener ciertas similitudes con el transculturalismo de los cuidados, en el sentido de que las enfermeras pueden y deben conocer y controlar adecuadamente todos los recursos tecnológicos que los avances de la (IA) ponga a su alcance integrarlos en los humanos y que la asimilación de estos cuidados provistos de tecnología (IA) signifique, en el fondo, un aumento de la calidad de los cui-dados en las situaciones que se requiera. El transhumanismo y la transculturalidad de los cuidados también tienen cierta semejanza en aspectos considerados tradicionales en la enfermería *leiningeriana*, como la necesidad de armonizar, mediante cuidados transculturales-transhumanizados, las diferencias entre pacientes avanzados tecnológica y digitalmente (que incluso lleven implantados microsmartphones con cámaras, sensores de movimiento, GPS y aplicaciones de seguimiento de la salud que midan las constantes y de-terminados valores analíticos de sangre y saliva), con aquellos otros pacientes que aún se encuentren en cierto estado de marginación respecto al nuevo entorno digital-tecnológico (IA).

² La ideología “Woke” (despierto) es un término inicialmente usado en Estados Unidos para luchar contra el racismo que evolucionó hasta integrar otras cuestiones de desigualdad social y de género. Durante la primera década del siglo XXI se ha integrado en movimientos políticos igualitarios y de izquierdas y en la política identitaria de las personas tales como el movimiento LGBT. Por último, el movimiento woke se ha usado para vertebrar una ideología que trasciende la naturaleza biológica de los humanos como factor vinculante en el género.



Este proceso transhumanista, aparentemente optimizador, puede ser un paso intermedio para dar lugar a un cambio aún más radical en cuanto a la interpretación y consideración de lo humano y sus cuidados, puesto que el punto álgido del transhumanismo implica un cuestionamiento de la naturaleza de lo humano y esa sería la puerta de entrada del poshumanismo.

Poshumanismo

Braidotti (2015) sostiene que el poshumanismo se sustenta en un materialismo vitalista que cuestiona las categorizaciones formuladas mediante la ciencia, el racionalismo e incluso desde esquemas biológicos derivados de la propia naturaleza. Este pensamiento implica la negativa a aceptar la esencialidad del humanismo en la organización social, cultural e incluso biológica y en todo lo relativo a la salud. Algunos autores sostienen que llegado el momento de que la (IA) supere la inteligencia humana, será aceptable y plausible aceptar la realidad de la inferioridad humana y, consiguientemente, apoyarse en la nanotecnología, la ingeniería genética y la robótica para aspirar a una vida casi inmortal. Kurzweil (2006) sostiene que los seres humanos dejarán de existir y tener sentido, cuando la genética, la nanotecnología y la robótica sirvan de soporte para fabricar copias robóticas de humanos originales sin la participación de la biología (en esto hay ciertos paralelismos con el movimiento *woke* y su negación de la biología como categorizador del género). Un amplio número de destacados académicos de países desarrollados (antropólogos, ingenieros, informáticos, científicos pluridisciplinarios) con el apoyo de políticos que han adoptado el dogma poshumanista trabajan en la actualidad para conseguir que el “superhombre” nietzscheano sea una realidad dejando atrás la fase humanista y abrazando una nueva etapa de la evolución en la que el *homo sapiens sapiens* dejará paso a otra especie que, por supuesto que seguirá requiriendo cuidados y tendrá que satisfacer unas determinadas necesidades, pero en un mundo poshumano donde todo será diferente: cuidadores, pacientes y cuidados. Es decir, el poshumanismo es un movimiento que avanza hacia una etapa en la que el ser humano, si sigue existiendo, no tendrá el significado que tiene hoy, y los herederos que resulten de este proceso evolutivo perderán sus rasgos identitarios como individuos integrándose en colectivos como el Borg³ o Ciborg. En definitiva, los transhumanistas sostienen que el ser humano está anticuado, torpe, cada vez más hundido en la imperfección y necesita un reinicio. Los déficits más claros de los humanos radican en las contradicciones que anidan en sus subjetividades y en la construcción social de sentimientos, creencias e ideologías que todavía los hacen más peligrosos entre ellos mismos: Las enfermedades infecciosas, crónicas, epidémicas, etcétera; contribuyen sin duda al incremento de su imperfección. En estas condiciones, tanto los sentimientos como las creencias e ideologías encaminan dichas subjetividades

³ Borg y ciborg son dos términos que se refieren a seres híbridos que combinan elementos biológicos y tecnológicos. Sin embargo, hay algunas diferencias clave entre ellos. Borg es un término que proviene de la serie de televisión "Star Trek" y se refiere a una raza de seres cibernéticos que combinan partes orgánicas y mecánicas. Los Borg son un colectivo que se unen en una sola mente y se esfuerzan por alcanzar la perfección a través de la asimilación de otras especies y tecnologías. Por otro lado, el término ciborg (también conocido como cyborg) se refiere a cualquier ser vivo que ha sido mejorado o extendido mediante tecnología (Aguilar, 2017).



individuales y colectivas (intersubjetividades) hacia la generación de conflictos de toda índole constituyendo los enfrentamientos bélicos los de mayor gravedad (Brown, 2022). En consecuencia, el avance de las tecnologías ha permitido a personas de diferentes orígenes y culturas pensar que la humanidad puede y debe cambiarse y editarse para su optimización. La base de esta filosofía es, por supuesto, que los humanos tal y como Dios/la naturaleza los hizo son imperfectos, por eso mismo, son finitos careciendo su vida de sentido (arrojado a la vida para la muerte en palabras de Heidegger) (Siles & Solano, 2007). Algunos autores sostienen, como Hassan (1977), que el final del humanismo estuvo vinculado al posmodernismo que provocó la necesaria elaboración de una nueva ideología denominada poshumanismo, la cual, en vez de apoyarla noción de persona e individuo como seres autónomos e irrepitibles, rechaza el antropocentrismo y vaticina el declive definitivo del humanismo. En este mismo sentido, Michel Foucault -impulsor de las tecnologías del yo- afirmó que hombre desaparecerá *como una cara dibujada en la arena en la orilla del mar* en su mítico ensayo "Las palabras y las cosas".

Lo cierto es que, en un mundo poshumano, la persona se fusiona con la tecnología provista de (IA) transformándose en un Borg o ciborg. El ciborg, tal como lo conciben los poshumanistas, no es un producto biológico derivado de la naturaleza, sino que es fabricado por el ser humano y por lo tanto carece de creencias eliminándose las necesidades espirituales, éticas y morales.

Poshumanismo y cuidados dispensados y recibidos por ciborgs

La estética de los cuidados, en cuanto a las emociones y sentimientos derivados de la interacción entre cuidador y cuidado (Siles & Solano, 2019) se evaporará cuando tanto el dispensador como el receptor de los cuidados responda a la naturaleza del ciborg, si no se eclipsa del todo por considerarla algo innecesario por sus imperfecciones demasiado emparentadas con lo humano como *sentimiento sentido* y potencialmente expresado, estará monopolizada por una especie de anhelo o amor aséptico a la belleza sublime de lo puramente técnico y mecánico; es decir, un retorno al taylorismo, pero...poshumano (Rosen-bloom,2018). En definitiva, en un mundo poshumano los hospitales se transformarán en factorías donde los ciborg dispensarán cuidados como si estuvieran apretando tuercas o precintando latas de aceite lubricante.

Cuestionamientos y posibles respuestas al transhumanismo y el poshumanismo

Clarificados hasta cierto punto los conceptos de transhumanismo y poshumanismo, llega el momento de plantearse con Braidoti (2015) algunas cuestiones:

¿Qué caminos ideológicos, sociales e históricos contribuirán a la construcción de una sociedad poshumana y qué papel le compete desempeñar a los profesionales de salud en este proceso?



¿En qué medida el progreso apoyado en la tecnología poshumana dejará al ser humano como un antepasado evolutivo desde la perspectiva biológica, social y cultural?

¿Se eliminarán todas las formas de subjetividad (sentimientos, emociones, pasiones) que hoy caracterizan la existencia del individuo y que, según el posthumanismo, son la fuente de su imperfección?

¿Cómo afectará el poshumanismo en la teoría y la práctica de los cuidados?

No son pocos los autores que, pese a la relativa novedad de la temática que nos ocupa, ya han reflexionado sobre dicho asunto y expresado sus críticas a los planteamientos poshumanistas:

Pérez Luño (2021) desde los postulados descritos por Jean-Paul Sartre en “El existencialismo es un humanismo” y en “La carta sobre el humanismo” de Heidegger (Heidegger, 2000), que encarnan la esencia del concepto existencialista y fenomenológico del humanismo a mediados de siglo XX, sostiene que el poshumanismo no es de ningún modo una forma de humanismo, sino que dicho concepto, que constituye el núcleo sobre el que orbitan las ideologías poshumanistas, se ocultan riesgos que ponen en peligro avances de la humanidad obtenidos a lo largo de una prolongada y complicada evolución. Entre estos potenciales riesgos, se encuentran las libertades individuales y el derecho a llevar estilos de vida de acuerdo con dichas libertades. Es decir, desde la perspectiva enfermera, se trataría nada menos que de la pérdida de soberanía del ser humano con respecto a la forma de gestionar su proceso de satisfacción de necesidades en aras a un canon supuestamente eficaz desde una perspectiva tecnológicamente objetiva y universalmente eficaz para todos los seres considerados posthumanos. Desde la perspectiva de los derechos humanos, habría que plantearse que formas adoptarían los mismos en un mundo poshumano. Del mismo modo, habría que plantearse si no emergerían nuevos movimientos que tildarían de racistas -no sabemos todavía que tipo de racismo- a los que, de alguna forma, no ven con buenos ojos o rechazan la evolución hacia el poshumanismo y siguen manteniendo la defensa del humanismo.

Carmen Domínguez Alcón (2017), destacada intelectual de la sociología y la enfermería españolas más destacadas, ha sido una de las que se han adelantado a reflexionar sobre las consecuencias de la deshumanización que puede provocar la robotización en el contexto de los cuidados, alertando sobre las implicaciones éticas y morales de este fenómeno.

Siguiendo la interpretación dinámica e ideográfica de la personalidad de Gordon Allport, que sostiene la singularidad e irrepetible existencia de la persona como un ser tan imperfecto como complejo e irrepetible, el planteamiento del poshumanismo nos llevaría a un reduccionismo simplificador de la cuestión humana facilitando los cuidados en serie de forma estandarizada, objetiva y replicables según cada situación; lo que, en definitiva,



implicaría un retorno al núcleo de un transpositivismo cada vez más en auge según se desarrollan las tendencias transhumanistas y, sobre todo, poshumanistas (Siles, 2018).

Una de las cuestiones más llamativas del poshumanismo la constituye la inveterada ansia de inmortalidad -que no es precisamente un propósito nuevo en el ser humano- que ha sido el deseo histórico más frustrante en la larga evolución humana. Desde los tiempos míticos de Los diferentes prometeos⁴ legados literariamente desde el comienzo de la escritura en el Neolítico: el Prometeo Encadenado de Esquilo en la Grecia clásica, hasta textos tan universales como el “Frankenstein o el moderno Prometeo” de Mary Shelley (Hassan, 1977); el “Drácula” de vida eterna de Bram Stoker; o el afán por la eterna juventud que precipita la venta del alma del protagonista, Fausto, a Mefistófeles, cuya trama se desarrolla en *Fausto*, la obra en verso de Johann Wolfgang von Goethe. Pero, el ser humano, ante esta ansia de eternidad vinculada con el deseo de alcanzar el estatuto divino, debe renunciar a su naturaleza biológica (limitada cronológicamente) y trascenderla asumiendo nuevas configuraciones que le permitan ser inmune al paso del tiempo (Kurzweil, 2006). El gran problema de esta inmortalidad no es solo todo aquello que se puede perder abandonando la naturaleza biológica, estética y espiritual, sino, sobre todo, el inmenso y agobiante suplicio que conllevaría ese nirvana, una especie de gloria eterna o paraíso donde no tendría sentido la libertad, ni nacer ni morir, pero tampoco envejecer ni discernir entre las diferentes fases que componen la evolución de la vida humana. Por otro lado, según Allport (1985) en su teoría idiográfica, cada persona es única; si bien pueden encontrarse algunas similitudes con otros, pero esa individualidad resulta imprescindible para desarrollar el cuidado personalizado. Gordon Allport (1985) describe la personalidad como la organización dinámica y el proceso de reajuste de todos los sistemas psicofísicos que determinan su adaptación única al medio. Esta idea de la personalidad se comprende mejor valorando la complejidad de la estructura de la persona que hay que considerar para centrar el cuidado en la misma.

Otro de los problemas, concomitante con la temática tratada en este texto, radica en el hecho crucial de encontrarnos en estos tiempos con nuevas ideologías que consideran al humanismo como algo obsoleto, poco útil y hasta un obstáculo para avanzar hacia un futuro donde el hombre dejaría de ser el centro de todo o, como señalaba el filósofo sofista Protágoras, la medida de todas las cosas. Enfoque antropocéntrico que reflejó Leonardo en su “Hombre de Vitruvio” (Siles y Solano, 2016). Y todo esto, cuando aún estamos lejos de alcanzar el ansiado y todavía utópico logro de centrar el cuidado en las personas.

⁴ Diferentes versiones míticas de personajes prometeicos que desde Eva incumpliendo el mandato divino al probar el fruto del árbol de la verdad, hasta los prometeos clásicos que roban el fuego para donarlo al ser humano o transmiten el secreto prohibido sobre tal o cual temática: inmortalidad, verdad, etcétera, han sido referentes modélicos del humano que aspira a traspasar los límites impuestos por la naturaleza o los dioses.



El poshumanismo, pues, es un enfoque filosófico que cuestiona la idea tradicional de lo que significa ser humano y aboga por una visión más amplia e inclusiva de la existencia. En este sentido, se considera que las tecnologías emergentes, como la inteligencia artificial y la robótica, podrían transformar significativamente la comprensión de la humanidad y la relación con el mundo que nos rodea. En cuanto a los cuidados de enfermería, el poshumanismo podría tener implicaciones de gran entidad; por ejemplo, podría cambiar la forma en que se entiende y proporciona el cuidado, ya que la tecnología podría desempeñar un papel más destacado en la atención sanitaria. Esto podría incluir la utilización de robots para proporcionar cuidados básicos y la integración de tecnología avanzada, como los dispositivos de monitoreo remotos, en el cuidado de pacientes crónicos.

Domínguez Alcón (2017) se formula una serie de preguntas vinculadas a las posibles consecuencias del poshumanismo en el contexto de la enfermería: ¿Cuál es el papel de los robots en las prácticas de cuidado?, ¿Qué sabemos acerca de cómo son aceptados por las personas cuidadas? ¿Son percibidos como colaboradores por las enfermeras? En países muy avanzados tecnológicamente, que han sido pioneros en implementar robots cuidadores, han experimentado un importante rechazo por buena parte de los pacientes (Fitz-Patric, 2011), pero lo cierto es que la aceleración creciente de los cambios producidos por la tecnología provista de inteligencia artificial está empezando a suponer un reto tanto para los pacientes como para los profesionales de enfermería. Ya se está debatiendo sobre la pertinencia de emplear la inteligencia artificial para realizar el triage y clasificar los pacientes jerarquizándolos para su atención en servicios de urgencias.

Los defensores del uso de la tecnología provista de Inteligencia Artificial en cuidados de salud, alegan que la Inteligencia Artificial podría “liberar” de las tareas más técnicas y rutinarias a los profesionales de salud permitiendo más tiempo para la comunicación y, entre otros métodos, la aplicación de la poesía de los cuidados. Sin embargo, si los profesionales de la salud, particularmente las enfermeras, todavía siguen seducidas por la tecnología y, en muchas ocasiones, prestan más atención a las máquinas (sobre todo en servicios especiales), qué puede suceder cuando la Inteligencia Artificial pueda comunicarse directamente con el paciente...¿sustituirá también en este aspecto comunicacional la máquina a la enfermera? (Grace, 2020). Se podría considerar cómo las tecnologías podrían cambiar la relación entre el paciente y el profesional de la salud, y, en esa situación cómo se puede asegurar que las relaciones sigan siendo humanas y auténticas; o simplemente ya con la arribada del poshumanismo, considerar lo humano como absolutamente obsoleto (Halley, 2018).

Valorar como arcaico al ser humano por estar siendo superado en muchos aspectos por la Inteligencia Artificial conlleva no solo el riesgo de abdicar de métodos de comunicación como la poesía de los cuidados, pues supone el establecimiento de una sociedad donde los sentimientos no alteran la convivencia porque el hombre se ha asimilado a la máquina inteligente absorbiendo su objetividad. Los teóricos del poshumanismo sostienen que uno de los rasgos identitarios del ser humano reside en su dimensión estética;



esto es, en la capacidad de emocionarse, sentir y en su expresión. No resulta difícil recabar evidencias sobre el papel motivador de los sentimientos en buena parte de los conflictos: sociales, raciales, bélicos, violencia de género, delitos de toda índole, etcétera. Desde esta perspectiva, sería mucho más útil eliminar o adormecer los sentimientos en los humanos que dotar a la tecnología artificial de funcionalidad estética. Eliminando los sentimientos de los humanos se conseguiría, al fin, acabar con buena parte de los conflictos. En la novela de Aldous Huxley “Un mundo feliz” (1932) se describe una sociedad distópica, pacífica, apática, a-estética donde las emociones y sentimientos son manipulados mediante drogas que mantienen a los individuos indiferentes a todo, porque además viven en una paz perpetua donde todo, absolutamente todo, está controlado y planificado: como si lo hubiera gestionado todo la Inteligencia Artificial.

En definitiva, con la ideología poshumanista y la implementación de la Inteligencia Artificial en el contexto de los cuidados de salud, puede darse el caso de que la poesía de los cuidados sea un método implementado por un robot provisto de Inteligencia Artificial, aunque tal vez no tendría sentido dada la insustancialidad de los sentimientos y su expresión en un contexto “Borg-Ciborg”. Estos cambios implican problemas éticos de gran calado que exigen una reflexión profunda sobre el futuro papel de la enfermería en la sociedad y, en consecuencia, se plantea la necesidad de una reinterpretación de la enfermería (Andrews, 2017) que permita una adaptación a la nueva situación, lo que exigirá cambios importantes en el terreno educativo (Dall’Alba & Barnacle, 2018) sin renunciar a su núcleo esencial, o lo que es lo mismo: salvaguardar el humanismo en los cuidados.

Para concluir, solo aportar una reflexión: aunque el ser humano sea finito por naturaleza, biología y tiempo, ¿acaso no merece la pena seguir siendo mortal y de carne efímera para captar la sensibilidad y trascendente belleza de estas palabras de Juan Ramón?

El viaje definitivo

... Y yo me iré. Y se quedarán los pájaros
cantando;
y se quedará mi huerto, con su verde árbol,
y con su pozo blanco.
Todas las tardes, el cielo será azul y plácido;
y tocarán, como esta tarde están tocando,
las campanas del campanario.
Se morirán aquellos que me amaron;



y el pueblo se hará nuevo cada año;
 y en el rincón aquel de mi huerto florido y encalado,
 mi espíritu errará nostálgico...
 Y yo me iré; y estaré solo, sin hogar, sin árbol
 verde, sin pozo blanco,
 sin cielo azul y plácido...
 Y se quedarán los pájaros cantando.

Juan Ramón Jiménez (1910) *Corazón en el viento. Poemas agrestes.*

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, T. (2008). *Ontología cyborg. El cuerpo en la nueva sociedad tecnológica*. Barcelona: Gedisa.
- Allport, G.W. (1985). *La personalidad. Su configuración y desarrollo*. Barcelona: Herder
- Braidotti, R. (2015). *Lo Posthumano*. Barcelona: Gedisa.
- Brown, B.B. (2022). Posthuman Pedagogy: Metamorphosing Nursing Education for a Dying Planet
 BookDillard-Wright, J., Hopkins-Walsh, J., & Brow, B. (Ed.) *Nursing a Radical Imagination. Moving from Theory and History to Action and Alternate Futures*. London: Routledge.
- Domínguez-Alcón, C. (2017). Ética del cuidado y robots. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 21(47).
<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.47.01>
- Foucault, M. (2013). *Las palabras y las cosas: Una arqueología de las ciencias humanas*. Madrid: Siglo XXI.
- Grace, P. J. (2020). A posthumanist critique of nursing knowledge: Implications for nursing practice, education, and research. *Nursing Philosophy*, 21(1), e12273. <https://doi.org/10.1111/nup.12273>
- Halley, M. C. (2018). Toward a Posthuman Nursing. *Nursing Philosophy*, 19(1), e12167.
<https://doi.org/10.1111/nup.12167>
- Hassan, I. (1977). Prometheus as performer Prometheus as Performer: Toward a Posthumanist Culture?
The Georgia Review, 3(4), 830-850.
- Heidegger, M. (2000). Carta sobre el humanismo. Madrid: Alianza Editorial.
- Kurzweil, R. (2006). *The Singularity is Near: When Humans Transcend Biology*. Barcelona: Penguin.
- Pérez Luño, A.E. (2021). El posthumanismo no es un humanismo Doxa. *Cuadernos de Filosofía del Derecho*, 44, 291-312. <https://doi.org/10.14198/DOXA2021.44.12>
- Phillips, J. L., & Edelman, L. (2019). Nursing and the Posthuman Turn. *Journal of Nursing Education and Practice*, 9(6), 65-68. <https://doi.org/10.5430/jnep.v9n6p65>
- Pizarnik, A. (1992). *Semblanza*. México: F. C. E.
- Rosenbloom, B. (2018). *The Taylorized Beauty of the Mechanical: Scientific Management and the Rise of Modernist Architecture*. Chicago: University of Chicago Press.
- Siles, J., & Solano, C. (2007). El origen fenomenológico del “cuidado” y la importancia del concepto de tiempo en la historia de la enfermería. *Cultura de los Cuidados*, 11(21),19-27.



Siles, J. (2010). Historia cultural: Reflexión epistemológica y metodológica. *Avances en Enfermería*, 28 (1), 120-128.

Siles, J. (2014) El humanismo en enfermería a través de la sociopoética y la antropeética. *Cultura de los Cuidados*, 18(38), 9-13.

Siles, J., & Solano, C. (2016). Sublimity and beauty A view from nursing aesthetics. *Nursing Ethics*, 28,1-13. <http://dx.doi.org/10.1177/0969733014558966>

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). <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.52.01>

Siles, J., & Solano, C. (2017). Poesía y cuidados: un instrumento para la gestión de emociones y sentimientos en enfermería. *Enfermería y Cuidados Humanizados*. 6(2), 32-38.

Siles, J. y Solano, C. (2019). La enfermería basada en la narrativa, la poesía de los cuidados y la sociopoética como instrumentos de humanización y calidad de los cuidados. En: Siles, J. y Solano, C. (Eds.) *Pensamiento crítico, autoevaluación y estética en la práctica clínica de enfermería. Una aportación desde la antropología educativa*. Barcelona: Octaedro

Silva, O., Alves, E.D., & Rodrigues, M.C.S. (2014), Liricidad y toque de arte para la producción del conocimiento estético de enfermería -una reflexión poética inspirada en la Teoría de la complejidad. *Cultura de los Cuidados*. 18(39), 14-29. <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.39.03>

Watson J. (1996). Poeticising as truth in nursing inquiry. In: Kikuchi J, Simmons H and Romyn D (eds) *Truth in nursing inquiry*. Thousand Oaks, CA: Sage, pp. 125-138.



FENOMENOLOGÍA

Expedientes de enfermería y cuidados con acceso en hemodialización: aspectos para la seguridad del paciente

Nursing records and care with access in hemodialysis: aspects for patient safety

Registros de enfermagem e cuidados com acesso na hemodiálise: aspectos para segurança do paciente

Marina Pereira Moita^{1*}; Tainá de Jesus Alves Portela²; Keila Maria de Azevedo Ponte³ & Luciana Maria Montenegro Santiago⁴

¹Enfermeira. Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Sobral, Ceará, Brasil; Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1920-480X>; Correio eletrônico: marymoita28@gmail.com.

²Enfermeira. Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Sobral, Ceará, Brasil; Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1422-3240>; Correio eletrônico: tainadejesusalves@gmail.com

³Dr^a. Enfermeira e docente da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Sobral, Ceará, Brasil; Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5215-7745>; Correio eletrônico: keilinhaponte@hotmail.com

⁴Enfermeira e docente da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Sobral, Ceará, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8198-4758>; Correio eletrônico: luciana_santiago01@hotmail.com

* Correspondencia: Rua José Barbosa Lima, nº 154, bairro: Pedrinhas, Sobral, Ceará, Brasil. Correio eletrônico: marymoita28@gmail.com

Cómo citar este artículo: Moita, M. P., Portela, T. J. A., Ponte, K. M. A., & Santiago, L. M. M. (2023). Expedientes de enfermería y cuidados con acceso en hemodialización: aspectos para la seguridad del paciente. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(65). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.65.02>

Received: 10/08/2022

Accepted: 21/11/2022



Copyright: © 2023. Remitido por los autores para publicación en acceso abierto bajo los términos y condiciones de Creative Commons Attribution (CC/BY) license.

Resumen: El sector de la hemodiálisis es un entorno complejo que requiere acciones para garantizar la seguridad de los pacientes sometidos a terapia renal sustitutiva. Así, este artículo tiene como objetivo reportar las intervenciones realizadas por estudiantes de enfermería sobre aspectos de seguridad del paciente en hemodiálisis. Es un estudio descriptivo, con un abordaje cualitativo del tipo relato de experiencia. Las intervenciones de enfermería fueron realizadas por dos estudiantes de enfermería en clínicas de hemodiálisis. Las intervenciones se realizaron a través de la educación permanente sobre los registros de enfermería y la educación para la salud sobre el cuidado con accesos vasculares. Se realizaron capacitaciones permanentes con técnicos de enfermería sobre la importancia y la correcta nota de la enfermería. Mientras que la educación para la salud se desarrolló para los pacientes con la ayuda de material educativo y orientación individualizada. Se concluye que estas dos intervenciones generaron reflexiones sobre la seguridad del paciente en diálisis, además de mejorar esta práctica a través de acciones sencillas que impactaron positivamente tanto a los profesionales como a los pacientes.

Palabras clave: Enfermería; seguridad del paciente; diálisis renal; autocuidado.

Abstract: The hemodialysis sector is a complex environment that requires actions to ensure the safety of patients undergoing renal replacement therapy. Thus, this article aims to report the interventions performed by nursing students on aspects of patient safety in hemodialysis. It is a



descriptive study, with a qualitative approach of the experience report type. Nursing interventions were carried out by two nursing students in hemodialysis clinics. The interventions were carried out through permanent education on the nursing records and health education on the care with vascular accesses. Permanent educations were carried out with nursing technicians on the importance and the correct note of nursing. While health education was developed for patients with the aid of educational material and individualized guidance. It is concluded that these two interventions generated reflections on patient safety on dialysis, as well as improved this practice through simple actions that positively impacted both professionals and patients.

Keywords: Nursing; patient safety; renal dialysis; self-care.

Resumo: O setor de hemodiálise é um ambiente complexo que requer ações que garantam a segurança do paciente que realiza o tratamento de terapia renal substitutiva. Desta forma, este artigo objetiva relatar as intervenções realizadas por acadêmicas de enfermagem sobre aspectos da segurança do paciente em hemodiálise. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa do tipo relato de experiência. Realizaram-se intervenções de enfermagem por duas acadêmicas de enfermagem, em clínicas de hemodiálise. As intervenções se deram por meio de educação permanente sobre os registros de enfermagem e educação em saúde sobre o cuidado com acessos vasculares. As educações permanentes foram realizadas com os técnicos de enfermagem sobre a importância e a correta anotação de enfermagem. Enquanto que as educações em saúde foram desenvolvidas para os pacientes com o auxílio de um material educativo e orientações individualizadas. Conclui-se que essas duas intervenções geraram reflexões sobre a segurança do paciente em diálise, bem como aperfeiçoou essa prática por meio de ações simples que impactaram positivamente tanto os profissionais como os pacientes.

Palavras-chave: Enfermagem; segurança do paciente; diálise renal; autocuidado.

INTRODUÇÃO

A hemodiálise é um setor de natureza complexa que pode acarretar danos ou riscos aos pacientes que precisam se submeter a este procedimento. Nesse ínterim é essencial que haja profissionais capacitados e treinados para garantir a segurança do paciente em diversos aspectos (Rocha & Farias, 2018).

Dentre os fatores inerentes do setor de hemodiálise para a ocorrência de eventos adversos se destacam a comunicação ineficaz entre os profissionais de saúde e o risco de infecção de corrente sanguínea relacionado, principalmente ao cuidado com cateteres venozos centrais (Aguiar et al., 2018; Rocha & Farias, 2018)

Desse modo, a enfermagem por ser a categoria profissional que oferta assistência mais direta ao paciente em hemodiálise deve adotar estratégias para a prevenção e controle de infecções relacionadas ao acesso vascular. Outra importante atribuição são os registros de enfermagem, que orientam a intervenção através dos parâmetros registrados e facilita a comunicação entre a equipe, reduzindo os eventos adversos (Rocha & Pinho, 2019).



Para o devido registro dos prontuários há as recomendações do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) por meio da resolução nº 5.014/2016 (Cofen, 2016), em que se disponibilizou um guia de orientações sobre os elementos essenciais dos prontuários. Os registros em enfermagem fundamentam as práticas assistenciais, pois servem para partilha de informações entre a equipe, de evidência legal e para o desenvolvimento de melhorias nas práticas em saúde. Por fim, sem o correto preenchimento, repercute-se diretamente na qualidade e segurança dos serviços ofertados (Ferreira et al., 2020).

Assim, encorajar os profissionais de enfermagem a realizarem suas ações com propósito de prevenir incidentes e além do mais, envolver os pacientes e familiares no cuidado e em ações de segurança do paciente são estratégias recomendadas pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) do Ministério da Saúde (Brasil, 2013).

Partindo dessa premissa é que se destacam as ações de educação permanente (EP) como estímulo e possibilidade da cultura de segurança do paciente, principalmente ao que se refere a identificar eventos adversos e estimular o trabalho em equipe (Wegner et al., 2016). Ressalta-se que a EP é uma estratégia transformadora das práticas de saúde, por meio do ensino-aprendizagem, ou seja, o próprio profissional que aprende se identifica como um agente ativo de sua educação (França et al., 2017)

Além disso, é evidente a necessidade de promover a participação do paciente e/ou sua família para melhoria da segurança da assistência e cuidados prestados. Desse modo, algumas estratégias usadas são os vídeos, guias para participação ativa, folhetos, cartazes, dentre outros. Todas com a finalidade de educar os pacientes para a segurança da assistência e assim poderem participar ativamente do processo de cuidado (Figueiredo, Gálvez, Garcia, & Eiras, 2019).

Nesse sentido, durante o processo de cuidado as pessoas aprendem umas com as outras, sendo que esse processo pode ocorrer em um dado momento ou apresentar continuidade (Waldow, 1998). Para a enfermagem, o cuidar implica em atividades realizadas de forma conjunta entre profissional e o ser sujeito de cuidado com base científica, a intuição, pensamento crítico e a criatividade, que resultam em promoção, manutenção e recuperação da dignidade do ser (Waldow, 2015).

Seguindo o exposto, este estudo justifica-se em razão dos registros de enfermagem e os cuidados com os acessos vasculares terem sido identificados na prática como reais necessidades de intervenção. Além disso, infere-se a partir da literatura como aspectos importantes para a prestação da segurança do paciente em hemodiálise.

Diante desse contexto, este estudo tem como objetivo relatar as intervenções realizadas por acadêmicas de enfermagem sobre aspectos da segurança do paciente em hemodiálise.



METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa do tipo relato de experiência, que segundo Cavalcante e Lima (2012), é uma ferramenta de pesquisa descritiva que apresentam uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada de interesse da comunidade científica.

O estudo foi desenvolvido por duas acadêmicas do último semestre do curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), que corresponde ao módulo de Internato III, no período de setembro a outubro de 2020, em que realizaram intervenções por meio de educação permanente e educação em saúde, com profissionais e pacientes, respectivamente. As ações ocorreram no setor de Hemodiálise de um Hospital universitário da zona Norte do estado do Ceará, situado no município de Sobral. O serviço funciona em duas estruturas assistenciais, de segunda a sábado de 06 às 22 horas atendendo a todos os municípios da macrorregião por meio da equipe multiprofissional que inclui médicos, enfermeiros, psicóloga, assistente social e nutricionista.

Diante desse cenário, por meio de conversas com os dois coordenadores das duas clínicas de Hemodiálise sobre os principais desafios a serem abordados e revertidos, bem como pela a observação direta dos setores, percebeu-se a necessidade em trabalhar temas sobre a segurança do paciente em hemodiálise, com foco para as anotações de enfermagem e cuidados com os acessos vasculares.

Os momentos de EP ocorreram nos três turnos de trabalho das clínicas de Hemodiálise envolvendo 30 técnicos de enfermagem, tendo como recursos comunicação verbal e visual, por meio de apresentação de slides. Para a educação em saúde foram abordados os pacientes durante seu tratamento para explicitar os cuidados com os acessos vasculares, como a Fístula Arteriovenosa (FAV) e cateteres venosos centrais, por meio de um folder educativo.

No tocante, a experiência respeitou os preceitos éticos da Resolução nº466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em que constam os referenciais da bioética, como a autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Bem como, a garantia de sigilo e privacidade dos participantes (Brasil, 2012) e a Resolução 510 de 2016 do CNS em que dispensa submissão ao Comitê de ética em Pesquisa (CEP), conforme o que se segue no parágrafo único, nos incisos VII e VIII desta resolução (Brasil, 2016).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Intervenções com o foco para a segurança em saúde no setor de hemodiálise, direcionada para os pacientes e os profissionais da assistência, permitem evidenciar sua relevância para o contexto dos serviços de saúde.



O cuidado dos acessos vasculares para diálise segura

Os pacientes com problemas renais que apresentam necessidade de tratamento por meio da hemodiálise precisam de acessos vasculares, as opções são: fístulas arteriovenosas, enxerto ou cateter (cateteres de curta permanência e de longa permanência) (National Kidney Foundation, 2020).

A qualidade de vida desses pacientes depende, inclusive, da qualidade dos acessos. Todos os tipos de acessos estão sujeitos a riscos, principalmente de infecção, o que gera impacto na morbimortalidade dos pacientes. A causa dessas infecções se deve por diversos fatores, dentre eles a contaminação por cuidados inadequados (Amaral et al., 2018).

Segundo o Censo Brasileiro de diálise 2009-2018, o número de novos pacientes teve um aumento de 54,1% em 2018 em relação a 2009. Além disso, a taxa de mortalidade e o uso de cateteres venosos em hemodiálise têm aumentado (Neves, Sesso, Thomé, Lugon, & Nascimento, 2020).

Nesse ínterim, a equipe de enfermagem, que presta assistência direta aos pacientes, deve atuar de forma a prevenir infecções. Uma estratégia é estimular o paciente ao autocuidado com os acessos vasculares, por meio de orientações para torná-lo ciente de como contribuir para manutenção do seu acesso (Nogueira, Freitas, Cavalcante, & Penna-fort, 2016).

Desse modo, sabendo do crescente número de novos pacientes e o risco por infecção de corrente sanguínea advinda do uso de acessos vasculares, inferiu-se a necessidade em intervir sobre a segurança do paciente com foco para os cuidados com os acessos pela sensibilização dos pacientes em diálise.

A intervenção de cuidados com os acessos vasculares foi direcionada aos pacientes das duas clínicas de hemodiálise, abordando os pacientes nos turnos da manhã e tarde. Para realização desse momento de educação, foram realizadas escutas ativas dos profissionais enfermeiros e técnicas de enfermagem, que relatam as dificuldades sobre a prevenção de infecção de acessos.

O principal desafio identificado foram os cuidados adequados que os pacientes precisam manter para prevenir infecções como, por exemplo, em caso de fístulas manterem cuidados com higiene e ter cuidado para não sangrar; e em caso de cateteres manterem secos e usarem coberturas para proteção dos mesmos; de modo geral cuidados com a higienização dos acessos. Observando o público-alvo optou-se por confeccionar um folder explicativo para permitir junto com a conversa individualizada a oferta de orientações eficazes.



Desse modo, utilizou-se o programa Canva, na sua versão gratuita, para construir o material (folder). Foi usado um tipo de brochura com três dobras que garantiram expor as orientações sobre os cuidados com as fístulas arteriovenosas e cateteres (incluindo os de longa e curta duração).

O conteúdo exposto no folder foi baseado segundo as explicações do National Kidney Foundation (NKF, 2020), que constam orientações direcionadas aos pacientes que realizam tratamento de terapia renal substitutiva, sobre os cuidados com acessos vasculares. O conteúdo foi dividido em explicar o que é um acesso vascular, quais os tipos existentes e orientações para pacientes com fístulas arteriovenosas e com cateteres (incluindo os de curta e longa permanência), além de conter um espaço para anotação do tipo acesso, data de inserção e observações quanto ao acesso. Esse espaço foi destinado para o paciente ou profissional pudesse preencher.

A educação em saúde para pacientes e familiares é apontada como fator contribuinte para prevenir infecções, no sentido em que essas pessoas possam aderir a medidas de precaução, como por exemplo, higienização das mãos e uso de máscara quando necessário (Hoyashi, Silva, Silva & Silva). Para o setor de hemodiálise, visto os cuidados que precisam ter durante as sessões e os cuidados em casa, são imprescindíveis que sejam ofertadas informações à família e pacientes.

Assim, a intervenção educativa ocorreu por meio de educação em saúde de forma individualizada, na qual cada paciente foi orientado e ao final foi disponibilizado o folder para leitura posterior. Ao realizar os momentos de educação em saúde percebeu-se que os pacientes gostavam de ouvir, se interessaram pelo folder e alguns aproveitaram o momento para relatar algum episódio de ato incorreto e/ou retirar dúvidas do cotidiano quanto aos cuidados necessários com os acessos.

A intervenção foi realizada também com os pacientes que passaram por recentes procedimentos cirúrgicos para a inserção de cateter ou fístula arteriovenosa, assim, esses pacientes puderam ser orientados de forma precoce sobre os benefícios em manter adequados cuidados com os acessos.

Ademais, a intervenção despertou o interesse dos profissionais de enfermagem a realizarem devidas orientações aos pacientes e familiares. Os técnicos de enfermagem e os enfermeiros relataram gostar da ideia de distribuição do material educativo, pois é uma estratégia simples que otimiza tempo e fornece conhecimentos a quem precisa.

Desse modo, essa educação em saúde tornou-se uma proposta de continuação para o serviço, com o intuito de melhorar os indicadores em saúde sobre a taxa de infecções por acessos vasculares e para assegurar uma assistência cada vez mais segura e com a participação do usuário.



Esses momentos de educação em saúde foram essenciais para sensibilizar as acadêmicas a desenvolver estratégias que contribuam para a melhoria do serviço e, sobretudo para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, bem como assegurar a segurança destes. Assim, durante as ações as acadêmicas puderam se aproximar dos pacientes, ouvir relatos, sanar dúvidas, ofertar conforto e informações fundamentais para o tratamento seguro e adequado.

Portanto, segundo Dias et al. (2018) para reduzir as taxas de infecções devem-se realizar ações educativas de enfermagem direcionadas ao paciente em hemodiálise, que englobem os cuidados higiênicos e medidas de prevenção de complicações. Ademais, resalta-se a importância em documentar a ação e anotar as observações em contato com paciente para acompanhar sua evolução.

Aperfeiçoando as práticas assistenciais por meio dos registros de enfermagem

Os registros de enfermagem correspondem ao conjunto de informações referentes à assistência prestada pela equipe de enfermagem aos pacientes. Os dados reunidos remetem aos diferentes turnos de trabalho, seja durante o período de 24 horas ou sobre cada instante que fora prestado cuidados, sempre em busca de refletir e registrar as condições do processo saúde-doença compondo uma ferramenta de organização dos serviços (Krauzer, Karal, Bordignon, & Trindade, 2015).

Assim, o registro das evidências no prontuário confere importância para a continuidade das práticas assistenciais e melhor comunicação entre os integrantes da equipe, reforçando a necessidade de ser uma descrição clara, objetiva e fidedigna. Portanto, as anotações atestam cuidados seguros conforme as leis e seus códigos tornando eficiente a operacionalização do processo de enfermagem (Borges, Azevedo, Amorim, Figueiredo, & Ribeiro, 2017).

Para que o paciente se beneficie de um serviço qualificado exige-se que os membros da equipe reconheçam as necessidades de saúde e as documente para que possibilitem a comunicação entre a equipe multiprofissional. Além disso, as anotações de enfermagem fundamentam a Sistematização da Assistência em Enfermagem, pois são fontes de informações que subsidiam a continuidade da assistência (Cofen, 2016). Ressalta-se o trabalho da equipe de enfermagem como fundamental no cuidado dialítico para a integralidade das ações e acompanhamento das estratégias adequadas a fim de se alcançar um bom resultado (Almeida & Cortez, 2016).

No tocante, a EP é um instrumento fundamental para fomentar as dinâmicas institucionais com fins de problematizar um fenômeno e oportunizar que a equipe produza um plano de ação frente à necessidade emergente do seu setor (Pereira, Silva, Andrade, Cardoso, 2018). A aceitação da equipe referente à EP corresponde a sensibilização



de priorizar o cuidado promovendo a atualização profissional através de momentos educativos humanizando e aperfeiçoando a atenção prestada aos usuários (Cavalcante & Sousa, 2020). Inserir a EP na hemodiálise é proferir uma reflexão da realidade da rotina assistencial repensando condutas e oportunizando melhorias ao processo de trabalho pautado nas necessidades dos pacientes com doença renal crônica.

As dificuldades do serviço pautadas nessa categoria abordam os registros de enfermagem com foco para as anotações dos técnicos de enfermagem. O diálogo conjunto das acadêmicas com os coordenadores dos serviços em suas distintas estruturas oportunizou reconhecer as dificuldades e trabalhá-las em uma EP com os técnicos durante os três turnos de funcionamento das clínicas de Hemodiálise, com a finalidade de aperfeiçoar os registros. O planejamento conjunto na díade, estudante-coordenador, permitiu observar como os técnicos de enfermagem realizavam as anotações, em folhas com espaço reduzido para anotações, contudo havia espaços para sinalizar as intercorrências e sinais vitais. A escrita mais livre era realizada nos prontuários advindos das transferências de pacientes de outros setores, referente aos pacientes internados.

Adiante as ações ocorreram nas duas estruturas físicas das clínicas de hemodiálise, abordando todos os técnicos de enfermagem com a finalidade de permitir a integridade da capacitação para os profissionais. Os enfermeiros e os técnicos de enfermagem aderiram com entusiasmo à ação já que compreendem esta como um importante avanço para o processo de trabalho e efetividade da assistência. Vale ressaltar que a assistência deve resultar em um registro que informe à equipe sobre as intervenções prestadas com finalidade de que haja uma continuação, além de oportunizar a segurança do paciente, evoluindo e respaldando o cuidado ofertado sendo um importante indicador da qualidade e desempenho da equipe em relação ao tratamento e condições do paciente. Tal prática permite uma intercomunicação profissional para avaliar o progresso do estado de saúde e proteger os direitos do paciente (Asmirajanti, Hamid & Hariyati, 2019). Inserir EP com os técnicos de enfermagem da Hemodiálise sobre registro no prontuário aperfeiçoa a qualidade do trabalho e assegura o paciente.

Os momentos se firmaram inicialmente por uma dinâmica estruturada em tarjetas que se organizavam em três perguntas relacionadas às anotações de enfermagem: “O que é? Quem realiza? Como fazer?”. Assim, os participantes interagiam com as perguntas respondendo as mesmas em papel a parte e depois compartilhando as mesmas com os demais colegas. Além disso, os métodos usados como comunicação visual (slides e check list padrão institucional sobre a organização do prontuário) e verbal (diálogo) oportunizaram uma interatividade e adesão da ação de forma leve e descontraída.

Assuntos como organização de um prontuário, registros de enfermagem, explanação sobre aspectos para a correta anotação, diferenciação entre anotação e evolução, explicitação das normas que regem tal ação e demonstração de exemplos, permitiram que



a equipe reconhecesse o embasamento científico que rege a anotação de enfermagem e a necessidade da mesma para estruturação dos serviços de assistência.

Considerando o ambiente hospitalar como determinante para a efetividade da interação entre paciente-equipe-instituição, reflete-se para a necessidade de registros formais relacionados aos dados que envolvem a assistência ofertada durante momentos como internação ou tratamento, reunindo informações escritas de valor ético, científico e civil relacionados à saúde (Pertille, Ascari & Oliveira, 2018).

No que convém a ação desenvolvida nesse estudo, seus benefícios correspondem a uma imersão dos profissionais no aperfeiçoamento das práticas do seu setor de atuação. O interesse dos mesmos nos momentos de EP e as discussões levantadas oportunizaram compreensão e reflexão da importância da temática, que posteriormente permitirá a inclusão do paciente em um serviço mais organizado.

Diante disso, a percepção como interno de enfermagem evidencia que as ações assistenciais precisam estar pautadas no acompanhamento do paciente e que para isso, os registros de enfermagem são fundamentais, pois possibilitam nortear a equipe sobre a evolução do paciente e garante a segurança da assistência durante as sessões de hemodiálise.

No que concerne esse estudo, vislumbra-se que os registros de enfermagem asseguram a manutenção de uma assistência qualificada com devida prestação de serviços. Além disso, é pertinente a idealização de EP contínuas para que a equipe de enfermagem saiba agir na promoção de uma assistência integral a fim de beneficiar o tratamento renal crônico (Pertille, Ascari & Oliveira, 2018).

CONCLUSÃO

A equipe de enfermagem, a família e o paciente se conectaram nas práticas de aprimoramento do cuidado, refletindo sobre formas de aperfeiçoar a assistência nos processos de diálise segura, no qual o registro de enfermagem correto e as orientações sobre a prevenção de infecções nos acessos vasculares devem ser constantemente reforçados com o intuito de promover a segurança do paciente frente à qualidade dos serviços prestados.

O enfermeiro e sua equipe devem documentar os cuidados realizados sempre em busca de vislumbrar a satisfação do paciente em tratamento, assim como impulsioná-lo a realizar o autocuidado com vistas a conceber uma parceria profissional-paciente correspondendo a uma importante contribuição para as práticas em saúde.

Recomenda-se que a equipe de enfermagem atue nesse estímulo de tornar o paciente coparticipante em ações de saúde em prol de melhorar seu tratamento, assim



como mantenha o fidedigno registro em prontuário das ações prestadas aos pacientes, evitando fragmentação do cuidado e assistência.

O estudo apresentou como limitação a escassez de estudos publicados com essa mesma temática, repercutindo durante a discussão do texto. Contudo, esse estudo visa contribuir para o contexto acadêmico e práticas profissionais de enfermagem, quanto aos dois aspectos fundamentais para a segurança do paciente em diálise.

REFERÊNCIAS

Aguiar, L. L. et al. (2018). Validação de instrumento de avaliação da segurança de pacientes renais em hemodiálise. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31 (6), 609-615. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/ape/v31n6/1982-0194-ape-31-06-0609.pdf>

Almeida, L.P., & Cortez, E.A. (2016). Ongoing health education and standard operating procedure: a convergent care research. *Online Brazilian Journal Nursin*. 15, 546-548. Recuperado de: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5598>

Amaral, R. R. et al. (2018). Acesso Vascular para hemodiálise. *Acta Médica*. 39 (1). Recuperado de <https://ebooks.pucrs.br/edipucrs/acessolivre/periodicos/acta-medica/assets/edicoes/2018-1/arquivos/pdf/22.pdf>

Asmirajanti, M., Hamid, A.Y.S., & Hariyati, R.T.S. (2019). Nursing care activities based on documentation. *BMC Nursing*, 18 (32). Recuperado de <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-019-0352-0>

Borges, F.F.D., Azevedo, C. T., Amorim, T. V., Figueiredo, M. A. G., & Ribeiro, R. C.M. (2017). Importância das anotações de enfermagem segundo a equipe de enfermagem: implicações profissionais e institucionais. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*. 7. Recuperado de <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1147/1310>

Brasil. Ministério da Saúde (2013). *Portaria nº 529 de 1 de abril de 2013. Estabelece o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)*. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html

Brasil. Ministério da Saúde (2012). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de dezembro de 2012. (2012). Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*.

Brasil. Ministério da Saúde (2016). Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. (2016). Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde.

Cavalcante, L.E.B., & Sousa, F.D.T. (2020). Educação permanente para a equipe de enfermagem em um serviço de Urgência e Emergência: Relato de experiência. *Revista Científica*



Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento, 14, 37-48. Recuperado de <https://www.nucleodocohecimento.com.br/saude/equipe-de-enfermagem>

Cavalcante, B.L. L., & Lima, U.T.S. (2012). Relato de experiência de uma estudante de Enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas. *Journal of Nursing and Heal*, 1 (2),94-103. Recuperado de <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3447/2832>

Conselho Federal de Enfermagem (Cofen (2016). Aprova o Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem. Recuperado de <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/RESOLU%C3%87%C3%83O-COFEN-N%C2%BA-0514-2016-GUIA-DE-RECOMENDA%C3%87%C3%95ES-vers%C3%A3o-web.pdf>

Dias, E.C. et al. (2017). Avaliação dos índices de infecção relacionados a cateter duplo lúmen para hemodiálise antes e pós orientação para o autocuidado. *Revista UNINGÁ*. 53 (2),18-25. Recuperado de https://www.mastereditora.com.br/periodico/20170806_102134.pdf

França, T. et al. (2017). Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. *Ciência e saúde coletiva*,22 (6), 1817-1828. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1817.pdf>

Ferreira, L.L. et al. (2020). Análise dos registros de técnicos de enfermagem e enfermeiros em prontuários. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73 (2), 1-6. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/reben/a/G4tsNBJDgw9wQHYPNv6wMXd/?lang=pt&format=pdf>

Figueiredo, F. M., Gálvez, A.M.P., Garcia, E.G., & Eiras, M. (2019). Participação dos pacientes na segurança dos cuidados de saúde: revisão sistemática. *Ciência e saúde coletiva*, 24,(12),4605-4619. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n12/1413-8123-csc-24-12-4605.pdf>

Hoyashi, C. M. T., Silva, P. S., Silva, R. M., & Silva, T. R. (2017). Prevenção e controle de infecções relacionadas a assistência à saúde: fatores extrínsecos ao paciente. *HU Revista (Centro de Estudos do Hospital Universitário)*, 43 (3), 277-283. Recuperado de <https://docs.bvsa-lud.org/biblioref/2018/10/947537/2739-18239-6-pb.pdf>

Krauzer, I.M., Karal, A., Bordignon, M., & Trindade, L. L. (2015). Registros de enfermagem sob a ótica de uma revisão integrative. *Journal Nurse Health*, 5 (1), 68-79. Recuperado de <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3866/4302>

National Kidney Foundation (2020). *Acesso Vascular*. Nova York: NKF. Recuperado de <https://www.kidney.org/node/25670>

Neves, P.D.M.M., Sesso, R.C.C., Thomé, F.S., Lugon, J. R., & Nascimento, M.M. (2020). Censo Brasileiro de Diálise: análise de dados da década 2009-2018. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*. 42 (2),191-200. Recuperado de https://www.scielo.br/pdf/jbn/v42n2/pt_2175-8239-jbn-2019-0234.pdf



Nogueira, F.L.L., Freitas, L.R., Cavalcante, N.S., & Pennafort, V.P.S. (2016). Percepção do paciente renal crônico acerca dos cuidados com acessos para hemodiálise. *Cogitare Enfermagem*, 21(3), 01-08. Recuperado de <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45628>

Pereira, L.A., Silva, K.L., Andrade, M. F. L. B., & Cardoso, A. L. F. (2018). Educação permanente em saúde: uma prática possível. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 12 (5), 1469-1479. Recuperado de <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/231116/29010>

Pertille, F., Ascari, R.A., & Oliveira, M.C.B. (2018). A importância dos registros de enfermagem no faturamento hospitalar. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 12 (6), 1717-1726. Recuperado de <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/234419/29219>

Rocha, R. P. F., & Farias, D. L. M. P. (2018). Segurança do paciente em hemodiálise. *Journal of Nursing UFPE*, 12 (12), 3360-3367. Recuperado de <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/235857/30801>

Rocha, R. P. F., & Pinho, D.L.M. (2019). Ocorrência de eventos adversos em unidades públicas de hemodiálise. *Enfermería Global*, (55). Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v18n55/pt_1695-6141-eg-18-55-1.pdf

Waldow, V. R. (1998). Cogitando sobre o cuidado humano. *Cogitare Enfermagem*. 3 (2), 7-10. Recuperado de <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44316/26805>

Waldow, V. R. (2015). Enfermagem: a prática do cuidado sob o ponto de vista filosófico. (2015). *Investigacion en enfermeria imagen y desarrollo*, 17 (1), 13-25. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1452/145233516002.pdf>

Wegner, W. et al. (2016). Educação para cultura da segurança do paciente: implicações para a formação profissional. *Escola Anna Nery*. 20 (3). Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160068.pdf>



Salud mental universitaria: desde la percepción de estudiante de enfermería de una universidad chilena

University mental health: from the perception of a nursing student from a Chilean university

Saúde mental universitária: a partir da percepção de uma estudante de enfermagem de uma universidade chilena

Daniela Montecinos-Guñez^{1*} & Loreto Leiva Bahamondes²

¹Enfermera, Mg en Psicología. Instructora Adjunta, Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4946-1428>; Correo electrónico: daniela.montecinos@uchile.cl

²Psicóloga, PhD en Psicología. Profesora asociada, Departamento de Psicología, FACSIO, Universidad de Chile. Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-0837-3699>; Correo electrónico: loretoleivab@u.uchile.cl

*Correspondencia: Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Avenida Independencia 1027. Independencia, Santiago, Chile. Correo electrónico: daniela.montecinos@uchile.cl

Abstract: Introducción: La salud mental de estudiantes universitarios ha generado una creciente preocupación a nivel internacional, estimándose que un 30% del estudiantado cumplen con criterios diagnósticos para problemas de salud mental. Similar situación ocurre en estudiantes de enfermería, por lo cual, la investigación busca comprender como conceptualizan y perciben la salud mental estudiantes de enfermería de la Universidad de Chile, con el propósito de orientar de mejor manera el abordaje institucional y contribuir al bienestar estudiantil. Material y Método: Estudio cualitativo, exploratorio-descriptivo. Participantes estudiantes de enfermería Universidad de Chile. Muestreo por conveniencia, se realizaron grupos focales, entrevista y triangulación de resultados. Análisis por codificación abierta-axial de Teoría Fundamentada, que generó red de códigos, categorías y dimensiones de análisis. Aprobación Comité de Ética. Resultados: Evaluación negativa de su salud mental, la que está supeditada al éxito académico. Hablar de salud mental es mostrarse vulnerable. Conclusiones: Existe la necesidad de generar planes institucionales que permitan abordar las brechas documentadas y contribuyan a la promoción de la salud por medio de acciones sociales, políticas y técnicas, para mejorar la salud mental y reducir las inequidades en los entornos universitarios.

Palabras clave: Salud mental; educación superior; educación en enfermería; estudiantes de enfermería; investigación cualitativa.

Resumen: Introduction: the mental health of university students has generated a growing concern at the international level, estimating that 30% of the student body meets diagnostic criteria for mental health problems. A similar situation occurs to nursing students, whereby the research seeks to understand how the mentioned students of the University of Chile conceptualize and perceive mental health, with the purpose of better guiding the institutional approach and contributing to the student welfare. Material and Method: qualitative, exploratory-descriptive study. The participants were nursing students from the University of Chile. Sampling for convenience, focus groups, interviews, and triangulation of results were carried out. Analysis by open-axial coding of Grounded Theory, which generated a network of codes, categories, and dimensions of analysis. Ethics Committee approval. Results: Negative evaluation of their mental health, which is contingent on academic success. Talking about mental health is being vulnerable. Conclusions: there is a need to

Cómo citar este artículo: Montecinos-Guñez, D., & Leiva Bahamondes, L. (2023). Salud mental universitaria: desde la percepción de estudiante de enfermería de una universidad chilena. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(65). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.65.03>

Received: 17/08/2022
Accepted: 21/11/2023



Copyright: © 2023. Remitido por los autores para publicación en acceso abierto bajo los términos y condiciones de Creative Commons Attribution (CC/BY) license.



generate institutional plans that address the documented gaps and contribute to health promotion through social, political, and technical actions, to improve mental health and reduce inequities in university settings.

Keywords: Mental health; higher education; nursing education; nursing students; qualitative research.

Resumo: Introdução: A saúde mental de estudantes universitários tem gerado uma crescente preocupação a nível internacional, estimando-se que 30% do corpo discente cumpre com critérios de diagnósticos para problemas de saúde mental. Situação semelhante ocorre em estudantes de enfermagem, portanto, a pesquisa busca compreender como conceituar e perceber os estudantes de enfermagem em saúde mental da Universidade de Chile, com o objetivo de orientar melhor a abordagem institucional e contribuir para o bem-estar estudantil. Material e Método: Estudo qualitativo, exploratório-descritivo. Participantes estudantes de enfermagem Universidade de Chile. A amostragem por conveniência foi realizada por grupos focais, entrevista e triangulação de resultados. Análise de código aberto-axial da Teoria Fundamentada, que gerou uma rede de códigos, categorias e dimensões de análise. Aprovação do Comitê de Ética. Resultados: Avaliação negativa de sua saúde mental, que depende do sucesso acadêmico. Falar sobre saúde mental é ser vulnerável. Conclusões: Há necessidade de gerar planos institucionais que permitam abordar lacunas documentadas e contribuir para a promoção da saúde por meio de ações sociais, políticas e técnicas para melhorar a saúde mental e reduzir desigualdades em ambientes universitários.

Palavras-chave: Saúde mental; Educação superior; ensino de enfermagem; estudantes de enfermagem; investigação qualitativa.

INTRODUCCIÓN

La salud mental (SM) de estudiantes universitarios ha generado una creciente preocupación a nivel internacional, pues la literatura disponible da cuenta que presentan tasas de problemas mentales más altas que en la población general (Bantjes et al., 2019; Kurtovic, 2018), lo que se traduce en un deterioro del bienestar e impacto negativo en el proceso de aprendizaje y en su entorno social (Barraza López et al., 2017; Baader et al., 2014). A su vez, son un colectivo con características personales, contextuales, actuales e históricas, que los transforman en un grupo de mayor vulnerabilidad entre la juventud (Hiçdurmaz et al., 2017), al encontrarse en un periodo de transición, sumado a las dificultades psicosociales que pueden experimentar, los desafíos que les significa afrontar la etapa universitaria y la emergencia de problemas de SM y conductas de riesgo (Álamo, et al, 2020; Blee et al., 2015; Kovess-Masfety et al., 2016).

Esta situación ha provocado inquietud en las comunidades universitarias, pues se estima que 30% del alumnado cumple con criterios diagnósticos para problemas de SM, predominando cuadros de ansiedad y depresión (Chan et al., 2016; Martínez et al, 2021) y se reconocen las inequidades presentes en este periodo (Bantjes et al., 2019). En Chile, este preocupante escenario ha impulsado el desarrollo de estudios de prevalencias de



trastornos mentales en universitarias/os, debido a su alta incidencia y la comorbilidad de los cuadros (Barrera-Herrera & San Martín, 2021).

Específicamente en estudiantes de enfermería (EE), se adiciona que deben ser capaces de sortear un proceso educativo multidimensional, donde coexisten componentes académicos y clínicos considerados como estresores psicosociales (Henríquez Da Cunha, 2013), resultando primordial reflexionar como se experimenta la vida universitaria, ya que aporta con nuevas exigencias y múltiples desafíos, donde puede verse afectada la salud, el rendimiento y precipitar altas tasas de deserción (Turner & McCarthy, 2017). Es así como surge la iniciativa de investigar sobre la SM en EE, considerando que lo que le ocurra a su salud repercutirá en la actualidad como en las futuras etapas de sus vidas (Ministerio de Salud, 2017), momento en que como enfermeras/os estarán a cargo de la gestión del cuidado de la población, por lo que son agentes claves de su salud y de la salud de otras personas, familias y comunidades, influyendo en el desarrollo del país (Consejo Internacional de Enfermeras, 2014).

Considerando que la SM y enfermedad mental no son sinónimos, ni fenómenos opuestos, es que el modelo de dos continuos (Westerhof & Keyes, 2010) plantea que están relacionados, pero corresponden a dimensiones diferentes que pueden variar de graduabilidad. La Organización Mundial de la Salud (2018) (OMS) enfatiza que la promoción, protección y restablecimiento de la SM son temas vitales para las personas, comunidades y sociedades a nivel mundial (Álvarez, 2009); así como también, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2019-2030 (OPS & OMS, 2019) plantean el fortalecimiento de la promoción de la salud por medio de acciones sociales, políticas y técnicas que consideren los determinantes sociales de la salud (DSS), a fin de mejorar la salud y reducir las inequidades, donde el trabajo local incluida las universidades, tienen un rol para empoderar a personas y comunidades educativas, favorecer entornos saludables, fortalecer la gobernanza y el trabajo intersectorial para mejorar la salud y el bienestar.

Por este motivo, la investigación busca aproximarse a la SM de EE durante el periodo universitario, lo que podrá dar cuenta de los elementos socioculturales e históricos que rodean la temática en la comunidad de enfermería, por lo que se ha definido como objetivo comprender como conceptualizan y perciben la SM las/os EE de la Universidad de Chile (UCH), mediante un estudio de carácter cualitativo exploratorio-descriptivo.

MATERIAL Y MÉTODO

Investigación cualitativa de diseño exploratorio-descriptivo. Las/os participantes corresponden a EE de la UCH, matriculados durante el año 2019, que tenían 18 años o más.

Las/os EE forman parte de la primera Escuela de Enfermería en Sudamérica. A la vez, la UCH, es la más antigua institución de educación superior en Chile, es de carácter



nacional, pública y presenta un reconocido liderazgo en la región (Universidad de Chile, s.f.).

Para asegurar el rigor metodológico a lo largo de la investigación, se siguieron los principios de credibilidad, confiabilidad, confirmabilidad y transferibilidad (Lincoln & Guba, 1991) los que desarrollan a lo largo del apartado.

En el estudio, se utilizó un muestreo por conveniencia, invitando de manera abierta a todo/as las/os EE mediante la plataforma digital universitaria y por redes sociales del Centro de Estudiantes. Este muestreo facilitó la colaboración de dieciséis estudiantes y se complementó con la estrategia bola de nieve, incluyendo a una estudiante, referida por varios participantes. Debido a que la investigadora principal es docente en la Escuela de Enfermería de la UCH, el proceso de producción de información fue guiado por dos entrevistadoras externas a la escuela, para evitar que esta condición influyera en la participación.

Para la recolección de datos se desarrollaron tres grupos focales y una entrevista semiestructurada; esta combinación de estrategias buscó triangular los métodos, para alcanzar una mayor riqueza y profundidad en el proceso (Hernández et al., 2014), así como también asegurar el rigor metodológico (Lincoln & Guba, 1991). Los grupos focales se conformaron diferenciando el año de formación de cada EE, pues cada agrupación albergó a estudiantes con similares trayectorias académicas. Durante los dos primeros años vivenciaron actividades en las dependencias universitarias, mientras que desde el tercer año han participado en prácticas clínicas, las que van aumentando en complejidad hasta llegar a la práctica profesional que se desarrolla en quinto año; esta distribución considera que las prácticas clínicas han sido descritas como un factor determinante de la SM de EE (Martins, 2013; Melissa-Halikiopoulou et al., 2011). Se detalla en la Tabla 1, las características de las/os participantes y la simbología usada para referenciar las unidades de significado.

El trabajo de campo siguió una pauta de preguntas basada en los objetivos del estudio. Los diálogos fueron grabados y duraron cerca de 90 minutos, luego se transcribieron de manera textual para respaldar los significados e interpretaciones, cuidando el anonimato y la confidencialidad. Se tomaron notas de campo y se priorizó la percepción de los sujetos, por lo que no se solicitaron comentarios posteriores. Los encuentros se desarrollaron de forma secuencial, al igual que el proceso de análisis, hasta lograr la saturación de la información. El análisis de los datos se realizó mediante codificación abierta y axial de la Teoría Fundamentada (Strauss & Corbin, 2002). Al momento de la codificación de datos y la construcción del árbol de codificación, participaron ambas autoras, dialogando la interpretación de los resultados, existiendo triangulación de investigadores (Hernández et al., 2014). La codificación emanó desde los datos, sin embargo, las dimensiones guardan directa relación con los objetivos del estudio. Se utilizó el programa ATLAS.ti7® para administrar los datos. Los resultados serán compartidos a los/as participantes y se



conservarán los documentos primarios hasta 6 meses después de la publicación oficial de los resultados. Se aplicaron los principios éticos de Emanuel (1999), se utilizó consentimiento informado y contó con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad donde se llevó a cabo el estudio.

Tabla 1. Características de las/os participantes

Técnica de recolección	Año de formación académica	Características de la muestra	Simbología unidad significado
Tres grupos focales (GF)	5to. año	4 estudiantes de enfermería: dos mujeres y dos hombres. Todos habían aprobado su práctica profesional, por lo que se encontraban realizando las últimas actividades previo a su titulación.	GF V año
	3er y 4to	6 estudiantes de enfermería: cuatro mujeres y dos hombres. Han desarrollado actividades teóricas y práctica clínica.	GF III y IV año
	1er y 2do	6 estudiantes de enfermería: todas mujeres. Solo han desarrollado actividades teóricas.	GF I y II año
Una Entrevista (E) semiestructurada	3er año	1 estudiante mujer integrante del centro de estudiantes de enfermería y que participó en la mesa de trabajo estudiantil sobre "Salud mental y calidad de vida universitaria" conformada por el Consejo de Estudiantes de la Salud de la Facultad de Medicina UCH-2019.	E1
N° total de participantes		17 estudiantes de enfermería de la UCH.	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2. Organización de resultados

Dimensión	Categoría	Subcategoría
Dimensión 1: Conceptualización de la salud mental.	1. La SM como un todo.	a) Bienestar que permite el logro de metas. b) Elementos personales, ambientales y relacionales de la SM.
	2. Hablar de SM es mostrarse vulnerable.	a) Preconcepciones negativas que rodean a la SM. b) Limitaciones para hablar y reflexionar sobre SM.
Dimensión 2: Percepción de estudiantes de enfermería sobre su salud mental.	1. Evaluación negativa de su SM.	a) Vivencia de crisis: como dificultad y oportunidad de crecimiento. b) Autoexigencia: una característica común en EE.
	2. SM supeditada al éxito académico.	a) SM, éxito académico y búsqueda del equilibrio. b) Cuestionamiento a la prevalencia de problemas de SM y a la normalización de prácticas capaces de afectarla.

Fuente: Elaboración propia



RESULTADOS

Los resultados se organizaron en dos dimensiones basado en los objetivos planteados, cada una de ellas compuestas por categorías y subcategorías (Tabla 2).

Conceptualización de la salud mental

La salud mental como un todo

a) Bienestar que permite el logro de metas: El bienestar es descrito como un estado donde pueden sentirse bien o alcanzar un cierto balance. A la vez, se observa una vinculación entre SM, desarrollo de habilidades y cumplimiento de metas que se han propuesto, predominando las metas académicas: “Para mí la SM es el bienestar mental. Si lo extrapolamos a SM en la facultad como EE, sería tener bienestar mientras estamos estudiando y poder desempeñar todas las habilidades que tenemos y que podemos dar en esta carrera” (GF III y IV año). Es así, como expresan que el estado de la SM podría favorecer u obstaculizar el desarrollo de sus objetivos académicos, develando a la SM como un medio para alcanzar sus metas.

b) Elementos personales, ambientales y relacionales de la salud mental: Se describe que la SM está conformada por elementos personales como las emociones o rasgos de personalidad y por elementos cognitivos como el pensamiento. Los que se deberían mantener en un equilibrio dinámico que les permita cumplir las metas propuestas o, por el contrario, que no se transformen en un impedimento para alcanzarlas.

A la vez, está influenciada por elementos relacionales y sociales, aludiendo a un proceso de interacciones e influencias permanentes, lo que da cuenta de un proceso de autoconocimiento que les permite reconocer las habilidades relacionales adquiridas, gracias al ambiente donde han crecido, incorporando concepciones como curso de vida y DSS, reconociendo que vivir en un contexto de mayor vulnerabilidad generaría mayores dificultades para mantener la SM. Asimismo, la SM tiene la capacidad de influir en la salud física y en las relaciones que pueden establecer, elaborando una conceptualización desde una perspectiva holística e integral enmarcada en un contexto sociohistórico: “SM sería todo lo que me rodea, lo que siento, lo que me pasa o me afecta, no creo que algo pueda ser más relevante que otro aspecto en la SM y como nosotros la llevamos en la universidad” (GF III y IV año).

Hablar de SM es mostrarse vulnerable

a) Preconcepción negativa que rodea a la SM: Se compara como socialmente se suscita y aprecia cuidar de la salud física, lo que no ocurriría con la SM, invisibilizando la relevancia del cuidado psicoemocional sumado a la existencia de prejuicios y estigma: “Es que hay muchos prejuicios. A uno lo felicitan por ir al médico cuando se siente mal, pero



en la SM todavía la gente siente que es sinónimo de locura. Esa es la gran brecha en SM” (GF III y IV año), Lo que perciben un juicio social capaz de poner en duda sus capacidades profesionales, lo que se vive con vergüenza. A la vez, emerge que hablar de SM es algo muy íntimo y significa reconocer su vulnerabilidad: “Es algo super potente hablar con otra persona de SM, es abrirse totalmente (...) es ponerse vulnerable” (GF V año).

b) Limitaciones para hablar y reflexionar sobre SM: Existen obstáculos para dialogar sobre SM en los espacios de socialización, vinculado a la presencia de estigma, lo que se percibe como una barrera para reflexionar sobre SM. A la vez, el autoconocimiento sería un proceso que han comenzado a ejercitar tardíamente en sus vidas, lo que podría relacionarse con la dificultad para pensar sobre su propia SM y disponer de escasas habilidades para reconocer el estado y para cuidar de ella, sumado a la tendencia de ocuparse de su SM solo cuando hay signos de enfermedad. Es así como se incorpora el enfoque de cuidado dentro de la conceptualización y se deja en evidencia el predominio de un paradigma patologizante, sin embargo, al ingresar al mundo universitario surge la posibilidad de dialogar más sobre SM, lo que les permite aproximarse a una perspectiva más positiva.

Percepción de estudiantes de enfermería sobre su salud mental

Evaluación negativa de su salud mental

a) Vivencia de crisis, como dificultad y oportunidad de crecimiento: Perciben la SM de EE durante la vida universitaria como negativa o deficiente, relacionado a las frecuentes vivencias de crisis y sufrimiento, sumado a que presentan frecuentemente trastornos mentales o el debilitamiento de su salud, estando más propensos a desarrollar enfermedades:

“Si es por evaluar nuestra SM, es derechamente mala, pésima, porque si es necesario que todes pasemos por este proceso de crisis hasta el colapso, y si al colapso le ponemos nombre que sería crisis de pánico, crisis vocacional, desmotivación, depresión, trastorno ansioso, incluso ideación suicida, no creo que sea una crisis normativa” (GF I y II año).

La crisis la definen como un momento donde las demandas personales y contextuales, son percibidas con la capacidad de superar los recursos que disponen para hacer frente a la situación, experimentando una sensación de fracaso e inhabilitación para alcanzar la meta trazada. Las crisis ocurren de manera frecuente, resultado predecibles durante el periodo.

Asimismo, describen que existen elementos y sucesos de la vida universitaria con el potencial de afectar su SM al ser percibidos como una presión difícil de manejar -destacando la carga académica-, sumado a aspectos de su vida personal. Describen las prácticas clínicas como un periodo de alta ocurrencia de crisis, al enfrentan desafíos como relacionarse con diversas personas, exponerse a heterogéneas situaciones, experimentar un alto



nivel de exigencia académica, sumado al proceso de crecimiento personal, generando un desafío para su SM.

A la vez, las crisis les han permitido tomar conciencia de su propia salud, reconociendo la ausencia de espacios potenciadores de habilidades para enfrentar saludablemente estos desafíos a lo largo de vida, aludiendo a patrones socioculturales. Además, ha contribuido a reflexionar sobre su salud, reconocer aprendizajes y tomar conciencia sobre cómo han vivido durante este periodo, lo que les ha permitido reconocer características y conductas personales que juegan un rol en el surgimiento de las crisis, como es una auto-crítica destructiva como un indicio que se estaría gestando una crisis o colapsos. Asimismo, se reconoce como un aprendizaje de relevancia el desarrollo de la capacidad de establecer límites personales que permitan contener la autoexigencia y resguardar su salud.

b) Autoexigencia, una característica común en estudiantes de enfermería: La autoexigencia se devela como un rasgo común entre EE, la que habría comenzado a gestarse antes de ingresar a la UCH -haciendo alusión a la socialización que experimentan durante la niñez- pero a la vez, esta característica sería aceptada y reafirmada en el espacio universitario para la mantención del buen rendimiento, debido a la permanente búsqueda de la excelencia por parte de la institución educativa. Ésta puede sufrir variaciones según van desarrollando habilidades que les dotaría de mayores recursos para enfrentar saludablemente los desafíos.

A su vez, surge el autocuidado como un concepto muy propio de la disciplina de enfermería, lo que podría contribuir a reflexionar en torno a la salud y el cuidado de EE, y se plantea la necesidad que EE reconozcan su responsabilidad frente a su cuidado, ya que la enfermería las/os capacita para promover la salud y el bienestar.

Salud mental supeditada al éxito académico

a) Salud mental, éxito académico y búsqueda del equilibrio: Se descubre que la SM de EE estaría altamente supeditada al éxito académico, explicitando una relación directa entre el desempeño académico alcanzado y la conservación o fortalecimiento de su SM: “Siento que se va el foco de la SM, porque la SM termina siendo que te vaya bien en todos los ramos y tener buenas notas se transforma en tu SM” (GF I y II año).

A la vez, emerge la disyuntiva que enfrentan al intentar equilibrar el tiempo dedicado a prácticas de autocuidado versus las largas horas de estudio diario, ya que existe una tendencia a restarle prioridad a su SM al privilegiar actividades académicas por sobre otras actividades consideradas valiosas, lo que termina generando sentimientos de malestar, insatisfacción y culpa, aludiendo a que los compromisos universitarios concentran toda su atención.



b) Cuestionamiento a la prevalencia de problemas de salud mental y la normalización de prácticas capaces de afectarla: Resulta significativo reconocer que se ha ido instalando la temática de la SM estudiantil en espacios de diálogos colectivos, que han permitido el surgimiento de diversos cuestionamientos sobre lo que está sucediendo con la salud de la comunidad, si es o no una coincidencia la ocurrencia de un cierto patrón entre EE, sosteniendo la discusión ya no solo desde la esfera personal. Así como también, la alta prevalencia de estudiantes con problemas de SM que están en tratamiento o que presentan una débil SM y estiman que estarían más propensos a sufrir trastornos en esta área.

Así recuerdan la creación de una página de Facebook® de estudiantes donde reflexionaban de manera anónima sobre su SM, comprendiendo que la aflicción personal tomaba fuerza cuando reconocían que lo que les pasaba no era una exageración, ya que también les ocurría a otros/as, visibilizando sentires como el deseo de morir y los pensamientos suicidas.

“Hubo un cuestionamiento de hartos compañeros, de todos los que leíamos esa página, ¿qué está pasando? ¿por qué hay tanta gente que quiere morir? (...)¿qué está pasando con cada uno, por qué estoy tan triste todos los días? no debería ser así, no es normal, no es sano”(E1).

Estos cuestionamientos instalan una crítica a la normalización de prácticas que impactan negativamente la SM, enjuiciando al enaltecimiento del esfuerzo académico desmedido, que se visualiza como única alternativa para la movilidad social; este patrón presenta la capacidad de generar un alto sufrimiento. Sin embargo, no se problematiza el consumo de sustancias lícitas e ilícitas -que se describe como habitual- pues resulta ser una estrategia para controlar la ansiedad, aumentar el rendimiento académico y para evadir, festejar y recrearse.

DISCUSIÓN

La conceptualización de la SM da cuenta de una concepción del fenómeno como la capacidad de interactuar con uno mismo, entre personas y con el medio ambiente, aludiendo a un proceso dinámico de interacciones e influencias permanente, donde el desarrollo de habilidades capaces de promover la salud y/o mitigar factores psicosociales que pudieran impactarla, no solo está asociado al mérito personal sino que también a factores económicos, culturales, político y ambientales, resaltando el enfoque de los DSS (OMS, 2014), lo que guarda relación con la definición planteada por la OMS (2013) De esta manera, se describe como la adquisición de habilidades permite enfrentar de mejor manera los desafíos y alcanzar los logros educativos, debido al predominio de una apreciación de la SM supeditada al éxito académico, lo que debe ser considerado por quienes trabajan con EE.

El cuestionamiento sobre por qué se acepta cuidar de la salud física pero no de la SM, instala la urgencia de problematizar las practicas socioculturales que fragmentan el



concepto de salud e invisibilizan el desarrollo psicoemocional, resaltando la necesidad de estimular habilidades para promover la salud, apelando a un concepto de SM como capacidad, siendo prioritario fomentar su cuidado e instaurar hábitos saludables a lo largo del curso de la vida (Alarcón, 2019; Barrera-Herrera & San Martín, 2021). Tal como lo plantea De Assunção, Pereira y De Jesús (2016) quienes manifiestan que la SM se construye y promueve en los ambientes cotidianos, siendo prioritario la inversión en la familia, la escuela y la cultura.

Desafortunadamente, la vergüenza que sienten las/os participantes de revelar que presentan problemas de SM, devela la existencia de un proceso de estigmatización, el que está presente en todas las sociedades (Roslee & Goh, 2021) y evidencia como las/os estudiantes han internalizado creencias y sentimientos sociales negativos, lo que da cuenta de la presencia de autoestigma (Fernandes et al., 2022). Aquello se ha documentado como una barrera para buscar ayuda, retrasando la pesquisa de alteraciones, afectando la adherencia a tratamientos y propiciando sobrellevar el malestar de manera individual (Global Mental Health, Prevention and Promotion, 2019), lo que debe generar preocupación.

Es más, diversos estudios confirmen que las/os profesionales de la salud también adquieren actitudes discriminatorias hacia la SM, las que pueden transmitirse a EE durante su formación (Giralt et al., 2020). Por lo que la literatura ha intentado aproximarse al fenómeno desde la perspectiva de EE, reconocimiento que las estrategias de educación ha contribuido a mejorar las actitudes hacia las personas con alteraciones de su SM, promoviendo la alfabetización en SM, contribuyendo a la reflexión y cambio de actitudes, las que son fundamentales para el desarrollo de habilidades para identificar y conocer factores de riesgos asociados a algunas alteraciones, así como también promover actitudes positivas hacia las personas con problemas de SM (De Assunção et al., 2016; Fernandes et al., 2022; Giralt et al., 2020).

Aquello invita a preguntarse, de qué manera la carencia de diálogos e instancias de reflexión comunitarias sobre SM invisibiliza la urgencia de instaurar prácticas de cuidado que potencien el desarrollo de habilidades y fragilizan la red de apoyo social, así como también, invita a cuestionar qué rol están desarrollando las universidades en la promoción de la SM y en el abordaje colectivo de las crisis. Lo que cobra relevancia si se considera que las experiencias de crisis de las/os estudiantes impactan en su bienestar, sumado a que perciben un debilitamiento en su salud durante el periodo universitario, propiciando la aparición o reagudización de síntomas o trastornos mentales (Westerhof & Keyes, 2010).

Es más, se ha documentado que los problemas de SM son más comunes en universitarios en comparación con jóvenes de la misma edad que no asisten a la universidad, tanto en Chile como en otras regiones del mundo (Álamo et al, 2020; Vicente et al., 2012; Winzer et al., 2018), los cuales presentan altas prevalencias de depresión y ansiedad (Martínez et al., 2021). Sumado a que los problemas de SM en este grupo han aumentado



progresivamente, al igual que su gravedad (Álamo et al., 2020; Barrera-Herrera & San Martín, 2021), evidenciando la necesidad de generar estrategias de pesquisa idónea, pues se ha reportado una tendencia a no recibir diagnósticos ni tratamientos oportunos (Tung et al., 2018).

Sin duda, que el relato de ideación suicida entre EE otorga un nivel mayor de gravedad, lo que estaría en concordancia con los reportes de una alta prevalencia de ideación suicida en este grupo (Moraes et al., 2021; Sousa et al., 2022; Stubin, 2020). Por lo que premia una rápida activación de redes de pesquisa y apoyo comunitario e institucional, así como también trabajar para mitigar el estigma (Kelsey et al., 2021) y para activar los vínculos sociales, ya que han sido descritos como una estrategia primordial para enfrentar problemáticas de salud mental (Stanton et al., 2021). Todo esto, considerando que el suicidio ha sido catalogado como una prioridad de salud pública a nivel mundial, al ser una tragedia prevenible si se aborda oportunamente mediante estrategias multisectoriales e integrales (OMS, 2014), donde las instituciones universitarias pueden desempeñar un rol protagónico en la prevención.

Asimismo, resulta menester prestar atención al malestar subjetivo que experimentan las/os estudiante, pues se ha documentado que este grupo presenta mayor vulnerabilidad en relación a su SM respecto a otros jóvenes (Hiçdurmaz et al., 2017; Stubin, 2020), resultando necesario trabajar en prevenir la marcada autoexigencia, los pensamientos de auto-sabotaje, la percepción de sobrecarga académica y escasas de tiempo, incorporando el enfoque de DSS (OPS & WHO, 2019) y de inequidades sociales, las que podrían estar aumentando la sensación de presión, sobrecarga desmedida y desasosiego.

Sumado a lo anterior, se cuestiona al enaltecimiento del esfuerzo desmedido y la aceptación de prácticas poco saludables, como medio para alcanzar un buen rendimiento, sin embargo, se devela que el consumo de sustancias es catalogado como una estrategia válida para mejorar desempeño. Estudios han explicitado que EE presentan hábitos dañinos para su salud, como el consumo de sustancias (Stanton et al., 2021; Romero-Rodríguez et al., 2021), generando el efecto contrario, pues los problemas de SM influyen significativamente en el desempeño académico y en la calidad de vida (Baader et al., 2014; Ikrou et al., 2021; OMS, 2014).

Así es como surgen la discusión si la universidad está siendo un espacio promotor de la salud de estudiantes, si da cabida al cuidado, a la prevención de alteraciones, y en qué medida esto es compatible con la búsqueda incansable de la excelencia. A la vez, se problematiza que rol están desarrollando EE en el abordaje de su cuidado, y en qué medida, logran ser agentes de cambio para sí mismos. Estos cuestionamientos adquieren un destacado valor pues existe evidencia que la vida universitaria tiene la capacidad de determinar la salud, la manera en que conviven y se relacionan en la comunidad educativa. Por lo mismo la OMS ha realizado un llamado a crear políticas públicas favorables a la salud, crear entornos saludables y fortalecer la capacidad para abordar los DSS mediante un enfoque promocional, facilitando participación y empoderamiento comunitario y el



compromiso de la sociedad civil, mediante el fortalecimiento de las capacidades para abogar por sus necesidades (OPS & OMS, 2019).

A la vez, resulta menester indagar como se concibe el cuidado personal y colectivo en la comunidad de enfermería, considerando que ha sido descrito en el estudio realizado por Castillo-Parra y colaboradores (2020) a estudiantes y docentes de la misma comunidad, que enfermeras/os docentes presentan dificultades para desarrollar estrategias personales de autocuidado, lo que podría verse influenciado por comprensiones vocacionales socialmente aceptadas, resultando prioritario reflexionar sobre el efecto modelador que ejercen y su influencia en la promoción del cuidado personal y colectivo en las políticas institucionales.

Por otro lado, es valioso considerar el reconocimiento otorgado a la formación de enfermería, pues describen que promueve la adquisición de habilidades para desplegar un cuidado humanizado y un trabajo colaborativo, lo que les resulta útil para el cuidado personal y colectivo (Castillo-Parra et al., 2020; Ferguson, 2020). Aspecto para considerar por los equipos directivos y la comunidad educativa, para así potenciarlo en los planes de estudio, como en las iniciativas locales que buscan propiciar el desarrollo integral de EE.

De esta manera, resulta calve destacar que cuando se instala el tema de la SM en las conversaciones estudiantiles ocurre un reconocimiento que las experiencias de sufrimiento y desazón vividas son compartidas. La aceptación de las emociones y vivencias alientan la problematización del estado de su SM, despertando un proceso de toma de consciencia, de identificación de necesidad de cambio y activación del sistema de vínculos (Montero, 2004).

Es así como Montero (2004) manifiesta que de las crisis pueden emerger concienciaciones que permiten fortalecer a las personas, ya que puede surgir un proceso de movilización de recursos comunitarios, potenciando el desarrollo de capacidades. Por lo que la OMS (2018) ha reconocido la relevancia de fortalecer las capacidades y la participación comunitaria en los planes y políticas que promuevan entornos saludables, para así promover la salud de la comunidad educativa y mejorar la calidad de vida de quienes la componen.

El estudio presenta como limitación la imposibilidad de desarrollar más encuentros con EE debido a la llegada de la pandemia del COVID-19. No obstante, por la riqueza emanada en los diálogos sostenidos, donde se contó con la participación de EE de todos los niveles de la carrera, se decidió finalizar el trabajo de campo. A la vez, se comprende que las estrategias de muestreo utilizadas pueden haber propiciado la participación de EE altamente interesados en la temática por lo que los resultados no necesariamente representarían el sentir de todas/os las/os EE, mas se declara que el diseño del estudio no persigue generalizar los hallazgos.



CONCLUSIONES

La investigación ha permitido conocer la conceptualización que las/os participantes le otorgan a la SM, reconociendo la necesidad de generar instancias personales, comunitarias e institucionales que posibiliten desarrollar habilidades para promover la SM, desarrollar estrategias de afrontamiento e instalar prácticas de cuidado personal y colectivo dentro de la comunidad de enfermería y ampliarlo a la comunidad universitaria. Para así enfrentar de mejor manera los desafíos impuestos en la etapa y las barreras que culturalmente limitan promover la SM. Reconociendo a la SM como una capacidad que puede ser desarrollada por las personas y comunidades mediante un proceso de interrelación, por lo resulta ser una llamado a la reflexión y a la acción desde la disciplina de enfermería.

Develar que la evaluación negativa que le otorgan EE a su SM está íntimamente relacionada con las vivencias de sufrimiento y crisis experimentadas en el periodo, invita a considerar las características personales que describen como propulsoras, así como también, los patrones y los elementos contextuales que propician el sentir, entregando ejes de trabajo claros para futuros abordajes, los que deben considerar que las/os EE priorizan conseguir el éxito académico por sobre el autocuidado, que no contar con estrategias de cuidado puede impactar en la salud y que la vida universitaria tiene la capacidad de determinar la salud, lo que conlleva a enfatizar que la SM tiene implicancias en todos los niveles de la vida. Además, se precisa generar estrategias institucionales para abordar las brechas documentadas, entre ellas, el consumo de alcohol y drogas entre estudiantes.

Asimismo, la investigación permite visibilizar como el reconocer emociones y vivencias compartidas entre EE, contribuye a tomar consciencia del estado de su SM, de identificar las prácticas dañinas, la necesidad de desarrollar capacidades personales, activar vínculos y robustecer el sentido de pertenencia, dando cuenta de un fortalecimiento comunitario (Montero, 2004). Aquello está en sintonía con la directriz de la OMS, para que gobiernos y sociedades prioricen, avancen y protejan la salud y el bienestar, generando entornos favorables para la salud, donde personas y comunidades estén empoderadas y comprometidas con el mantenimiento y la mejora de su salud y bienestar (OPS & OMS, 2019).

El presente documento busca nutrir las reflexiones en torno a la SM de EE, esperando contribuir a la promoción de la salud por medio de acciones sociales, políticas y técnicas, con la finalidad de mejorar la salud y reducir las inequidades en los entornos universitarios, promoviendo una cultura de cuidado que potencie la humanización del proceso enseñanza-aprendizaje y la expansión de las capacidades de agenciamiento entre EE. A la vez, espera ser una invitación para que las escuelas de enfermería se aproximen a indagar sobre la SM universitaria desde un enfoque cualitativo que les permita acceder a un saber situado y así potenciar políticas locales que acojan las particularidades de cada comunidad educativa, contribuyendo positivamente a la salud las/os futuras/os enfermeras/os y a la profesión.



Por otra parte, la pandemia del COVID-19 ha generado un escenario inédito que ha impactado en la SM de la población general, lo que instala un nuevo contexto social con desconocidos desafíos para las instituciones de educación superior, quienes deberán trabajar en mitigar los efectos en la comunidad educativa y aprovechar las oportunidades que han surgido, por lo que se espera que este estudio sea un insumo para enriquecer estas reflexiones.

BIBLIOGRAFÍA

- Álamo, C., Antúnez, Z., Baader, T., Kendall, J. Barrientos, M. & De la Barra, D. (2020). El aumento sostenido de los síntomas de salud mental en universitarios chilenos durante tres años. *Revista Latinoamericana de Psicología* 52, 71-80. <https://doi.org/10.14349/rlp.2020.v52.8>
- Alarcón, R. (2019). La Salud Mental de los estudiantes universitarios. *Rev Med Hered*, 30, 219-221. <https://doi.org/10.20453/rmh.v30i4.3655>
- Álvarez, L. S. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 69-79.
- Baader, T. M., Rojas, C. C., Molina, J. L. F., Gotelli, M. V., Alamo, C. P., Fierro, C. F., Venezian, S. B., & Dittus, P. B. (2014). Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, 52(3), 167-176. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272014000300004>
- Bantjes, J., Lochner, C., Saal, W., Roos, J., Taljaard, L., Page, D., Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Kessler, R. C., & Stein, D. J. (2019). Prevalence and sociodemographic correlates of common mental disorders among first-year university students in post-apartheid South Africa: Implications for a public mental health approach to student wellness. *BMC Public Health*, 19(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7218-y>
- Barraza López, R., Muñoz Navarro, N., & Contreras Astorga, A. (2017). Relación entre organización de personalidad y prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés entre universitarios de carreras de la salud en la Región de Coquimbo, Chile. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 46(4), 203-208. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.07.005>
- Barrera-Herrera, A., & San Martín, Y. (2021). Prevalencia de Sintomatología de Salud Mental y Hábitos de Salud en una Muestra de Universitarios Chilenos. *Psykhé*, 30(1), 1-16. <https://doi.org/10.7764/psykhe.2019.21813>
- Blee, F. L., Reavley, N. J., Jorm, A. F., & Mccann, T. V. (2015). Student driven mental health promotion in an Australian university setting. *Mental Health & Prevention*, 3(1-2), 26-33. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2015.04.004>
- Brown, J. S. L. (2018). Student mental health: some answers and more questions. *Journal of Mental Health*, 27(3), 193-196. <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1470319>
- Castillo-Parra, S., Bacigalupo Araya, J. F., García Vallejos, G., Lorca Nachar, A., Aspee Lepe, P., & Gortari Madrid, P. (2020). Necesidades de docentes y estudiantes para humanizar la formación de Enfermería. *Ciencia y Enfermería*, 26(2), 1-13. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532020000100202>



Consejo internacional de enfermeras. (2014). *Las enfermeras: una fuerza para el cambio. Un recurso para la salud*. Recuperado de https://www.consejogeneralenfermeria.org/docs_revista/DIE2014.pdf

Chan, J. K., Farrer, L. M., Gulliver, A., Bennett, K., & Griffiths, K. M. (2016). University students views on the perceived benefits and drawbacks of seeking help for mental health problems on the internet: A qualitative study. *JMIR Human Factors*, 3(1), e3. <https://doi.org/10.2196/humanfactors.4765>

Assunção, I.M., Pereira, J.S., Loureiro, L.M.J. (2016). Estigma em estudantes de enfermagem: antes e depois do contacto com pessoas com transtornos mentais. *Rev enferm UERJ*, 24(1), e12309. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.12309>

Emanuel, E. (1999). ¿Qué hace qu1. Emmanuel E. ¿Qué hace que una investigación sea ética? Siete requisitos éticos. In: *Investigación en Sujetos Humanos: Experiencia Internacional*, 83–96. Recuperado de https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/investigacionEnsayosClinicos/Emanuel_Siete_Requisitos_Eticos.pdf

Ferguson, M., Reis, J., Rabbetts, L., McCracken, T., Loughhead, M., Rhodes, K., Wepa, D. & Procter, N. (2020). The impact of suicide prevention education programmes for nursing students: A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29, 756–771. <https://doi.org/10.1111/inm.12753>

Fernandes, J.B., Família, C., Castro, C. & Simões, A. (2022). Stigma towards People with Mental Illness among Portuguese Nursing Students. *J. Pers. Med*, 12, 326. <https://doi.org/10.3390/jpm12030326>

Global mental health, prevention and promotion. (2019). In S. Bährer-Kohler & F. Carod-Artal (Eds.), *The Lancet*, 394, (10193). Recuperado de <https://doi.org/10.2196/humanfactors.4765>

Henriquez Da Cunha Leal, S. M. (2013). *Ideação suicida e suporte social nos estudantes da Licenciatura de Enfermagem em Coimbra*. [Tesis de Maestría]. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Recuperado de file:///C:/Users/danie/Downloads/D2013_10002622021_21025011_1.pdf

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.

Hiçdurmaz, D., İnci, F., & Karahan, S. (2017). Predictors of Mental Health Symptoms, Automatic Thoughts, and Self-Esteem Among University Students. *Psychological Reports*, 120(4), 650–669. <https://doi.org/10.1177/0033294117707945>

Ikrou, A., Gnanapragasam, S., Abouqal, R., & Belayachi, J. (2021). Comparison of the psychological health of students at the higher institutes of nursing and health techniques: A Moroccan multicentre study. *International Journal of Social Psychiatry*. <https://doi.org/10.1177/002076402111062103>

Kelsey, E., West, C., Cipriano, P., Peterson, C., Satele, D. & Shanafelt, T.(2021). Suicidal Ideation and Attitudes Toward Help Seeking in U.S. Nurses Relative to the General Working Population. *The American Journal of Nursing*, 121 (11), 24 - 361. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000798056.73563.fa>

Kovess-Masfety, V., Leray, E., Denis, L., Husky, M., Pitrou, I., & Bodeau-Livinec, F. (2016). Mental health of college students and their non-college-attending peers : results from a large French cross-sectional survey. *BMC Psychology*, 1–9. <https://doi.org/10.1186/s40359-016-0124-5>



- Kurtovic, A. (2018). Prevalence of adjustment problems in university students: effects of gender and change of residence. *International Journal of Education and Psychology in the Community*, 8, 7–27
- Lincoln, Y., & Guba, E. (1991). *Naturalistic inquiry*. New York: Sage Publication.
- Martínez, P., Jiménez-Molina, Á., Mac-Ginty, S., Martínez, V. & Rojas, G. (2021). Salud mental en estudiantes de educación superior en Chile: una revisión de alcance con meta-análisis. *Terapia Psicológica*, 39(3), 405-426. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082021000300405>
- Martins, A. A. (2013). *Dor Psicológica e Ideação Suicida em Estudantes*. Aveiro: Universidade de Aveiro Departamento de Educação. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10773/11527>
- Melissa-Halikiopoulou, C., Tsigas, E., Khachatryan, R., & Papazisis, G. (2011). Suicidality and depressive symptoms among nursing students in northern Greece. *Health Science Journal*, 5(2), 90–97.
- Ministerio de Salud. (2017). *Plan Nacional De Salud Mental 2017-2025* (p. 206). <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00173>
- Montero, M. (2004). El fortalecimiento en la comunidad, sus dificultades y alcances. *Psychosocial Intervention*, 13(1), 5–19. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1798/179817825001.pdf>
- Moraes, S.M.A.B., Barbosa, V.F.B., Alexandre, A.C.S., Santos, S.C., Guimarães, F.J., & Veras, J.L.A. (2021). Risk of suicide among nursing students. *Rev Bras Enferm*, 74(6):e20200867. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0867>
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2014). OMS | *Salud mental: un estado de bienestar*. Ginebra: World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud. (30 de marzo de 2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Ginebra: World Health Organization. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) & Organización Mundial de la Salud. (2019). Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los objetivos de desarrollo sostenible 2019-2030. In *57to Consejo Directivo 71.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas*. P. 1–14. Recuperado de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51618/CD57-10-s.pdf>
- Romero-Rodríguez, E., Pérula, L., Fernández, J.A. & Camarrelles, F. (2021). Consumo de alcohol de los estudiantes de Medicina, Enfermería y residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. *Atención Primaria*, 53 (1), 111-113. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.05.015>
- Roslee, N. L. B., & Goh, Y. S. (2021). Young adult's perception towards the formation of stigma on people experiencing mental health conditions: A descriptive qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(1), 148–157. <https://doi.org/10.1111/inm.12766>



Sousa GS, Ramos BMD, Tonaco LAB, Reinaldo AMDS, Pereira MO & Botti NCL. (2021). Factors associated with suicide ideation of healthcare university students. *Rev Bras Enferm.* 75 (3), e20200982. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0982>.

Stanton, R., Best, T., Williams, S., Vandelanotte, C., Irwin, C., Heidke, P., Saito, A., Rebar, A., Dwyer, T. Khalesi, S. (2021). Associations between health behaviors and mental health in Australian nursing students. *Nurse Education in Practice*, 53, 103084. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103084>

Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Antioquía:Editorial Universidad de Antioquia.

Stubin,C. (2020). A Call to Intervene: Suicide Risk Among Nursing Students. *Creative Nursing*, 26 (4), 253 – 255. <https://doi.org/10.1891/CRNR-D-20-00024>

Tung, Y., Lo, K. K. H., Ho, R. C. M., & Tam, S. W. W. (2018). Prevalence of depression among nursing students : A systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*, 63(January), 119–129. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.01.009>

Turner, K., & McCarthy, V. L. (2017). Stress and anxiety among nursing students: A review of intervention strategies in literature between 2009 and 2015. *Nurse Education in Practice*, 22, 21–29. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.11.002>

Universidad de Chile (s.f.). *Hechos y Cifras: Tradición y liderazgo*. Recuperado de <https://www.uchile.cl/presentacion/hechos-y-cifras/categorias/tradicion-y-liderazgo>

Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17(2), 110–119. <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>



La esterilización femenina en mujeres: ¿una elección libre?

Female sterilization in women: ¿a free choice?

Esterilização feminina em mulheres: uma escolha livre?

Jenny Amparo Lozano Beltrán^{1*}

¹Magister en estudios de género, Enfermera. Docente Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2169-7815>; Correo electrónico: jeamlobe@hotmail.com

*Correspondencia: Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana Kr 7 40-62 Bogotá, Colombia. Correo electrónico: jeamlobe@hotmail.com

Abstract: Goals. investigate the circumstances that intervened in the choice of female sterilization as a planning method for women in social vulnerability in the city of Bogotá. Methodology. A qualitative approach was made to 12 women who had been sterilized in the last 10 years, through in-depth interviews, recorded, transcribed and with information analyzed by generating categories from the discourse. Results and conclusions. In the interviews, the lack of knowledge about sexual and reproductive rights is reiterated, there is a relationship between the void in the counseling for the initiation of fertility regulation methods and, above all, a loss of autonomy in decision-making, permeated by the system of health, which includes the lack of information regarding the performance of the procedure, situations that create consequences at the physical, reproductive and mental health levels of women, who, even for gender reasons, are mostly vulnerable.

Keywords: Sterilization, reproductive health, rights, vulnerable, fertility.

Resumen: Objetivo. Indagar las circunstancias que intervinieron en la elección de la esterilización femenina como método de planificación en mujeres en vulnerabilidad social de la ciudad de Bogotá. Metodología. Se realizó una aproximación cualitativa a 12 mujeres que se hubieran esterilizado en los últimos 10 años, mediante entrevistas a profundidad, grabadas, transcritas y con información analizada mediante generación de categorías a partir del discurso. Resultados y Conclusiones. Es reiterativo el desconocimiento frente a los derechos sexuales y reproductivos, se relaciona el vacío en la asesoría para inicio de métodos de regulación de la fecundidad y sobre todo una pérdida de la autonomía en la toma de decisiones, permeada por el sistema de salud, que incluye la ausencia de información frente a la realización del procedimiento, situaciones que crean consecuencias a nivel físico, reproductivo y en la salud mental de las mujeres, quienes incluso por razones de género son mayormente vulnerables.

Palabras Clave: Esterilización; salud reproductiva; derechos; vulnerabilidad; fecundidad.

Resumo: Mirar. Investigar as circunstâncias que interferiram na escolha da esterilização feminina como método de planejamento para mulheres em vulnerabilidade social na cidade de Bogotá. Metodologia. Foi realizada uma abordagem qualitativa com 12 mulheres esterilizadas nos últimos 10 anos, por meio de entrevistas em profundidade, gravadas, transcritas e com informações analisadas por meio da geração de categorias a partir dos discursos. Resultados e conclusões. O desconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos é reiterativo, existe uma relação entre a lacuna no

Cómo citar este artículo: Lozano-Beltrán, J.A. (2023). La esterilización femenina en mujeres: ¿una elección libre? *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(65). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.65.04>

Received: 21/08/2022

Accepted: 07/12/2022



Copyright: © 2023. Remitido por los autores para publicación en acceso abierto bajo los términos y condiciones de Creative Commons Attribution (CC/BY) license.



aconselhamento para o início dos métodos de regulação da fecundidade e, sobretudo, uma perda de autonomia na tomada de decisões, permeada pelo sistema de saúde, que inclui a ausência de informações sobre a realização do procedimento, situações que geram consequências ao nível da saúde física, reprodutiva e mental das mulheres, que, mesmo por razões de género, são as mais vulneráveis. **Palavras-chave:** Esterilização, saúde reprodutiva, direitos, vulnerabilidade, fertilidade.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia, la maternidad se ha asociado a la esencia biológica y por tanto a la femineidad como obligatoriedad social, naturalizando el ser mujer con ser madre (Cantillo, 2016). Partiendo de una construcción cultural, enmarcada en la designación biológica y en las costumbres que ligan a la mujer a asumir un rol reproductor, se conduce a la perpetuación del desconocimiento del deseo y la voluntariedad para asumir la gestación, relegando a la mujer a asumir imposiciones y prohibiciones sociales, acentuando la inequidad e inferioridad (Beauvoir, 1949).

Con el tiempo, ha dejado de ser la única forma de realización de las mujeres, quienes han deslegitimado tales roles reproductores como una obligatoriedad, separándose de la sexualidad y planteándose como una posibilidad en el proyecto de vida. Sin embargo, siguen presentando transgresiones frente a su autonomía, especialmente al optar por la esterilización (Thomas, 2006), la cual se aumenta en contextos de vulnerabilidad social, que incluyen, además de la pobreza, barreras de acceso universal a servicios de salud básicos, a educación básica y a seguridad social, y también, el déficit en las relaciones sociales (Stern, 2004), por lo que se tienden a desconocer, la voluntad y la toma de decisiones de la mujer, y por ende, sus derechos humanos y los sexuales y reproductivos (Mackinnon, 1989).

La oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2002) realizó un análisis frente a la eliminación de todas las formas de violencia contra la mujer en Colombia, encontrando la esterilización como el método más demandado. Consideró que tal aumento, se debía a vacíos en la información y la educación suministrada, aludiendo arbitrariedades desde el servicio de salud. Para ello, incentivó la realización de la vasectomía voluntaria, promoviendo la paternidad y maternidad responsable, consentida y asesorada, siendo adoptada en las políticas nacionales para su realización dentro del Sistema de Salud de manera gratuita, aunque para ello, es prioritario la realización de asesoría en métodos de regulación de la fecundidad para garantizar el acceso a la información de calidad (MSPS, 2018).

Por su parte, la OMS brindó pautas para el acceso, eliminando barreras y estableciendo la esterilización como una opción para todas las mujeres, eximiendo la autorización de la pareja, promoviendo la toma de decisiones propias, autónomas e informadas como lo insta la sentencia C182/2016 de la Corte Constitucional; siendo responsabilidad



del personal de salud, enfatizar en la permanencia e irreversibilidad del método (OMS, 2011).

En Colombia, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) del año 2015 que tiene en cuenta el total de la población colombiana, revela que la esterilización femenina es el método más conocido y con mayor demanda entre ellas (34.9%). En mujeres entre 13-49 años no unidas, pero con actividad sexual reciente es el usado por el 17.3%, cifra que es llamativa, pues el grupo incluye menores de edad, en las que debería ser inexistente esta alternativa por las restricciones legales. También es usado en mayor medida por mujeres unidas (35%) y en menores de 35 años (80%). El estudio encontró circunstancias que pueden aumentar el arrepentimiento con respecto al procedimiento, ya que indica el deseo de concebir un hijo después de haberse realizado la cirugía, situación presentada en el 15,9%, especialmente en mujeres entre los 30-34 años (22,4%), siendo preocupante los porcentajes de mujeres con educación secundaria 36.1%, con primaria 44.6% y sin educación el 38%, así como en quintiles de pobreza medio 34.3%, bajo con el 36% y más bajo con el 30.8% en mujeres esterilizadas; las anteriores cifras, sugieren un gran vacío frente a la información suministrada y fallas en la educación que se brinda durante la asesoría de planificación familiar (Profamilia, 2016).

El estudio “The Rise of Female Sterilization: A Closer Look at Colombia”, realizado en el año 2007, se realizó un estudio de casos y controles, con comparaciones entre la encuesta de la ENDS del año 2005 y 2010, utilizando tendencias a lo largo del tiempo, planteó, a partir del análisis de datos, que la esterilización femenina aumentó su demanda en mujeres en edad reproductiva, con bajo nivel educativo, en pobreza, y con barreras para el acceso a servicios de salud; por tales razones, se consideró un método involuntario, coercitivo e influenciado durante la atención, especialmente en el momento del parto, lo que vulnera los derechos primordiales. Por tanto, los autores consideraron relevante profundizar en las experiencias de las mujeres durante la asesoría en planificación familiar, en particular, frente a la elección del método y la realización del procedimiento (Folch, Betstadt, Li y Whaley, 2017). Esta recomendación toma más relevancia, si se tiene en cuenta que la jurisprudencia ha considerado prioritario garantizar los derechos de las mujeres, frente a la toma de decisiones autónomas, informadas y cualificadas, durante la asesoría en planificación familiar, (Corte Constitucional, 2016).

METODOLOGÍA

Para conocer con mayor detalle, la manera en que se desarrolla el proceso de elección del método de planificación, se diseñó un estudio cualitativo descriptivo, retrospectivo, dirigido a mujeres mayores de 18 años en contextos de vulnerabilidad social, esterilizadas en los últimos 10 años.



Para la muestra se identificaron casos, mediante la técnica de “bola de nieve” hasta lograr la saturación de los datos, cuando los datos indicaban repetitividad en las experiencias de las mujeres. A las participantes se les explicó el estudio para que manifestaran libremente su aceptación de participar, el uso de su nombre o pseudónimo y posteriormente lo refrendaron con la firma del consentimiento informado. Dadas las restricciones por las medidas de distanciamiento social tomadas para enfrentar la pandemia por COVID-19, la firma se realizó virtualmente, con confirmación verbal al momento de la entrevista. Durante toda la investigación se respetó la confidencialidad de la información y el anonimato; se consideró que la investigación implicaba un riesgo mínimo, sobre todo de carácter emocional, según la resolución 8430 de 1993 en su artículo 11 (Ministerio de Salud, 1993). Este estudio fue presentado y aprobado por el comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana. A pesar de ser un estudio retrospectivo, mediante aplicación de entrevistas, estas generaron emociones y sentimientos en las mujeres entrevistadas, al relatar sus experiencias vividas frente a la prestación de los servicios de salud recibida.

Con el fin de recolectar los datos, se realizó entrevista semiestructurada a profundidad, dirigida y ejecutada de manera telefónica, con grabación de voz, en un tiempo estimado de 60 minutos. Posteriormente se hizo transcripción y análisis de contenido, mediante la creación de categorías por modelo mixto y análisis en Software Nivo versión 11, permitiendo la organización de la información en categorías orientadas a planificación familiar, autonomía, derechos sexuales y derechos reproductivos, autocuidado, y subcategorías desprendidas del discurso y de las anteriores, obteniendo resultados equivalentes a la revisión de la literatura.

RESULTADOS

En el estudio participaron doce mujeres, cinco entre 20 y 29 años, cuatro entre los 30 y 39 años, y tres mayores de 40 años. Cuatro de ellas eran profesionales en la actualidad, pero mencionaron que sus ingresos eran limitados para la época en que se realizó esterilización, puesto que no trabajaban y dependían de su pareja u otras personas; tres personas contaban con estudios técnicos, cuatro con bachillerato completo y una con bachillerato incompleto. Cinco eran solteras, entre ellas una nulípara, cuatro se encontraban casadas y tres en unión libre.

Frente al inicio de métodos anticonceptivos, 83% iniciaron su uso aconsejadas por amigas, familiares o al realizar solicitud en la farmacia más cercana, sin la participación de algún servicio de salud. Nataly, relata las consecuencias por el uso incorrecto del método:

“En los servicios de salud no me habían hablado de eso, a mí me asesoró una tía sobre las píldoras y empecé a planificar con píldoras. Ya después, en la universidad, cuando presente lo del embarazo del niño, yo estaba en último semestre, pues yo fui a la enfermería porque tenía jaqueca y ella me preguntó por las píldoras, yo le explique cuando me las había tomado y ahí fue que supe que me las estaba tomando mal”. (Nataly, comunicación personal, 10 de junio de 2020).



La asesoría en regulación de la fecundidad, se convierte en un momento propicio para brindar información, orientar y educar a la mujer frente al uso correcto y adherencia al método anticonceptivo (Villacres, 2016), situación que no se realizó con Nataly, quien a causa del uso incorrecto del método y ausencia de asesoría en métodos de regulación de la fecundidad tuvo su primer embarazo, en su momento, no deseado. Este momento de negociación, intimidad y confianza, fue realizado generalmente en periodos postparto; sólo una la recibió por tratamiento de ovarios poliquísticos, por tanto, son las mujeres, quienes, sin acompañamiento del personal de salud, inician de manera deliberada, por consejos de otras personas o incluso por búsqueda en redes sociales de algún método, sin tener en cuenta criterios de elegibilidad, aumentando el riesgo para su salud (Timoteo, 2019), como lo comentó Maryuri:

“A mí me fue muy bien con la inyectable y a mí no me asesoraron casi nunca, ósea, si me lo daba la EPS, pero yo lo escogí libremente desde los 21 años” (Maryuri, comunicación personal, 2 de junio de 2020).

Cobra mayor relevancia, si se tiene en cuenta que siete de las mujeres utilizaron inyectable mensual, teniendo entre los principales efectos, hemorragias uterinas anormales, aumento de migraña, aparición de acné y embarazos no deseados. Cinco mujeres, utilizaron pastillas, pero no continuaron su toma por mareo y malestar general, dos refirieron embarazo durante el uso del método, y una de ellas admitió, que este se dio por el mal uso del método. Dos mujeres utilizaron inyectables trimestrales, que les produjo migraña, y en uno de los casos ocurrió falla del mismo con la consecuente gestación. Con respecto a la T de cobre, tres mujeres la utilizaron; una de ellas decidió retirarla por el aumento de cólicos. El implante subdérmico fue utilizado por una de las participantes quien presentó anemia posterior a su inserción.

Como puede verse, la responsabilidad para no reproducirse fue asumida por las mujeres mediante la automedicación, sin embargo, los efectos adversos presentados son usualmente esperados con el uso de métodos de regulación de la fecundidad, aunque algunos como la migraña, podrían indicar una complicación en el estado de salud de la mujer, al exacerbar el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular, trombosis venosa o incluso llegar a padecer dolores precordiales como efecto hormonal (Arrate, et al., 2013). Ejemplo de ello es Leidys, quien, para evitar el embarazo, tomó pastillas de emergencia, cada dos a tres meses, lo cual, sin duda alguna, generó riesgos para su salud a corto, mediano y largo plazo.

La esterilización para Paola, fue una decisión importante, y para ello fue asesorada por su madre. En su opinión, el hecho de que ella fuera la única hija en su familia, hizo que los métodos de regulación de la fecundidad no fueran un tema de interés para ese núcleo.

“Mi hogar son solo hombres, soy la única de mi mamá, la hija, entonces a las amigas uno las escucha hablar, como le van con los métodos que están, pero ya por tener tantos niños uno decía la situación no es tan fácil. Realmente la asesoría vino por parte de mi mamá, ella fue la persona que me dijo y yo pienso que ese fue el mejor método” (Paola, comunicación personal, 2 de junio de 2020).



Algunas mujeres, refirieron que en el momento de la gestación o antes de la atención del parto, se realizó la asesoría para la esterilización. Tres de las mujeres refirieron que en tal consulta se especificó cómo se realizaría la cirugía y las implicaciones que tendría, pero en algunos casos, pese a la situación de poder que ejercen los profesionales de salud o al desconocimiento de la usuaria, accedieron sin conocer, ni preguntar cómo se realizaría tal intervención (Turner, 2001).

“Tuve una cita antes de la cirugía, me hicieron, así como una historia clínica pero no me explicaron así que me hacían ni me preguntaron si podría retroceder y yo tampoco pregunté” (Maryuri, comunicación personal, 2 de junio de 2020).

La asesoría, como lo menciona Suart y Ramesh (2018), se convierte en un momento vital para la atención en salud sexual y reproductiva, pues permite despejar dudas por parte de personal entrenado y experto, para que así la mujer, de manera libre, pero sobre todo informada sobre el tipo de intervención a realizar, pueda decidir, puesto que los vacíos de conocimiento generan en las mujeres una elección ciega del método, como lo comenta Leidys, a quien el personal de salud le sugirió la esterilización por su paridad, que después derivó en afecciones psicológicas y la afectación de su proyecto de vida:

“Pues la verdad, pues ya tenía dos hijitos. Yo dije, pues algo definitivo ya para no estar con complicaciones, con el jadell, esas cosas, entonces mejor la operación, yo iba fija por el jadell, pero a mí me hablaron sobre esa cirugía... pues los dos niños son los que me motivan a ya dejar así, ya no puedo hacer nada” (Leidys, comunicación personal, 18 de junio de 2020).

De manera general, se refirió que la asesoría para acceder a la esterilización, incluyó los riesgos del acto quirúrgico, los cuidados postquirúrgicos y seguimientos posteriores. A pesar de que algunos profesionales sí explicaron la realización del procedimiento, en muchas ocasiones la persona que asesora y la persona que realiza el procedimiento no son la misma, como lo comenta Andrea, a quien le habían especificado, que, al no tener hijos, su cirugía sería realizada por laparoscopia y terminó con una laparotomía. Ella argumenta, que al momento de la intervención quirúrgica el trato no fue humanizado por parte de la profesional que brindó la atención, relacionándolo quizás por su nuliparidad, pese a las disposiciones normativas que existen sobre la realización de esterilización, generadas para garantizar la toma de decisiones informadas, autónomas y propias, para la garantía de los derechos reproductivos de las mujeres (Corte Constitucional, 2017) :

“El ginecólogo que me dio a mí la autorización, me explicó que iba a ser un procedimiento poco invasivo donde me iban a hacer unas pequeñas heridas en el ombligo, en la parte baja del abdomen, pero no iba a ser una herida. Con la ginecóloga no cruce palabra hasta el día que ella me opero. El día que tenía la intervención quirúrgica, vino a saludarme y a hablarme el anestesiólogo, yo pensé que era el ginecólogo. Él sí me explico... Cuando vi que llegó una señora, creí que era otra enfermera, pero en ningún momento me explico, ni supe que era un procedimiento invasivo. Cuando me colocaron los campos y empezaron a sonar más cosas de lo normal, yo dije “uyyy, ¿qué pasó acá?”. Pues en el momento, no me di cuenta porque obviamente tenía una venda, estaba retonta, como dormida, adolorida, no sé. Yo me di cuenta fue cuando llegué a la casa, en la noche, me hice la primera limpieza y al día después me di cuenta que los apósitos estaban sangrados, y me vi la herida y yo dije, ¡uy juepucha!, ¿no se suponía que esto iba a ser mínimo? Yo nunca me había hecho una cirugía” (Andrea, comunicación personal, 10 de junio de 2020).



El caso anterior, es una muestra de la instrumentalización de los cuerpos de las mujeres por parte del personal experto, quien, según su parecer, decide la manera más rápida en que puede realizar la intervención, sin tener en cuenta la voz de la usuaria, limitando el ejercicio del derecho de la mujer por cuestiones morales, tabúes personales, causas médicas u otras, haciendo del acceso a la esterilización un proceso tortuoso y doloroso en el cuerpo propio, pese al control y el poder ejercido en el actuar ético, legal y social del profesional de salud (Araujo, 2021). Los casos anteriores, demuestran la ausencia de información frente a procedimientos invasivos que son decisivos en la vida de las mujeres, y cómo se ignoran sus deseos o se deslegitima su decisión, o cómo se les influencia para que demanden la realización del procedimiento, sin tener suficiente conocimiento, lo que demuestra el poder que ejerce el personal de salud sobre las usuarias que acuden a los servicios de salud (Fernández y Pizzi, 2016). Una de las mujeres, quien tuvo atención de parto humanizado con participación del padre, refiere que la esterilización es un método ofertado a mujeres multíparas sin su consentimiento, siendo una práctica común en gineco-obstetricia:

“Al otro día, había una niña de 19 años. ¿porque me sé esta información?, porque el médico gritó a voz populi. Era una mujer de 19 años, tres hijos y él empezó: pomeroy, pomeroy. Ósea, a dedo, le pregunto: ¿usted se va a hacer pomeroy?, ya tiene tres hijos y usted es una gritona. Eso fue lo que le dijo: y, ¡no va a tener más hijos!” (Daniela, comunicación personal, 12 de mayo de 2020).

A pesar de que la experiencia de Daniela no es propia, es un punto de referencia para conocer otras realidades, relacionadas con la imposición del método y cómo la reproducción, se convierte en un derecho cuestionado y vulnerado por quienes tienen la responsabilidad de garantizarlos, siendo vistos por las usuarias como figuras de poder incuestionables (Araujo, 2021).

Con respecto al tipo de procedimiento que se realizó para la esterilización, seis mujeres refirieron que su parto fue atendido por cesárea y, por tanto, la esterilización se realizó de manera simultánea; al restante, que tuvo su parto vía vaginal, al día siguiente se les realizó una incisión tipo Pfannensteil para realizar el procedimiento, siendo esta herida la realizada a la mujer nulípara, que desconocía la realización de tal tipo de intervención, contrario a lo dispuesto por la normatividad y las guías de práctica clínica en salud, frente a la atención en esterilización a mujeres no puérperas, cuya indicación sigue siendo por laparotomía (American College of Obstetrics and Gynecology, 2003). En general, las mujeres con parto vaginal, consideraron que la cesárea debió realizarse para evitar someterlas nuevamente a anestesia y a un nuevo dolor, lo que les hubiera proporcionado una recuperación más pronta y confortable.

Adicionalmente, algunas prácticas no humanizadas tuvieron relación con comentarios durante la atención, que fueron percibidos por las mujeres como agresiones, que les produjo miedo, inseguridad y desconfianza al momento de realizar el procedimiento, tal y como lo comenta Daniela, quien fue persuadida para que no tomara la decisión, desconociendo su autonomía y propiciando desconfianza:

“En el momento en que la auxiliar de enfermería me estaba dando los documentos que tenía que llenar para la cesárea de emergencia, me dijo: pero usted está muy joven,



porque no se espera, después se arrepiente” (Daniela, comunicación personal, 12 de mayo de 2020).

La situación contraria también ocurrió:

“yo tenía pensado el Jadell, entonces la enfermera me dijo, que no, que, si quería que había un pomeroy para no tener más hijos, ya que tenía el niño. Que aprovechara de una vez, para no tener una cirugía más grande. Fue la enfermera que atiende, como para abrir historia” (Leidys, comunicación personal, 18 de junio de 2020).

Por eso para Leidys, la esterilización fue una decisión no tomada por ella, sino aconsejada por la enfermera, quien la programó para la esterilización, sin darle información, coartando su libertad y generando efectos en su salud mental, evidenciados ya que, posterior a la entrevista fue necesario brindar soporte psicológico puesto que se arrepentía de haber aceptado la oferta de tal servicio y consideraba la recanalización como una opción, situaciones que sin duda alguna, como lo relaciona Araujo, es una práctica de ejercicio de poder que limita la autonomía de la mujer y que por el contrario a la generación de beneficio, ocasiona graves daños en la salud mental y reproductiva de la mujer (Araujo, 2021).

Para Paola, madre de cuatro hijos, programada para cesárea para atención de parto gemelar, el miedo provocado de manera no intencional por parte del ginecólogo, al realizar la pregunta durante el procedimiento, aprovechado para realizar la esterilización, fue interpretado como una manera de persuadir su decisión.

“El ginecólogo me preguntaba, si yo estaba segura de quererme operar. Pues, ¡yo ya le había firmado un consentimiento!, yo ya estaba más que segura que me quería operar porque no quería tener más bebés y cuatro es un número grande. ¿porque me pregunta eso en pleno momento de cirugía?, yo con mi barriga abierta, ósea este man... Yo ya había firmado, créame que yo no iba a cambiar de opinión. Es la hora que yo me acuerdo de la cara del señor preguntándome eso, le dije: si doctor, ya habíamos hablado de eso... me generó fue desconfianza realmente, entonces yo le dije: si yo quedo embarazada yo le traigo él bebe, le pongo un moño y felicidades, eres padre” (Paola, comunicación personal, 2 de junio de 2020).

En otros casos, se instiga al cambio de decisión, y se señala por ello a la mujer, como en el caso de Nataly.

“el día de la cirugía, una de las ginecoobstetras, me preguntó, “¿usted es la que va para la cirugía?” y yo, si, “¿cuántos años tiene usted?”, yo en ese momento tenía 23 años y me dijo, “¿te vas a operar?, estas mujeres de Colombia están locas, tan pequeñita y ay operarse” (era extranjera), ¿es que no piensa tener más hijos o qué?, está segura?”, pero así, como para tratar de hacerme cambiar de decisión y se puso como molesta. También la doctora que me llevaba a la cirugía, no sé si era enfermera... me preguntó: “¿está segura de operarse?” y yo, sí. “y si se muere alguno de los hijos que tiene?”, y yo, pues llorar, no voy a reponerlo con otro bebe. Entonces ella me dijo, ahhh sí, está segura”. (Nataly, comunicación personal, 10 de junio de 2020).



Como puede verse, Nataly, por su edad, fue interrogada y persuadida para hacerle desistir de la esterilización, a pesar de tener una paridad satisfecha con sus dos hijos. Esta es una práctica deshumanizada, y perpetuada generalmente, por médicos especialistas (Turner, 2001).

En general, todas las mujeres participantes, refirieron haber accedido a la esterilización impulsadas por el deseo de no tener hijos, o para evitar usar métodos hormonales, por los efectos adversos presentados. La decisión en general, fue tomada de manera individual, sin solicitar autorización de la pareja; por el contrario, en entornos privados, algunos de ellos expresaron un predominio de su masculinidad al aconsejar a sus compañeras la realización de la cirugía para evitar la intervención (Barroso, 1984), constituyéndose en una forma de opresión y violencia ejercida en la mujer. En uno de los casos, el compañero se realizó también la vasectomía; en otro, a pesar de que el hombre deseaba tener más hijos, respeto la decisión de su esposa, lo que se considera un avance importante frente al respeto de la autonomía de la mujer.

“yo con semejante barriga y decidimos que no íbamos a tener más bebés... yo le dije a el que se operara y él dijo que, él se moría completo. Yo dije, si él no se va a operar me toca a mí porque qué más hago yo, me toca operarme... Pienso que fue más decisión propia que en pareja” (Paola, comunicación personal, 2 de junio de 2020).

Es llamativo, que dos mujeres fueron remitidas a psicología y orientación para corroborar la decisión tomada, lo cual puede tomarse como una barrera para la realización del procedimiento, pues a pesar de la decisión tomada, deben convencer a un segundo profesional sobre la misma, yendo en contravía con los requisitos a exigirse para la realización del procedimiento según la normatividad establecida a nivel mundial y nacional (MSPS, 2018).

Un aspecto clave para el respeto de la autonomía tiene que ver con la lectura, explicación y diligenciamiento del consentimiento informado; que es el documento legal con el que la usuaria autoriza la realización del procedimiento. Cuatro de las mujeres refirieron que tal consentimiento fue explicado por el ginecólogo en la consulta anterior a la cirugía, leído por ellas y diligenciado en su momento; una de las participantes refirió que antes de la realización del procedimiento se le entregó a ella y a su esposo, y que les asignaron un tiempo prudencial para su lectura y diligenciamiento. Sin embargo, 7 mujeres refirieron que el consentimiento fue un documento que se suministró para firma antes de la realización del procedimiento y, por tanto, desconocían el contenido del mismo, atentando ello contra la voluntariedad en la toma de decisiones autónomas de las facultades reproductivas, recayendo en la firma de un documento de manera no consciente y desinformada (Turner, 2001).

Existieron, no obstante, algunos miedos asociados y creencias relacionadas con la cirugía, entre los que se destacan la pérdida de efectividad después de diez años, el fallo del método, la recanalización de las trompas considerada como una opción para la mujer que no deseaba realizarse la esterilización, y para Daniela, quien desearía tener una niña, puesto que sus dos hijos son varones. Tales situaciones, confirman los grandes vacíos en la asesoría para acceder a la esterilización, la ausencia en la oferta de métodos de planificación y la imposición de los no reversibles (Sosa y Menkes, 2014).



“Si, la verdad si señora. No sé, pienso mucho a veces como que, me da depresión a veces y eso, por lo que uno está siempre joven. Por el momento no quería tener más hijos, pero más adelante, de pronto” (Leidys, comunicación personal, 18 de junio de 2020).

Pese a los hallazgos encontrados por parte de la investigadora, fue necesario realizar un acompañamiento a las entrevistadas, y asesorarlas para que asistieran a consulta con profesionales de salud mental, como una manera de preservar su salud mental, debido a las afectaciones secundarias a la realización del procedimiento.

DISCUSIÓN

La esterilización femenina en Colombia ha sido una problemática poco abordada en los estudios en salud, a pesar de las investigaciones y los resultados arrojados por organizaciones nacionales e internacionales (Folch, et al., 2017), quienes muestran su preocupación frente al tema y relacionan tal incremento con la ausencia de información y educación por parte de los servicios de salud (Oficina en Colombia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2002). Por ello, es relevante que desde la profesión de enfermería se repiense el cuidado que se brinda en materia de salud sexual y reproductiva a aquellas mujeres que se encuentran en edad reproductiva, que, por una u otra razón, han elegido la esterilización como método de planificación familiar, siendo ello responsabilidad dentro del quehacer profesional (UNFPA, MSPS, 2014), así como la adherencia a protocolos y lineamientos para la atención en anticoncepción (MSPS, 2018)..

Este estudio, permitió conocer la experiencia de un grupo de mujeres de la ciudad de Bogotá, frente a la toma de decisiones para realizarse la esterilización femenina, develando la realidad presentada en los servicios de salud, desde la mirada de las usuarias, encontrando grandes falencias a nivel asistencial frente a la ausencia o deficiencia de la asesoría para optar por la regulación de la fecundidad en mujeres que iniciaban algún método, o las que accedieron a la esterilización, siendo corroborado anteriormente por otros estudios (Oficina en Colombia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2002).

CONCLUSIÓN

Frente a los resultados de la investigación, considero que desde la profesión de enfermería es importante realizar adherencia cuidadosa a los protocolos propuestos desde los entes gubernamentales (UNFPA y MSPS, 2014), con el fin de garantizar los principios de garantizar la toma de decisiones propias, autónomas e informadas (Corte Constitucional de Colombia, 2016), Según lo referido por las entrevistadas, la esterilización es un método elegido por algunas de las mujeres a pesar de los grandes vacíos del conocimiento, pese la ausencia de asesoría en regulación de la fecundidad por parte del personal de salud, la cual, cuando se es brindada, se realiza con grandes vacíos en la información suministrada para la realización del procedimiento, sin ahondar en derechos sexuales y derechos reproductivos (García, Camargo y Fajardo, 2018); situación que no permite el inicio de la planificación familiar y claro, el uso de métodos de regulación de fecundidad de manera incorrecta, pese a la ausencia de información, alterando los principios de la



asesoría en planificación por parte de las profesionales de enfermería y ginecología, en quienes recae tal acción (Alvarez, 2021).

Es importante destacar dentro de los casos citados, la vulneración de la autonomía frente al procesos de esterilización, pese a la primacía en el desconocimiento sobre riesgos, beneficios, realización del procedimiento quirúrgico, pronósticos y otras alternativas (Fernández y Pizzi, 2016), especialmente en la oferta de métodos de regulación de larga duración como anticonceptivos intrauterinos y subdérmicos con excelente efectividad. Siendo prioritario por parte del personal que realiza la asesoría, analizar de manera minuciosa la toma de decisiones para obtener un consentimiento informado consecuente con lo que la mujer espera del procedimiento, garantizando la gratuidad y el acceso informado (Stuart y Ramesh, 2018), especialmente en las mujeres nulíparas a quienes no se les debe negar el acceso al método, ni violentarla durante el proceso y el acto quirúrgico por su decisión, situación relatada en los resultados del estudio (Congreso de la República, 2010).

En consecuencia, es necesario que el personal de salud sea consciente de la responsabilidad que tiene frente a las usuarias, pese a que la ausencia de información y la vulneración en la autonomía reproductiva, constituye una forma de violencia de género, situación sancionable penalmente, siendo por ende, prioritario la asunción de los deberes morales y jurídicos (Fernández y Pizzi, 2016) como profesionales de salud, según lo consagrado por la ley.

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez, C. (2021). *Uso y Conocimiento de Métodos Anticonceptivos: Un estudio descriptivo de las características de la fertilidad adolescente en Colombia*. Tesis de Maestría. Santiago: Universidad de Los Andes, 1-38. Recuperado de <https://repositorio.uniandes.edu.co/handle/1992/53573>
- American College of Obstetrics and Gynecology. (2003). Sterilization ACOG technical bulletin No. 222. ACOG, Washington, DC, 1996. 9. American College of Obstetrics and Gynecology. ACOG practice bulletin No. 46, September 2003. *Int J Gynaecol Obstet*, 83(3), 339-50. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14696610/>
- Araujo, J. (2021). Implicaciones biomédicas, bioéticas y biojurídica de la esterilización femenina consentida. Entre la objeción de conciencia y el principio de autonomía. *Gaceta Internacional de Ciencias Forenses*, 41, 24-42. Recuperado de https://www.uv.es/gicf/4A1_Araujo_GICF_41.pdf
- Arrate, M., Linares, M., Molina, V., Sánchez, N., & Arias, M. (2013). Efectos secundarios de los anticonceptivos hormonales en usuarias del método asistentes a las consultas de planificación familiar. *MEDISAN*, 17(3), 415-425.
- Beauvoir, S. (1949). *El segundo sexo*. Colombia. Antioquía: Ed. Géminis Ltda, 1-356.
- Cantillo, B. (2016). *Análisis del derecho a la elección libre de la maternidad en el ordenamiento jurídico colombiano*. Tesis de Maestría. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de biancancantillo.2016.pdf (unal.edu.co).
- Congreso de la República. (2010). *Ley 1412 de 2010. Por medio de la cual se autoriza la realización de forma gratuita y se promueve la ligadura de conductos deferentes o vasectomía y la ligadura de trompas de Falopio como formas para fomentar la paternidad y la maternidad responsable*, 1-2. Recuperado de https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=40604



- Corte Constitucional de Colombia. (2016). *Sentencia C 182. Requisitos de interdicción y autorización judicial específica para esterilización quirúrgica de personas en situación de discapacidad mental mediante consentimiento sustituto*. Recuperado de C-182-16 Corte Constitucional de Colombia
- Corte Constitucional de Colombia. (2017). *Sentencia T 665. Acción de Tutela par autorización del procedimiento de esterilización quirúrgica a menor de edad en situación de discapacidad*. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/T-665-17.htm>
- Departamento Nacional de Planeación. (2013). *Consejo Nacional de Política Económica y Social. Documento CONPES social 161. Equidad de género para las mujeres*, 23-26. Recuperado de 161.pdf (dnp.gov.co)
- Fernandez, J., & Pizzi, R. (2016). Aspectos ético - legales en la esterilización quirúrgica voluntaria. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 76(3), 196 -202. Recuperado de <http://ve.scielo.org/pdf/og/v76n3/art08.pdf>
- Folch, B., Betstadt, S., Li, D., & Whaley, N. (2017). The Rise of Female Sterilization: A Closer Look at Colombia. *Matern Child Health J*, 21, 1772–1777.
- Garcia, A., Camargo, M., & Fajardo, M. (2018). Calidad técnico científica del cuidado de enfermería en el programa de planificación familiar. *Revista Salud UIS*, 5(1), 47-57. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6790396>
- Lugo, L. (1999). Relatos de la esterilización: entre el acomodo y la resistencia. *Revista de Ciencias Sociales*, 208-226. Recuperado de <https://revistas.upr.edu/index.php/rcs/article/view/6182>
- MacKinnon, C. (1989). *Rape: On Coercion and Consent Toward a feminist theory of the state*. Cambridge: Cambridge University Press. Recuperado de <http://dcac.du.ac.in/documents/E-Resource/2020/Metrial/24Robinson1.pdf>
- Ministerio de Salud (1993). Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, 1-19. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DII/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2018). *Resolución 3280 de 2018. Por medio del cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación*, 1-348. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf)
- Morales, H. (2019). *Factores asociados al rechazo de la esterilización quirúrgica femenina en puérperas multíparas atendidas en el departamento de ginecología – obstetricia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante un trimestre del 2018 – 2019*. Tesis Maestría. Escuela Profesional de Medicina Humana. Recuperado de <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/1875>
- Oficina en Colombia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2002). *Derechos de las mujeres*, 1-230. Recuperado de Publicaciones - Derechos de la Mujer (hchr.org.co).
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Planificación familiar. Un manual mundial para proveedores*, 165-182. Recuperado de [9780978856304_spa.pdf;jsessionid=DFFD9CE47BBD6BF9A2D0256EBA0E0468](http://www.who.int/publications/m/item/9780978856304_spa.pdf?jsessionid=DFFD9CE47BBD6BF9A2D0256EBA0E0468) (who.int)
- Profamilia. (2016). *Informe anual de actividades. Datos Básicos para Colombia ENDS 2015*, 10-16. Recuperado de: INFORME PROFAMILIA 2016 VERSION FINAL MARZO 16.cdr
- Sosa, Itzel., Menkes, K. (2015) “‘Como te ven te tratan’: Desigualdades sociales en los espacios de salud reproductiva. Resultados de un estudio de caso en el centro de México”, en Laura Rodríguez y Jhon Antón



Sánchez (comps.), Situación de la población afrodescendiente e indígena en América Latina - puntos de reflexión para el debate sobre Cairo + 20. Asociación Latinoamericana de Población. 161-176. Recuperado de https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/6944/capitulo_del_libro_los_nuevos_escenarios_de_la_migracion_pdf.pdf

Stern, C. (2004). Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México. *Papeles de población*, 10(39), 129-158. Recuperado de: Redalyc.Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México (scielo.org.mx)

Stuart, G., & Ramesh, S. (2018). Esterilización femenina de intervalo. *Obstetrics & Gynecology*, 131, 117-124.

Thomas F. (2006). Resignificando la maternidad a la luz de los derechos sexuales reproductivos. En Viveros, M. *Saberes Culturas y Derechos Sexuales en Colombia*. Antioquía: Tercer Mundo Editores.

Timoteo, A. (2019). *Uso de redes sociales como fuente de información sobre métodos anticonceptivos en usuarias del servicio de planificación familiar del Centro de salud Madre Teresa de Calcuta, febrero 2019*. Tesis en Obstetricia. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/10322/Timoteo_ia.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Turner, S. (2001). Los derechos sexuales y reproductivos y su incidencia en la esterilización y procreación asistida. *Rev. Derecho*, 12(2), 207-16. Recuperado de <http://revistas.uach.cl/index.php/revider/article/view/2840>

UNFPA, Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Protocolos para la atención de enfermería a la salud sexual y reproductiva en la mujer*, 1-318. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM%20-Protocolos-de-enfermeria.pdf>

Villacres, L. (2016). *La asesoría de planificación familiar como factor de adherencia a métodos anticonceptivos entre mujeres adolescentes y adultas que acuden a consulta externa en el Centro de Salud Archidona (Napo - Tena) en el periodo de mayo a junio del 2016*. Tesis de Maestría. Quito: Universidad Central del Ecuador, 1-67. Recuperado de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/11764/1/T-UCE-0006-010-2016.pdf>



Desde otra perspectiva: la medicina narrativa y las narrativas de los proveedores de salud durante la pandemia de COVID-19

From another perspective: narrative medicine and healthcare providers' narratives during the COVID-19 pandemic

De outra perspectiva: medicina narrativa e narrativas de profissionais de saúde durante a pandemia da COVID-19

Ferdinando Toscano^{1*}

¹ Registered Psychologist, PhD Student, Departamento de Psicología, Universidad de Bolonia, IT. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4884-9743>; Correo electrónico: ferdinando.toscano@unibo.it

* **Correspondencia:** Alma Mater Studiorum Università di Bologna. Dipartimento di Psicologia. Viale Europa, 115 – 47521 – Cesena (FC) – Italia

Palavras-chaves: Liderança; enfermagem; equipes de saúde; graduação.

Abstract: Contrasting COVID-19 is widely debated but often treated from a clinical or, at most, managerial perspective. Less attention is instead assigned to a narrative view of the problem. However, the stories of those who combat this pathogen teach us the need to use storytelling strategies to counteract the effects of the disease on patients and its consequences on healthcare providers. This contribution aims to address the COVID-19 issue from the perspective of narrative medicine, first by defining it and then by reporting some healthcare professionals' experiences. It intends to highlight the importance that medicine has not only on the patient but also on healthcare professionals. It offers a brief review of some of their narratives, focusing on experiences with different tones and struggles and emphasizing the importance of narrative in one's work in supporting patients. In addition, this contribution also aims to reason that not everything can be solved with words, as they help but do not solve everyday problems.

Keywords: Narrative medicine; COVID-19; nurses; healthcare providers.

Resumen: La lucha contra el COVID-19 es ampliamente debatida, pero a menudo se trata desde una perspectiva clínica o, como mucho, gerencial. En cambio, se asigna menos atención a una visión narrativa del problema. Sin embargo, las historias de quienes combaten este patógeno nos enseñan la necesidad de utilizar estrategias de narración para contrarrestar los efectos de la enfermedad en los pacientes y sus consecuencias en los proveedores de atención médica. Esta contribución tiene como objetivo tratar el tema del COVID-19 desde la perspectiva de la medicina narrativa, reportando experiencias de los proveedores de atención médica y destacando la importancia que tiene no solo para el paciente sino también para los proveedores de atención médica. Ofrece un breve repaso de algunas de sus narraciones, centrándose en las experiencias con diferentes tonos y luchas y destacando la importancia que la narrativa tiene en el propio trabajo de apoyo a los pacientes. Además, este artículo también quiere razonar que no todo se puede resolver con palabras, ya que ayudan pero no resuelven los problemas cotidianos.

Cómo citar este artículo: Toscano, F. (2023). Desde otra perspectiva: la medicina narrativa y las narrativas de los proveedores de salud durante la pandemia de COVID-19. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(65). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.65.05>

Received: 10/08/2022
Accepted: 28/11/2022.



Copyright: © 2023. Remitido por los autores para publicación en acceso abierto bajo los términos y condiciones de Creative Commons Attribution (CC/BY) license.

Palabras clave: Medicina narrativa; COVID-19; enfermeros; proveedores de salud.



Resumo: A luta contra a COVID-19 é amplamente debatida, mas frequentemente tratada de uma perspectiva clínica ou, no máximo, de gestão. Em vez disso, é dada menos atenção a uma visão narrativa do problema. No entanto, as histórias daqueles que combatem este patógeno ensinam-nos a necessidade de utilizar estratégias narrativas para contrariar os efeitos da doença nos doentes e as suas consequências nos prestadores de cuidados de saúde. Esta contribuição visa tratar a questão da COVID-19 da perspectiva da medicina narrativa, relatando experiências de prestadores de cuidados de saúde e salientando a importância que tem não só para o doente mas também para os prestadores de cuidados de saúde. Oferece uma breve panorâmica de algumas das suas narrativas, concentrando-se em experiências com diferentes tons e lutas e salientando a importância da narrativa no próprio trabalho de apoio ao paciente. Por fim, este documento também quer raciocinar que nem tudo pode ser resolvido com palavras, uma vez que estas ajudam mas não resolvem problemas quotidianos.

Palavras-chave: Medicina Narrativa; COVID-19; enfermeiros; prestadores de cuidados de saúde.

INTRODUCCIÓN

Nowadays, clinicians engaged in the care of people recognize, more or less widely, the need to develop and apply the so-called narrative competence, which is the ability to recognize, absorb, interpret and act on the stories and problems of their patients and patients' families (Charon, 2019). Not by chance, currently, it is becoming widespread to consider medicine that is not attentive to the human dimension of healthcare to be a dull, limited, and unsuccessful medicine (Lewis, 2011).

The application of narrative competence or, in other words, the exercise of a narrative in medicine, is usually a medical educational instrument informed by receiving patients' stories which invites healthcare professionals to construct healing relationships with patients, colleagues, and the self (Rosti, 2017). Therefore, it is not an action directed only to patients, but it also affects those who provide it, who are in turn transformed by the words and concepts that constitute the narrative of the illness and therapy. Narrative medicine changes the functioning of healthcare teams and colleagues, allowing for the development of widespread and shared sensitivities. Not least, narratives in medicine affect people's social representations of both illness and health professionals, their work, and, in parallel, systems of care (Charon, 2019).

Since narratives of or to patients do not constitute the sole focus of narrative medicine, this short paper presents some reflections that witness the effect of narrative on healthcare providers during the difficult period of the COVID-19 pandemic, which was topical even for its ability to influence, sometimes brutally, the experience of these professionals (Barello, Palamenghi, & Graffigna, 2020).



In a phenomenological framework, applied to describe experiences as lived by individuals and sensitive to the meaning they give to the experiences they live (Baptista et al., 2011; Contreras-de-la-Fuente & Castillo-Arcos, 2015), this contribution highlights some of the narratives of healthcare professionals, recognizing that they do not remain just narratives. They, in fact, generate and are in turn generated by emotions experienced by clinicians in the performance of their care tasks.

Some reflections, straddling narrative medicine and psychology, constitute a brief discussion of the concepts reported in the study. Conclusions, finally, summarize and close the paper.

Health professionals' narratives

The arrival of COVID-19 has stimulated the production of numerous researches in the most diverse areas related to it. The narratives of health professionals have also been included in this effort to develop knowledge. Fortunately, the scientific literature allows selecting the richest contributions of these narratives from many publications.

Among the most striking studies in this area, the contribution by Rathnayake and colleagues (2021), who interviewed 14 nurses working with COVID-19-positive patients to delve into their working period coping with the virus, is particularly eloquent.

Several strong themes emerged from the interviews. The nurses reported physical and psychological stress, essentially due to their fear of being infected with COVID-19, in some cases fueled by many deaths among healthcare workers and resulting in psychiatric symptoms such as hallucinations. The concerns of these nurses were also reported to be related to maintaining the health of family members, given the possibility of becoming infected and infecting loved ones at home. These forms of anxiety were also compounded by stigma and discrimination from colleagues, family members, and friends, who shunned participants as potentially infectious, generating frustration. Also contributing to the nurses' malaise were the concerns of the patients, the objective health status of some of them, the inability to provide patients with direct, humanly committed care, given the limited ability to approach because of the infectious danger and the use of cumbersome protective equipment to conceal expressions and limit movement. The sometimes-disastrous experience of these nurses, however, was not characterized by elements of difficulty alone.

In several parts of this research contribution, some narrative elements counterbalance, at least in part, the difficulties experienced and emphasize the importance of storytelling in supporting patients and in care activities. Here the power of narrative medicine is revealed.

Coping strategies such as recourse to religiosity, itself - in some ways - a powerful form of narrative, but also the framing through specific narrative pathways of their



activity as the realization of a passionate work of caring for others constituted salvific elements for these health professionals. The construction of meaning in their work took three primary forms. Working with COVID-19 patients was seen as an opportunity to: a) do one's duty and serve one's country; b) perform a new and challenging professional activity, given the novelty of the disease; c) feel satisfaction from the narratives that the media devoted to nurses and healthcare professionals, who were described as heroes grappling against an enemy threatening our world. Elements of narratives less interior to the professionals but closer to the narratives addressed to the patients also emerged in the fact that the nurses in the study were still able to exercise the therapeutic and accompanying action of words at a distance from the patients, for instance, through webcams and video-communication systems.

The elements described so far are repeated substantially in other studies on the subject. At times, metaphors, tools among the cornerstones of narrative medicine, have enriched the description of experiences. For example, Bergman and colleagues (2021) found that the arrival of the pandemic was described as a "plunge into chaos" (very sick patients, increased workload, lack of equipment, inability to "disconnect", sense of exhaustion, nightmares). They found elements in common with the study of Rathnayake and colleagues (2021), even concerning positive narratives in response to the stress experienced. Even additional studies have confirmed similar findings (e.g., Gordon et al., 2021; Thusini, 2020).

However, the experience of nurses, physicians, or other healthcare professionals working in COVID-19 departments is not the only setting from which to observe the effect of narratives in medicine in today's pandemic settings. The literature provides other examples, including that of two no-longer-young physicians, a retired family doctor and a psychiatrist, called by U.S. health authorities to become vaccine physicians (Crowe, 2021; Kronmal, 2021). Their contributions tell of the hope reborn in patients with the vaccine administration to the population, even thanks to the closeness of those administering it. Associated with this, insightful elements of self-narration characterize the stories of these professionals. In one case, joyful narratives of connection with people imbued with hope were reported (Crowe, 2021). In the other case, the self-ironic narratives of a psychiatrist who felt unconnected to the administration of intravenous drugs and who did not feel like a hero but rather compared herself to a teenager who, as a small job, put clients' groceries in bags, at the supermarket (Kronmal, 2021).

Narrative as a (not the only) solution

The research contributions reviewed in this brief paper, clearly not intended to be exhaustive, have brought to light some experiences of health professionals engaged in work activities in the new context generated by the COVID-19 pandemic.



In my opinion, essentially, two types of experiences were treated. On one side, there is the dense, multifaceted and sometimes contradictory experience of professionals engaged in the front line of the fight against COVID-19 in hospital wards, alongside infected patients. Moreover, on the other side, there is the less "tiring" and lighter, "smiling" elderly vaccinator physicians' experience. In contact with healthy patients, these physicians were engaged in activities of prevention - and not cure - of the disease. No less important, however, can be considered their reassuring commitment to thinning the doubts and fears in the kind thoughts they devoted to their users and, last but not least, no less stimulating were their reflections.

Whether it is COVID-19, chronic illness, patient narratives, or self-narratives for which it is the healthcare provider who is "looking inward," one point that needs to be briefly considered is that the valuable thrust of narrative medicine may not account, in a single word, for all the "psychology" of what we are experiencing.

Because it is not the healthcare provider-patient relationship but the dialogue with self that the healthcare provider brings forth, it is necessary not to dwell on the forms of sensitivity and application that represent the tools of the healthcare provider to intervene in the patient's story and support them in their care pathways. The focus of all narrative medicine efforts constitutes what has eloquently been defined as an "honoring of personal history" (Charon, 2021): the history not only of the patient but, from the practitioners' perspective, also of their own.

Like the patient is not just a patient but a person, at the same time, no effective medicine can exist if the healthcare professionals do not remember their fallibility as persons. These workers should not only accept their cognitive and intervention boundaries when interfacing with the history of a person who deserves answers. They should also accept their limits and, above all, recognize their needs for care and self-care, their need to bend over their story, to ask for help, and to recognize themselves as needy people among other needy people. This, after all, may seem the teaching of the COVID-19 pandemic, which can be considered an episode of illness for health professionals themselves, grappling - as the patients - with a challenging non-normative change (Parrello, 2008). So, for this reason, nurses, medical doctors, psychologists, or any other health professionals suffering from work in the times of COVID-19 must necessarily be provided, in the facts and not only as a good intention, with concrete psychological help. However, this should also be associated with training courses to improve individual coping activities and teach them listening, dialogue, and word care in their activities in contact with patients.

So, it should be recognized that healthcare providers cannot live by storytelling alone, but there is also a need to intervene in the work and contexts in which healthcare workers operate. In this working area, resources are also, as said, created by working on oneself and one's team. However, as recognized by scientific theories such as the Job-Demands Resources Model (Bakker & Demerouti, 2017), it is necessary that the organizations in which healthcare workers work also do their part, eliminating excessive work demands



and providing tools to do it better. For this reason, the narrative must intervene at work because it is possible and necessary, but also healthcare system managers should also eliminate, at least in part, the workloads and bureaucracy that dehumanize healthcare professionals and their work.

CONCLUSION

This paper reported a few experiences of narrative medicine contained in some research contributions on the theme of work in healthcare during the COVID-19 pandemic. Essentially, the points of view of healthcare workers engaged in the front line of COVID-19 patients and those of two vaccinating physicians engaged in administering the anti-COVID-19 vaccine to healthy patients were offered.

In both types of experience, some elements of difficulty, especially narrative self-reflection, have emphasized the need that even healthcare professionals have to build compelling narratives that can accompany them in their work experience. A few simple hints on the issues addressed were finally offered, adding some narratives closer to narrative medicine to a perspective better related to psychological or organizational disciplines.

BIBLIOGRAPHY

- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). Job demands-resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273–285. <https://doi.org/10.1037/ocp0000056>
- Baptista, P. C. P., Merighi, M. A. B., & Freitas, G. F. de. (2011). El estudio de la fenomenología como una vía de acceso a la mejora de los cuidados de enfermería. *Cultura de Los Cuidados*, 15(29), 9–15. <https://doi.org/10.7184/cuid.2011.29.02>
- Barello, S., Palamenghi, L., & Graffigna, G. (2020). Burnout and somatic symptoms among front-line healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 290, 113129. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113129>
- Bergman, L., Falk, A. C., Wolf, A., & Larsson, I. M. (2021). Registered nurses' experiences of working in the intensive care unit during the COVID-19 pandemic. *Nursing in Critical Care*, 26(6), pp. 467-475. <https://doi.org/10.1111/nicc.12649>
- Charon, R. (2021). *Medicina narrativa: Onorare le storie dei pazienti*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Contreras-de-la-Fuente, H.S., & Castillo-Arcos, L.-C. (2016). Fenomenología: una visión investigativa para enfermería. *Cultura de Los Cuidados*, 20(44), 15–24. <https://doi.org/10.14198/cuid.2016.44.02>
- Crowe, E. H. (2021). The Taste of Hope. *JAMA*, 326(17), 1683. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.18771>



Gordon, J. M., Magbee, T., & Yoder, L. H. (2021). The experiences of critical care nurses caring for patients with COVID-19 during the 2020 pandemic: A qualitative study. *Applied Nursing Research*, 59, 151418. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151418>

Kronmal, S. L. (2021). Shots in Arms. *JAMA*, 326(12), 1151. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.15671>

Lewis, B. E. (2011). Narrative Medicine and Healthcare Reform. *Journal of Medical Humanities*, 32(1), 9–20. <https://doi.org/10.1007/s10912-010-9123-3>

Parrello, S. (2008). La malattia come sfida: narrazione di Sé e costruzione di significato. In V. Mastropaolo (Ed.), *La psicologia della relazione di aiuto: la riscoperta della solidarietà umana* (pp. 97–110). Roma: Effigi.

Rosti G. (2017). Role of narrative-based medicine in proper patient assessment. *Supportive Care in Cancer*, 25(Suppl 1), 3–6. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3637-4>

Thusini, S. (2020). Critical care nursing during the COVID-19 pandemic: A story of resilience. *British Journal of Nursing*, 29(21), . 1232–1236. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.21.1232>



La escritura creativa en estudiantes universitarios del ámbito socio sanitario: Revisión sistemática

Creative writing in university students from the socio-sanitary field: Systematic Review

Escrita criativa em universitários da área socio saúde: revisão sistemática.

Antonia Pades Jiménez^{1*}; Joan Albert Riera Adrover² & María Elena Cuartero Castañer³

¹Doctora en Psicología. Universitat de les Illes Balears, España. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8609-898X>;
Correo electrónico: antonia.pades@uib.es

²Doctor en Psicología. Universitat de les Illes Balears, España. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2583-2458>.
Correo electrónico: joan.riera@uib.es

³Doctora en Psicología. Universitat de les illes Balears, España. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9510-8721>. ;
Correo electrónico: me.cuartero@uib.es

* **Correspondencia:** Cra. de Valldemossa, km 7.5. 071

Abstract: The use of creative writing based on Narrative Medicine (NM) as active learning for the teaching of the professional role in Health Sciences, has aroused interest in recent years. An exploratory systematic review was carried out to know the effectiveness of its application in university students in the field of social sciences and health. The studies were retrieved from WoS, Scopus, Dialnet and REDIB. The analysis of 8 selected articles described this methodology as a useful tool to foster the narrative voices of students, encourage reflection on clinical encounters, encourage attentive and empathetic clinical care and facilitate emotional management. This methodology also allows the development of language skills, creativity, and spontaneity in the construction of professional identity and professionalism. Despite the scarcity of studies, its usefulness at the curricular level seems promising, although it is necessary to analyze in depth the phenomenon of study.

Keywords: Education; higher education; writing; narrative medicine; health; systematic Review.

Resumen: El uso de la escritura creativa basada en la Medicina Narrativa (MN) como aprendizaje activo para la enseñanza del rol profesional en Ciencias de la Salud, ha despertado interés en los últimos años. Se realizó una revisión sistemática exploratoria para conocer la eficacia de su aplicación en estudiantes universitarios del ámbito de las ciencias sociales y de la salud. Los estudios fueron recuperados de WoS, Scopus, Dialnet y REDIB. El análisis de 8 artículos seleccionados describió esta metodología como herramienta útil para fomentar las voces narrativas de los estudiantes, impulsar la reflexión sobre encuentros clínicos, fomentar la atención clínica atenta y empática y facilitar la gestión emocional. Esta metodología permite además el desarrollo de destrezas del lenguaje, creatividad y espontaneidad en la construcción de la identidad profesional y sobre el profesionalismo. A pesar de la escasez de estudios, parece prometedora su utilidad a nivel curricular, aunque se precisa analizar con profundidad el fenómeno de estudio.

Palabras clave: Educación; estudios universitarios; escritura; medicina narrativa; salud; revisión sistemática.

Cómo citar este artículo: Pades, A., Riera, J. A., & Cuartero, M. E. (2023). La escritura creativa en estudiantes universitarios del ámbito socio sanitario: Revisión sistemática. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(65). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.65.06>

Received: 22/09/2022
Accepted: 09/01/2023.



Copyright: © 2023. Remitido por los autores para publicación en acceso abierto bajo los términos y condiciones de Creative Commons Attribution (CC/BY) license.



Resumo: A utilização da escrita criativa baseada na Medicina Narrativa (MN) como aprendizagem ativa para o ensino do papel profissional em Ciências da Saúde tem despertado interesse nos últimos anos. Uma revisão sistemática exploratória foi realizada para determinar a eficácia de sua aplicação em estudantes universitários no campo das ciências sociais e da saúde. Os estudos foram recuperados de WoS, Scopus, Dialnet e REDIB. A análise de 8 artigos selecionados descreveu essa metodologia como uma ferramenta útil para estimular as vozes narrativas dos alunos, estimular a reflexão sobre os encontros clínicos, promover um atendimento clínico atencioso e empático e facilitar o gerenciamento emocional. Esta metodologia permite também o desenvolvimento de competências linguísticas, criatividade e espontaneidade na construção da identidade profissional e do profissionalismo. Apesar da escassez de estudos, sua utilidade em nível curricular parece promissora, embora o fenômeno do estudo precise ser analisado em profundidade.

Palavras-chave: Educação; estudos universitários; escrita; medicina Narrativa; saúde; revisão sistemática.

INTRODUCCIÓN

Para el profesorado universitarios supone un reto encontrar metodologías de enseñanza activas que aúnen eficacia, innovación y manejo de habilidades comunicativas dirigidas a estudiantes de Ciencias Sociales y de la Salud. Las profesiones socio-sanitarias, además del conocimiento teórico deben ir acompañadas de un alto dominio de habilidades comunicativas y emocionales (empatía y gestión emocional). Trabajar con la salud de las personas no es sencillo, los profesionales se ven expuestos diariamente a relacionarse con personas que padecen enfermedades graves o en fase terminal. Si no hay un dominio de la gestión emocional es fácil que el profesional quede atrapado y sufra consecuencias como el desgaste por empatía y/o burnout (Yoder, 2010). La falta de experiencia profesional en recién graduados puede suponer un factor de riesgo, y por ello es necesario dotar a los estudiantes de recursos personales, para hacer frente a situaciones complejas y críticas. En el entorno socio-sanitario es difícil encontrar espacio y tiempo para la reflexión. Así como indica Siles (2020) “El papel de los sentimientos en la construcción personal es indisoluble del entorno”. El nivel y volumen de trabajo es alto, por lo que los profesionales han de tomar decisiones complejas y de vital importancia con cierta rapidez.

En la búsqueda de nuevas metodologías de enseñanza para ayudar a los estudiantes universitarios a mejorar sus competencias aparece el concepto de “escritura creativa”. Según la literatura esta práctica parece ser un buen recurso para escribir con libertad y permitir expresar pensamientos, emociones, vivencias y opiniones, así como dialogar, formarse un juicio crítico y ético, generar ideas, estructurar el conocimiento, dar coherencia y cohesión al discurso, a las propias acciones y tareas (Jaillant, 2016; Silverberg, 2019) proporcionando pensamiento abierto y relajación (Pendery, 2017). La escritura puede ayudar a los alumnos a descubrir su propia identidad, su intersubjetividad y autorrealización (Gallagher, 2009; Hardy, 2017). Como señala Siles (2018) ‘las fuentes narrativas son almacenes de hechos (comportamientos, estilos de vida) y raíces de los hechos (creencias, valores, símbolos, significados y sentimientos) que constituyen el “por qué” de los hechos’. Por otro lado, la creatividad contribuye al conocimiento desde la enseñanza favoreciendo el potencial como profesionales (Silva et al., 2014). En las ciencias sociales y de la salud se hace necesario



contar con profesionales dotados de iniciativa, imaginación, creatividad, atención y regulación emocional, así como apostar por el afecto positivo y pensamiento crítico (Burlingame, 2019; Hussein et al., 2020; Mohammed, 2019). Con todo ello contribuimos a la humanización de los cuidados en espacios sociosanitarios. Este concepto implica un cambio de paradigma en el cual se preste más atención en los cuidados centrados en la persona mediante una buena comunicación entre el paciente y la persona que ofrece los cuidados (Siles y Solano, 2019).

Con esta revisión se pretende conocer el uso de la escritura creativa como recurso pedagógico activo en el ámbito universitario. Por ello, la pregunta de investigación planteada fue: ¿Es la escritura creativa un buen recurso para la enseñanza universitaria en términos de aplicabilidad de la práctica y construcción de identidad profesional, en áreas de Ciencias Sociales y de la Salud?

METODOLOGÍA

La metodología de la revisión sistemática exploratoria ha seguido la orientación del diseño de protocolo efectuado por Manchado et al. (2009), y las directrices metodológicas proporcionadas por la Declaración PRISMA (Urrutia y Bonfill, 2010).

a. Criterios de inclusión.

- Período de estudio: 2016/20.
- Idioma: No ha sido aplicado ningún tipo de refinado por «idioma».
- Otros: No ha sido establecido el refinamiento por «afiliación»; «patrocinio de financiación»; y «país».
- Tipo de documentos incluidos: Los resultados han sido delimitados por «tipo de documento»: artículos. Sin embargo, no ha sido definido el refinamiento por «tipo de acceso» y «área temática».

b. **Fuentes de información.** Dado que la pregunta de investigación ha abarcado los estudiantes de ciencias sociales y de la salud, ha sido necesario seleccionar fuentes de información con carácter multidisciplinar. Entre ellas, es posible identificar WoS, Scopus, Dialnet y REDIB. La última búsqueda fue efectuada el 14 de noviembre de 2021.

c. **Estrategia de búsqueda.** La definición de la estrategia de búsqueda ha contado con la colaboración del Servicio de Documentación de la Universitat de les Illes Balears.

- En primer lugar, han sido utilizadas las «comillas» para identificar los documentos que contengan el concepto exacto de «escritura creativa»: “creative writing”.
- En segundo lugar, ha sido utilizado el operador booleano básico AND con la intención de incluir los términos creative writing y students en la búsqueda, sin



embargo, no han sido utilizados operadores de proximidad, a fin de recuperar el mayor número de artículos posibles.

El resultado final ha contemplado la siguiente estrategia de búsqueda: “creative writing” AND students

d. **Selección de los artículos.** Comprende, en primer lugar, el análisis del título, el abstract, y las palabras clave de los documentos encontrados. En segundo lugar, el análisis, en texto completo, de la fidelidad a la pregunta de investigación de los artículos que han sido seleccionados en primera instancia. Por último, el análisis de los eventos de interés, es decir, las contribuciones a la pregunta de investigación de los artículos que han sido seleccionados en segunda instancia (ver Diagrama de flujo).

e. **VARIABLES DE ESTUDIO.** Por un lado, la presente revisión sistemática exploratoria comprende las siguientes variables bibliométricas (Tabla 1):

Tabla 1

Variables bibliométricas

Base	Año	Revista	Autores	Institución	País	Idioma
de						
datos						

Fuente: Adaptado de Manchado et al. (2009).

Dichas variables, permiten la filiación de los artículos, así como la ubicación en su contexto. Por otro lado, los criterios de inclusión han contemplado variables para la evaluación del sesgo, la fidelidad y el grado de evidencia de los artículos.

f. Extracción de datos.

La extracción de datos ha sido efectuada a través del análisis crítico de los artículos seleccionados. Ello ha sido posible mediante el análisis de la introducción (justificación y definición del objetivo/s); el método (muestra, proceso de investigación, técnica para recabar información, y análisis); los resultados; la discusión; y las conclusiones de los artículos.

La extracción de datos ha sido efectuada mediante la revisión por pares independientemente por el Autor2 y el Autor3. En caso de disconformidad, ha sido considerada la valoración del Autor1.

RESULTADOS

Los resultados han sido estructurados en el resumen de los artículos obtenidos, y el análisis de la extracción de datos.

Resumen de los artículos obtenidos



Por un lado, el resumen de los artículos obtenidos ha informado acerca de los artículos incluidos, esto es, aquellos artículos que han manifestado fidelidad a la pregunta de investigación y que, así mismo, han presentado eventos de interés. Por otro lado, ha informado acerca de los artículos que han sido excluidos dado el desacuerdo en la definición de la pregunta de investigación, o la ausencia del cumplimiento de los criterios de calidad establecidos en la presente revisión sistemática exploratoria. Ello ha sido reflejado en el diagrama de flujo (Figura 1).

Artículos incluidos

A continuación, se exponen los artículos que han sido incluidos, de acuerdo con el diseño que ha sido establecido para la presentación de las variables de estudio, esto es, la fuente de información de donde han sido recuperados; el año y la revista en que fueron publicados; la autoría; la institución a la que pertenecen los autores y las autoras; así como el país y el idioma de divulgación (Tabla 2).

Tabla 2
Variables bibliométricas

Base de datos	Año	Revista	Autores	Institución	País	Idioma
WOS Scopus	2020	Academic Medicine	Campbell ¹ , Treat ¹ , Johnson ² , & Derse ¹	Med Coll Wisconsin ¹ Wayne State Univ ²	EE. UU.	Inglés
Scopus	2020	Universal Journal of Educational Research	Hussein ¹ , Al Jamal ² & Sadi ²	Birzeit University ¹ Yarmouk University ²	Palestina ¹ Jordania ²	Inglés
WOS Scopus	2019	Nurse Education Today	Cronin & Hawthorne	Univ Essex	Inglaterra	Inglés
WOS	2019	Letras de Hoje- Estudos e Debates em Linguística Literatura e Lingua Portuguesa	Melao	Inst Politecn, Escola Super Educ Viseu	Portugal	Inglés
WOS Scopus	2019	Journal of Geography in Higher Education	Burlingame	Lund Univ	Suecia	Inglés
WOS Scopus	2017	British Journal of Occupational Therapy	Healey	Sheffield Hallam Univ	Inglaterra	Inglés
WOS Scopus	2017	Folia Morphologica	Lazarus, Sookrajh & Satyapal	Univ KwaZulu Natal	Sudáfrica	Inglés
WOS Scopus	2016	Academic Medicine	Charon, Hermann, & Devlin	Columbia Univ	EE. UU.	Inglés

Fuente: Elaboración propia.

Artículos excluidos

A continuación, se exponen los artículos que han sido excluidos por no manifestar fidelidad a la pregunta de investigación o presentar eventos de interés (Tabla 3).



Tabla 3
Variables bibliométricas

Base de datos	Año	Revista	Autores	Institución	País	Idioma
WOS	2020	Comunicación y Medios	Carrillo y Feijoo	Univ Panamer ¹ Univ Int La Rioja ²	México ¹ España ²	Español
WOS	2020	New Writing	Holland-Batt & Jeffery	Queensland Univ Technol	Australia	Inglés
Scopus	2020	Elementary Education Online	Isçi ¹ , Kirmizi ² & Akkaya ³	Artvin Çoruh ¹ Pamukkale ² Dokuz Eylül ³	Turquía	Inglés
WOS	2020	Research in the Teaching of English	Johnson & Sullivan	Univ Alabama	EE. UU.	Inglés
Scopus	2020	Tonos Digital	León	Universitat de València	España	Español
Scopus	2020	English in Education	Mendelowitz ¹ & Lazar ^{1,2,3}	Witwatersrand ¹ Wits School of Education ² Maharishi Institute ³	Sudáfrica	Inglés
Scopus	2020	Thinking Skills and Creativity	Milicevic, Woolfe ^{2,5} , Blazely ³ , Lenroot ⁴ & Sewell ⁵	University of Sydney ² Sydney South West ³ Psychiatry Albuquerque ⁴ National Institute of Dramatic Art ⁵	Australia ^{1,2,3,5} EE. UU. ⁴	Inglés
Dialnet	2020	El Guiniguada	Millán	Berklee College of Music	EE. UU.	Español
WOS	2020	Learning Landscapes	Venuta	McGill Univ Ontario High Sch	Canadá	Inglés
WOS	2019	Dialogica	Afonso ¹ , González ² & Valdés ¹	Univ Oriente ¹ Univ Maracaibo ²	Venezuela	Inglés
Scopus	2019	International Journal of Learning, Teaching and Educational Research	Ahmadi	Universitas Negeri Surabaya	Indonesia	Inglés
Scopus	2019	European Journal of Educational Research	Babayigit	Yozgat Bozok University	Turquía	Inglés
Scopus	2019	Journal of Language and Linguistic Studies	Göçen	Fatih Sultan Mehmet Vakif Üniversitesi	Turquía	Inglés
WOS	2019	Infancias Imágenes	Guzmán & Bermúdez	Univ Dist Francisco José de Caldas	Colombia	Inglés
Dialnet	2019	Korean Journal of General Education	Jae		Corea	Inglés



Scopus	2019	Indian Journal of Public Health Research and Development	Kareem, Dehham & Al-Wahid	University of Babylon-College of Basic Education	Irak	Inglés
WOS	2019	Arab World English Journal	Mohammed	Majmaah Univ	Arabia Saudita	Inglés
Dialnet	2019	Contextos: Estudios de humanidades y ciencias sociales	Montenegro & Ribeiro			Inglés
Scopus	2019	International Journal of Recent Technology and Engineering	Nazir ¹ , Jano ¹ , Omar ¹ & Kamarudin ²	University Malaysia ¹ Jugra Primary School ²	Malasia	Inglés
WOS	2019	New Writing	Price	Murdoch Univ	Australia	Inglés
Scopus	2019	Palgrave Communications	Skains	Bangor University	Inglaterra	Inglés
WOS	2019	Learning Landscapes	Silverberg	Cape Breton Univ	Canadá	Inglés
Scopus	2019	Archives and Records	Taylor ¹ & Jordan-Baker ²	Independent Police ¹ University of Brighton ²	Inglaterra	Inglés
Scopus	2019	International Journal of Scientific and Technology Research	Tambunan, Silalahi, Andayani, Rasmitadila & Lubis			Inglés
WOS	2019	Behavior Research Methods	Zedelius ¹ , Mills ² , Schooler ¹	Calif Santa Barbara ¹ British Columbia ²	EE. UU. ¹ Canadá ²	Inglés
WOS	2018	Asia-Pacific Journal of Intellectual Disabilities	Ang Kai Lee			Inglés
WOS	2018	New Writing	Bueno	Pontifical Catholic Rio Grande do Sul PUCRS	Brasil	Inglés
WOS	2018	Arts and Humanities in Higher Education	Cardell & Douglas	Flinders Univ S Australia	Australia	Inglés
WOS	2018	Guimiguada	Couto-Cantero & Bobadilla-Pérez	Univ A Coruña	España	Inglés
WOS	2018	The Korea Association of Child Care and Education	Dojin		Corea	Inglés
WOS	2018	Education for Information	Ibekwe	Aix Marseille Univ	Francia	Inglés
WOS	2018	Life Writing	El Hajj	Univ Gloucestershire	Inglaterra	Inglés
WOS	2018	Journal of Adolescent & Adult Literacy	Flores	Univ Texas Austin	EE. UU.	Inglés
WOS	2016	Dongainmunhak	Kim			Inglés
WOS	2016	International Journal of Knowledge and Learning	Kim	Pai Chai Univ	Corea del Sur	Inglés
Scopus	2016	New Writing	Jaillant	Univ Loughborough	Inglaterra	Inglés
WOS	2016	Papeles de trabajo-Centro de Estudios Interdisciplinarios en Etnolingüística y Antropología Social-Cultural	Labarthe y Vásquez	Universidad Autónoma de Chile	Chile	Español
WOS	2016	English in Education	Monk	Latymer Upper Sch	Inglaterra	Inglés
Scopus	2016	English in Australia	Ngo	Univ New England	Australia	Inglés
Scopus	2016	Journal of Curriculum and Pedagogy	Truman	University of Toronto	Canadá	Inglés
WOS	2016	English in Education	Wood	Univ Huddersfield	Inglaterra	Inglés
Scopus						

Fuente: Elaboración propia



Artículos no pertinentes

Un total de 321 artículos han sido excluidos por no ser pertinentes. Ello ha respondido a los siguientes motivos: orientar la escritura creativa al aprendizaje de nuevos idiomas; analizar la escritura creativa entre docentes; utilizar ejercicios de escritura creativa vinculados a la lectura previa de textos literarios; analizar programas fuera de la educación reglada (en personas mayores que padecen algún tipo de demencia); desarrollar el pensamiento creativo, en lugar de la escritura creativa; abordar el hecho de que, utilizar otras herramientas, como la tecnología mejora la escritura creativa (objeto indirecto); abordar diferentes conceptos (escritura creativa y la expresión oral (narrativa)) generando esto confusión en la interpretación de los resultados.

No presentan fidelidad a la pregunta de investigación

En la colección de artículos recogidos en la revisión se han excluido un gran número de ellos por no dar respuesta a la pregunta de investigación. Uno de los principales motivos de exclusión es que los autores trabajaban con muestras de niños o adolescentes en edad escolar. Este colectivo se alejaba de la muestra de estudiantes universitarios que daría respuesta a la pregunta de investigación. Debido a este criterio se han excluido un total de 14 artículos. Más concretamente, Alfonso et al. (2019) realizaron una investigación a 400 estudiantes que participaron en un programa de mejora de creatividad. El programa resultó efectivo a la hora de abordar problemas sin temor, potenciar las relaciones sociales y fomentar el desarrollo de la inteligencia. Ahn y Choi (2016) también trabajaron con el desarrollo de una herramienta que resultaron efectivas para mejorar el pensamiento positivo y la confianza en niños. Göçen (2019) empleó un diseño experimental pre y postest de intervención grupal para explorar los efectos de actividades de escritura creativa sobre los logros, actitudes y motivación para aprender su lengua materna en una muestra de 630 alumnos escolares que les permitió obtener resultados positivos en motivación y actitud. Guzman y Bermúdez (2019) presentaron un artículo para potenciar la enseñanza de la escritura de invención como proceso creativo a través del diseño de investigación acción en las aulas infantiles. Ho y Hansung (2017) presentaron un artículo sobre el uso del arte, la literatura, la música como parte de pedagogía creativa para fomentar la empatía y la expresión emocional en niños. Del mismo modo, Humphrey y Feez (2016); Vitalaki et al. (2018); Isçi et al. (2020); Kim (2017); Labarthe y Vásquez (2016); Monk (2016) presentan modelos, talleres y programas eficaces basados en la escritura creativa pero todos ellos adaptados a estudiantes de primaria. Johnson y Sullivan (2020), Truman (2016), Wood (2016) y Kim (2017) centraron sus estudios en una muestra de estudiantes de secundaria. Otro artículo descartado fue el de Nariz et al. (2019) los cuáles trabajaron con una muestra de 5 estudiantes de primaria con el objetivo identificar la eficacia de un programa para ayudar a los profesores a mejorar las habilidades de escritura creativa de los estudiantes.

Otro de los motivos de exclusión es debido a que los artículos trabajan sobre estudiantes de disciplinas distintas a las de ciencias sociales o ciencias de la salud. Los participantes del estudio de Ahmadi (2019); Cardell y Douglas (2018); Cope (2017) pertenecían al departamento de Lengua y Literatura. Couto-Cantero y Bodadilla-Perez (2018); Mohammed (2019); Venuta (2020) y Kim (2016), se basó en estudios ingleses. Por su parte,



Ibekwe (2018) centra su trabajo en estudiantes de comunicación, mientras que Milicevic et al. (2020) y Taylor y Jordan-Baker (2019) lo hacen en estudiantes de bellas artes. En el caso de Howe y Van Wig (2017) y Maldonado et al. (2017) se centra en estudiantes de forma más genérica, sin concretar el ámbito social o sanitario.

En el caso de los artículos de Ang kai Lee (2018) se centra en una muestra de personas con discapacidad y Tambunan et al. (2019), Bennet-Rappell y Northcote (2016), y Ngo (2016) usan muestra de estudiantes con altas capacidades. Ambos tipos de muestra difieren del colectivo objeto de nuestra investigación.

Los artículos de Holland-Batt y Jeffery (2020), Jae (2019), Bueno (2018), Galaktionova y Mokshina (2017), Jaillant (2016) y León (2020) tienen un carácter teórico y no se realiza investigación empírica con resultados concretos. Otros cinco artículos han sido excluidos por centrarse en el uso de nuevas tecnologías, no relacionándose con la pregunta concreta de investigación. En este caso se encuentran los artículos de Mendelowitz y Lazar (2020), Skains (2019), Al-Rubaie et al. (2018), Brox (2017) y Enguix (2016), Mumpuni y Nurpratiwiningsih (2018).

Otros dos artículos fueron descartados por centrarse más en una rama narrativa de la literatura, ejemplo el artículo de Carrillo y Feijoo (2020) que analiza textos narrativos de ficción juvenil para reforzar el rol familiar como elemento de bienestar. En el caso de Price (2019) se propone un artículo que diferencia la función retórica de la escritura y la creatividad y a través de ellas cuestiona las prácticas pedagógicas.

Un total de tres artículos han sido descartados por centrarse en análisis de tipo social. Este es el caso del artículo de Flores (2018) el cual propone un taller para jóvenes con la intención de darles voz para cambiar la sociedad. El artículo de Hajj (2018) usa la escritura creativa como medio para combatir el discurso dominante en un entorno de postconflicto de la guerra del Líbano. En el caso de Evans (2016) se hace uso de la escritura creativa para explorar aspectos fundamentales de responsabilidad social y ambiental.

Dos artículos fueron desestimados por centrarse en la implementación de programas alejados del contexto de estudio, el artículo de Kareem et al. (2019) que usa la estrategia FOCUS en el desarrollo de hábitos mentales en estudiante jóvenes, y el artículo es de Skains (2019) que opta por un enfoque etnográfico a través del diseño de un programa para estimular a los estudiantes a experimentar con la ficción digital.

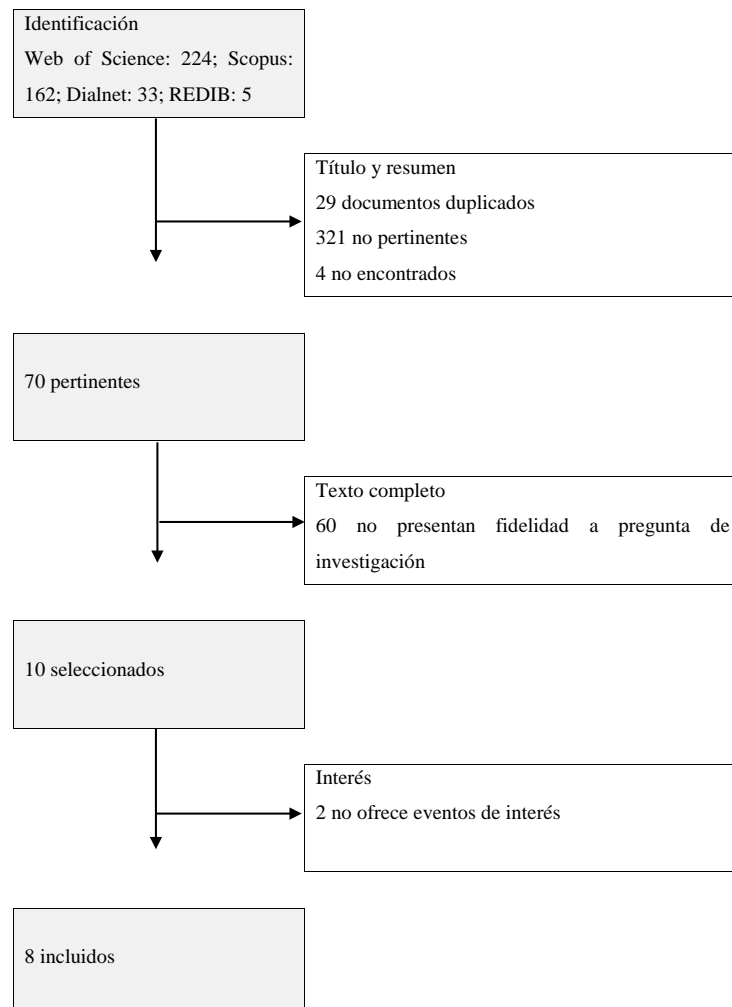
Varios artículos ofrecen información relevante sobre la escritura creativa, pero no responden la pregunta de investigación, ejemplo el artículo de Millan (2020) que analiza la discusión de género a partir de historias de fantasía y ficción, y el de Silverberg (2019) que centrándose en el análisis de la experiencia de un taller de escritura creativa en enfermeras de china a través de un análisis cualitativo sin centrarse en describir la eficacia del uso de la escritura en estas estudiantes. En el caso del artículo de Zedelius et al. (2019) el foco del estudio se centra en determinar si la creatividad puede analizarse de forma sistemática y objetivo sin ir más lejos en la utilidad de esta práctica. Hellstén y Perotto (2017) por su parte se centraron en explorar los relatos de investigación académica autoetnográfica sobre el desplazamiento geográfico, las subjetividades producidas en los espacios académicos internacionales y sus nuevas improntas epistemológicas en la transición doctoral

internacional. Montenegro y Ribeiro (2019) se centran en el uso de la poesía y la escritura narrativa para reducir el analfabetismo.

Artículos que no presentan eventos de interés

Saffran (2017) exploró la escritura creativa dentro del ámbito sanitario, especialmente en VIH, a través de la flexibilidad mental, imaginación e intensidad de las personas, argumentando la necesidad de explorar la emoción en la vida de los profesionales. Por otra parte, McWillins (2017) defendió en un artículo teórico, que la escritura creativa permite a los estudiantes considerar la política desde múltiples perspectivas, y favorece la expansión de sus habilidades comunicativas, aunque no presentan resultados empíricos.

Figura 1. Diagrama de flujo.



Fuente: Elaboración propia.



Análisis de la extracción de datos

Comprende, por un lado, el análisis bibliométrico sobre la producción científica que ha sido recuperada y, por otro lado, el análisis crítico de los artículos incluidos en la revisión sistemática exploratoria.

Análisis bibliométrico

El análisis bibliométrico sobre los artículos que han sido incluidos (Tabla 2), ha permitido visualizar la producción científica efectuada sobre la pregunta de estudio.

En este sentido, cabe la necesidad de destacar la presencia de Web of Science y Scopus. Ambas bases de datos han recogido 8 de los 10 artículos que han sido incluidos. Tomando entre el año 2016 y 2020, cabe destacar que, 2017 y 2019, fueron los años con mayor producción científica, con 3 artículos publicados, respectivamente. Entre las principales revistas que han publicado artículos sobre el objeto de estudio, cabe señalar *Academic Medicine*, con 2 publicaciones efectuadas al respecto. EE. UU. e Inglaterra, han sido los países que más publicaciones han acumulado (2), respectivamente. La predominancia de los países anglosajones se ha visto reflejada en el número de artículos publicados en lengua inglesa: 9 de los 10 artículos que han sido incluidos.

Análisis crítico de los artículos incluidos

Sobre el total de 391 documentos que han sido analizados, 321 artículos no han sido considerados pertinentes después de llevar a cabo un primer análisis del título, resumen y palabras clave; 60 no han demostrado fidelidad a la pregunta de investigación y 2 no ha manifestado eventos de interés después de revisar los artículos en texto completo. Ello se traduce en la inclusión de 8 artículos que han efectuado un estudio basado en la revisión bibliográfica; la investigación empírica o; la propuesta de un método de intervención.

Los resultados apuntan que la investigación en MN está circunscrita principalmente en entornos concretos (EE. UU., medicina), y es predominantemente cualitativa. Son de diseño mixto, mayoritariamente aplicadas en grupo. Aunque la investigación de tipo cuantitativo no arroja resultados concluyentes del impacto de su aplicación, parece su uso prometedor en la formación de estos estudiantes.

Entre los artículos seleccionados se destaca el de Burlingame (2019), abogando por un enfoque renovado en la enseñanza de la escritura a través de un método cualitativo en el ámbito de las ciencias sociales. Uso ejemplos de escritura, estrategias de enseñanza, prácticas y reflexiones sobre la escritura como método. Los resultados de la investigación sugirieron la importancia del uso de la escritura creativa y reflexiva en los primeros años de educación universitaria, para darles a los estudiantes estrategias para fomentar sus voces narrativas. Por su parte Campbell et al. (2020) llevaron a cabo unos seminarios semestrales especialmente diseñados para estudiantes de tercer curso de medicina, con la intención de trabajar la escritura reflexiva y la reflexión grupal. La mayor parte de los participantes declaró que este tipo de trabajo les ayudó a reflexionar con más claridad sobre los



encuentros clínicos y los resultados fueron especialmente positivos. Charon et al. (2016) defienden que la escritura creativa es útil en la formación de los médicos para proporcionar atención clínica atenta y empática. La “guía de lectura”, una herramienta pedagógica, les ofrece ayuda para potenciar ciertas habilidades dentro del ámbito sanitario.

Otro artículo clave fue el de Cronin y Hawthorne (2019), los cuales realizaron una investigación de carácter cualitativo en la que observaron cómo las actividades de escritura pueden ayudar a los estudiantes del ámbito de la salud a desarrollar sus habilidades de escritura y reflexión. La mayor parte de los estudiantes valoraron la oportunidad de expresar sus emociones y experiencias más libremente en ambientes tan complejos como pueden ser los hospitalarios. Los resultados fueron exitosos en cuanto a la expresión de emociones y manejo de situaciones clínicas.

La investigación de Healey (2017) exploró los aspectos emocionales del aprendizaje con un grupo de siete estudiantes de tercer año de ciencias sociales, a través del uso de metodología cualitativa basada en artes creativas. El investigador facilitó grupos de escritura creativa en los que los estudiantes produjeron historias y poemas sobre experiencias. Los hallazgos revelaron el papel de la gestión de las emociones en el discurso de profesionalismo en el ámbito socio sanitario. Los resultados destacan que aprender a actuar como profesional implica gestionar emocionalmente de manera eficaz como una “tecnología del yo”.

Hussein et al. (2020) realizaron un trabajo cuasi experimental en alumnado de educación, con el objetivo de conocer la efectividad de los diarios reflexivos en la línea de la escritura creativa, obteniendo un efecto positivo en originalidad, flexibilidad, fluidez y elaboración.

Lazarus et al. (2017) presentaron un artículo sobre las experiencias de estudiantes de medicina en tareas relacionadas con sus primeras experiencias en la disección de cadáveres. La intención era conocer las primeras experiencias como médicos frente de situaciones complejas. Los diarios reflexivos permitieron expresarse de manera abierta y creativa a la vez que integraban conocimientos teóricos y clínicos en un espacio seguro.

Por último, Melao (2019) realizó una investigación de tipo cualitativo en estudiantes de escritura creativa con el objetivo de identificar y caracterizar las prácticas de lectura y escritura e investigar el fomento en el desarrollo profesional, aportando datos prácticos de la utilidad en términos curriculares y actitudinales en universitarios del ámbito de las ciencias sociales.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Atendiendo al objetivo y la pregunta de investigación formulada, y tras la realización de esta revisión sistemática exploratoria, se puede concluir que:

- La formación basada en la escritura creativa genera un proceso de transformación en el aprendizaje facilitando la reflexión, mejora las habilidades comunicativas, proporciona expresión emocional, integra conocimientos teóricos y clínicos fomentando la originalidad, flexibilidad, fluidez y elaboración por parte de los estudiantes universitarios.



- Se trabajan destrezas del lenguaje, creatividad, espontaneidad y expresión emocional, ayudando a nivel psicológico a construir una historia, reflexionar, ordenar el pensamiento, y expresar y regular emociones además de fomentar la empatía.
- Permite la construcción de significado promoviendo la construcción de la identidad profesional, y reflexionar sobre profesionalismo.
- Promueve un manejo holístico en el proceso asistencial dirigido a un modelo centrado en el paciente.

Los principales resultados ofrecen datos prácticos de utilidad en términos curriculares y actitudinales. Además, contribuye a reforzar su importancia y sus beneficios en términos de aprendizaje, así como beneficios a nivel académico y personal.

Como limitación, son pocos los hallazgos de tipo cuantitativo del uso de la escritura creativa y se desconoce el impacto de los resultados en estudiantes de ciencias de la salud y sociales. Es necesaria más investigación primaria en formación con MN, como un nuevo paradigma, con un enfoque en elementos de las Humanidades, Ciencias Sociales y la literatura, centrada en implementar la humanidad en atención socio sanitaria.

Por otro lado, sería útil profundizar en otras formas de aplicación como el arte, la literatura, el cine, el cómic o la propia narrativa del paciente. Por último, hay que destacar que resulta una oportunidad poder realizar estas prácticas en el aula para proporcionar una formación integral y holística dirigida a una relación clínica eficaz. En futuras investigaciones sería interesante conocer cuál es el impacto de la formación de los profesionales en los pacientes y otros participantes.

BIBLIOGRAFÍA

- Afonso, M., González, G., & Valdés, E. (2019). Investigation of school students' creativity in writing. *Dialógica*, 16 (2), 1-10.
- Ahmadi, A. (2019). Teachers as psychologist: Experience in beginner level of creative writing classes using behavior modification. *International Journal of Learning, Teaching and Educational Research*, 18 (12), 101-115. 10.16803/ijlter.18.12.7
- Ahn, H., & Choi, Y. (2016). Utilizing augmented reality for creative writing educational contents and story-retelling. *International Journal of Multimedia and Ubiquitous Engineering*, 11 (12), 71-82. 10.14257/ijmue.2016.11.12.07
- Al-Rubaie, M. T. K., Al-Arnousi, D. A. H., & Al-Rubaie, M. S. N (2018). Building a proposed educational program based on the skills of close and backward thinking in the creative writing of the fifth literary students. *Indian Journal of Public Health Research and Development*, 9 (12), 858-860. 10.5958/0976-5506.2018.01954.X
- Ang Kai Lee, A. (2018). The Development of Higher Order Thinking Skills in Students with Mild Intellectual Disabilities. *Asia-Pacific Journal of Intellectual Disabilities*, 5 (1), 31-43.



- Babayigit, O. (2019). Examining the effect of creative writing activities on reading, writing and language lesson attitudes of elementary school fourth grade students. *European Journal of Educational Research*, 8 (1), 213-220. 10.12973/eu-jer.8.1.213
- Bennett-Rappell, H. & Northcote, M. (2016). Underachieving gifted students: Two case studies. *Issues in Educational Research*, 26 (3), 407-430.
- Brox, H. (2017). What's in a wiki? Issues of agency in light of student teachers' encounters with wiki technology. *Nordic Journal of Digital Literacy*, 12 (4), 129-142. 10.18261/ISSN.1891-943X-2017-04-03
- Bueno, B. (2018). Creative Writing in Brazil: personal notes on a process. *New Writing-The International Journal for the Practice and Theory of Creative Writing*, 15 (2), 140-147. 10.1080/14790726.2017.1418385
- Burlingame, K. (2019). Where are the storytellers? A quest to (re)enchant geography through writing as method. *Journal of Geography in Higher Education*, 43 (1), 56-70. 10.1080/03098265.2018.1554630
- Campbell, B., Treat, R., Johnson, B., & Derse, A. R. (2020). Creating Reflective Space for Reflective and "Unreflective" Medical Students: Exploring Seminal Moments in a Large-Group Writing Session. *Academic Medicine*, 95 (6), 882-887. 10.1097/ACM.0000000000003241
- Cardell, K., & Douglas, K. (2018). Why literature students should practise life writing. *Arts and Humanities in Higher Education*, 17 (2), 204-221. 10.1177/1474022216635825
- Carrillo, J., y Feijoo, B. (2020). Apropiación de la producción audiovisual en la escritura creativa de universitarios chilenos y su representación de la familia. *Comunicación y Medios*, 29 (41), 144-157. 10.5354/0719-1529.2020.56480
- Charon, R., Hermann, N., & Devlin, M. J. (2016). Close Reading and Creative Writing in Clinical Education: Teaching Attention, Representation, and Affiliation. *Academic Medicine*, 91 (3), 345-350. 10.1097/ACM.0000000000000827
- Cope, S. (2017). Outside the box: Incorporating high stakes creative writing assignments into non-major literature courses, a case study. *Writing & Pedagogy*, 9 (2), 353-367. 10.1558/wap.29618
- Couto-Cantero, P., & Bobadilla-Pérez, M. (2018). International Literary Contest. Creative Writing as a Resource for Innovation in the Foreign Language Classroom. *Guiniguada*, 27, 35-45.
- Cronin, C., & Hawthorne, C. (2019). 'Poetry in motion' a place in the classroom: Using poetry to develop writing confidence and reflective skills. *Nurse Education Today*, 76, 73-77. 10.1016/j.nedt.2019.01.026
- Dojin, C. (2018). Writing Competencies and Performing Ability of Pre-service Early Childhood Teachers: The Effect of News Applied on RAFT-based Creative Writing. *The Korea Association of Child Care and Education*, 112, 1-22. 10.37918/kce.2018.09.112.1
- El Hajj, S. (2018). Rewriting Home: A Life Writing Study in Post-Postwar Lebanon. *Life Writing*, 15 (2), 255-272. 10.1080/14484528.2017.1396525
- Enguix, R. (2016). Microrrelatos en la red. Desarrollando la escritura creativa a través de Twitter en la clase de E/LE. *Foro de Profesores de E/LE*, 12. <http://dx.doi.org/10.7203/foro-ele.1.9169>



- Evans, S. (2016). Creative accounting: using creative writing to teach accounting principles. *New Writing-The International Journal for the Practice and Theory of Creative Writing*, 13 (2), 281-290. 10.1080/14790726.2016.1145696
- Flores, T. (2018). Breaking Silence and Amplifying Voices: Youths Writing and Performing Their Worlds. *Journal of Adolescent & Adult Literacy*, 61 (6), 653-661. 10.1002/jaal.733
- Galaktionova, T., & Mokshina, Y. (2017). Educational and entertainment space online communities as a resource for the development of media literacy modern students. *Mediaobrazovanie-Media Education*, 4, 47-61.
- Gallagher, S. (2012). Empathy, simulation, and narrative. *Science in Context*, 25 (3), 355-381.
- Gardiner, P., & Anderson, M. (2018). Structured creative processes in learning playwriting: invoking imaginative pedagogies. *Cambridge Journal of Education*, 48 (2), 177-196. 10.1080/0305764X.2016.1267710
- Göçen, G. (2019). The effect of creative writing activities on elementary school students' creative writing achievement, writing attitude and motivation. *Journal of Language and Linguistic Studies*, 15 (3), 1032-1044. 10.17263/jlls.631547
- Guzmán, B., & Bermúdez, J. P. (2019). Escritura creativa en la escuela. *Infancias Imágenes*, 18 (1), 80-94. 10.14483/16579089.12263
- Hardy, C. (2017). Empathizing with patients: the role of interaction and narratives in providing better patient care. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 20(2), 237-248. 10.1007/s11019-016-9746-x
- Healey, J. (2017). Emotion management and occupational therapy student learning on placement: A post-structuralist exploration. *British Journal of Occupational Therapy*, 80 (11), 676-683. 10.1177/0308022617710117
- Hellstén, M., & Perotto, U. (2017). Re-thinking internationalization as social curriculum for generative supervision: Letters from the international community of scholars. *European Journal of Higher Education*, 8 (1), 36-51. 10.1080/21568235.2017.1381568
- Ho, M. J., & Han-sung, J. (2017). Explore the direction of increase creativity of Learner in the creative writing education-Focusing on Pilot Project of Literary creative writing field in the school culture and arts education. *Field Studies in Korean Language Education*, 11 (1), 201-227.
- Holland-Batt, S., & Jeffery, E. (2020). Debate, discourse and productive disagreement: interrogating the performative dimensions of authorship in the creative writing classroom. *New Writing-The International Journal for the Practice and Theory of Creative Writing*. 10.1080/14790726.2020.1788103
- Howe, L., & Van Wig, A. (2017). Metacognition via creative writing: dynamic theories of learning support habits of the mind in 21st century classrooms. *Journal of Poetry Therapy*, 30 (3), 139-152. 10.1080/08893675.2017.1328830
- Humphrey, S., & Feez, S. (2016). Direct instruction fit for purpose: applying a metalinguistic toolkit to enhance creative writing in the early secondary years. , 39 (3), 207-219.
- Hussein, H., Al Jamal, D. & Sadi, I. (2020). Students' reflective journals and creative writing in EFL. *Universal Journal of Educational Research*, 8 (8), 3484-3495. 10.13189/ujer.2020.080823



- Ibekwe-San Juan, F. (2018). Combining an arts-informed and textual approach to teaching information and communication theories. *Education for Information*, 34 (1), 39-53. 10.3233/EFI.189005
- Isçi, C., Kirmizi, F. S., & Akkaya, N. (2020). Evaluation of creative writing products according to content and some variables. *Elementary Education Online*, 19 (2), 718-732. 10.17051/ilkonline.2020.639207
- Jae, K. M. (2019). Collaborative writing class module to encourage creative writing-A Case Study of making >Mind Dictionary<: Cooperative writing through comparison of words and utilization of examples. *Korean Journal of General Education*, 13 (4), 279-304.
- Jaillant, L. (2016). Myth maker: Malcolm Bradbury and the creation of creative writing at UEA. *New Writing-The International Journal for the Practice and Theory of Creative Writing*, 13 (3), 350-367. 10.1080/14790726.2016.1192196
- Johnson, L. P. & Sullivan, H. (2020). Revealing the Human and the Writer: The Promise of a Humanizing Writing Pedagogy for Black Students. *Research in the Teaching of English*, 54 (4), 418-438.
- Kareem, H. H., Dehham, S. H., & Al-Wahid. M. A. (2019). The impact of teaching the creative writing by FOCUS strategy to develop. *Indian Journal of Public Health Research and Development*, 10 (6), 876-880. 10.5958/0976-5506.2019.01390.1
- Kim, H. (2016). A study on problem-solving writing instruction model with the use of big data. *International Journal of Knowledge and Learning*, 11 (2-3), 156-165. 10.1504/IJKL.2016.079755
- Kim, K. (2016). A Study on College Students' Perceptions and Reform of Concepts and Goals of Creative Writing. *Dongainmunhak*, 36, 93-127.
- Kim, K. (2017). Students' Perceptions of Creative Writing Variables in College Lecture Rooms. *Korean Journal of General Education*, 11 (1), 241-276.
- Labarthe, J. T., & Vásquez, L. H. (2016). Potenciando la creatividad humana: taller de escritura creativa. *Papeles de trabajo-Centro de Estudios Interdisciplinarios en Etnolingüística y Antropología Socio-Cultural*, 31, 19-37.
- Lazarus, L., Sookrajh, R. & Satyapal, K. S. (2017). Reflective journals: unmasking student perceptions of anatomical education. *Folia Morphologica*, 76 (3), 506-518. 10.5603/FM.a2017.0019
- León, P. M. (2020). Literacy education and narrative construction of identities through the literature of self and other. *Tonos Digital*, 38.
- Maldonado, B., Prados, M. E., & Márquez, M. J. (2017). Reescribir el cuerpo educado. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD. Revista de Psicología*, 3 (1), 377-386. 10.17060/ijodaep.2017.n1.v3.1005
- McWilliams, S. (2017). Creative Writing and the Study of Politics. *PS-Political Science & Politics*, 50 (4), 1094-1098. 10.1017/S1049096517001275
- Mendelowitz, B., & Lazar, K. (2020). "Even if it's my story it can have your touch": using dialogic processes as an entry point to a culturally responsive writing pedagogy. *English in Education*, 54 (1), 27-40. 10.1080/04250494.2019.1668721
- Melao, D. H. (2019). Reading and writing in higher education: reconstructing pathways to "academic literacies". *Letras de Hoje-Estudos e Debates em Linguística Literatura e Língua Portuguesa*, 54 (2), 172-180. 10.15448/1984-7726.2019.2.32505



- Milicevic, A., Woolfe, S., Blazely, A., Lenroot, R., & Sewell, S. (2020). Enhancing creativity through seven stages of transformation in a graduate level writing course-A mixed method study. *Thinking Skills and Creativity*, 38. 10.1016/j.tsc.2020.100712
- Millán, C. (2020). Inventando la Heroína de las Mil Caras. *El Guiniguada*, 29, 18-29.
- Mohammed, F. (2019). Creative Writing from Theory to Practice: Multi-Tasks for Developing Majmaah University Students' Creative Writing Competence. *Arab World English Journal*, 10 (3), 233-249. 10.24093/awej/vol10no3.16
- Monk, J. (2016). Revealing the Iceberg: Creative Writing, Process & Deliberate Practice. *English in Education*, 50 (2), 95-115. 10.1111/eie.12091
- Montenegro, M. C., & Ribeiro, O. M. (2019). Writing poetry and enhancing writing skills. Theoretical contributions for the teacher's practice in the classroom. *Contextos: Estudios de humanidades y ciencias sociales*, 44.
- Mumpuni, A., & Nurpratiwiningsih, D. L. (2018). The development of a web-based learning to improve of a creative writing ability of pgsd students. *Cakrawala Pendidikan*, 37 (2), 321-332. 10.21831/cp.v37i2.20009
- Nazir, F., Jano, Z., Omar, N., & Kamarudin, N. S. (2019). Utilizing cerlis model in improving creative writing skills. *International Journal of Recent Technology and Engineering*, 8 (2), 696-700. 10.35940/ijrte.B1111.0982S1119
- Ngo, T. (2016). Developing a differentiated model for the teaching of creative writing to high performing students. *English in Australia*, 51 (2), 63-73.
- Price, K. (2019). The writing teacher: rethinking assessment and transformative learning in the creative writing classroom. *New Writing-The International Journal for the Practice and Theory of Creative Writing*. 10.1080/14790726.2019.1699577
- Saffran, L. (2017). Emotional Life: Exploring Contradictions in Health Behavior Through Creative Writing in Public Health Education. *Academic Medicine*, 92 (9), 1234-1235. 10.1097/ACM.0000000000001827
- 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 (Edición digital)*, 22(52). 10.14198/cuid.2018.52.01
- Siles, J. (2020). De pandemias, sentimientos y enfermería. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 24(56). 10.14198/cuid.2020.56.01
- Siles, J. & Solano, C. (2019). La enfermería basada en la narrativa, la poesía de los cuidados y la sociopoética como instrumentos de humanización y calidad de los cuidados. En: Siles, J., y Solano, C. (Eds.) *Pensamiento crítico, autoevaluación y estética en la práctica clínica de enfermería. Una aportación desde la antropología educativa*. Barcelona: Octaedro, pp.25-28
- Silva, O., Alves, E. D., & Rodrigues, M.C.S. (2014) Creativity in higher education of nursing – from the theoretical concepts to the pedagogical. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)* 18, 40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.40.05>
- Silverberg, M. (2019). Relief: Observations on Creative Nonfiction as Pedagogy. *Learning Landscapes*, 12 (1), 249-258.



- Skains, R. L. (2017). The Adaptive Process of Multimodal Composition: How Developing Tacit Knowledge of Digital Tools Affects Creative Writing. *Computers and Composition*, 43 (1), 106-117. 10.1016/j.compcom.2016.11.009
- Skains, R. L. (2019). Teaching digital fiction: integrating experimental writing and current technologies. *Plagave Communications*, 5 (1). 10.1057/s41599-019-0223-z
- Tambunan, A. R. S., Silalahi, V., Andayani, W., Rasmitadila, F., & Lubis, F. K. (2019). Indonesian EFL students' errors in writing the narrative text: A study of high achiever students (HAS). *International Journal of Scientific and Technology Research*, 8 (9), 2252-2254.
- Taylor, R., X. & Jordan, Baker, C. (2019). 'Fictional Biographies': creative writing and the archive. *Archives and Records*, 40 (2), 198-212. 10.1080/23257962.2017.1419944
- Truman, S. E. (2016). Becoming more than it never (actually) was: Expressive writing as research-creation. *Journal of Curriculum and Pedagogy*, 13 (2), 136-143. 10.1080/15505170.2016.1150226
- Venuta, P. (2020). Writing the Wrong in the ELA Classroom: The Role of Performance Through *Creative Writing*. *Learning Landscapes*, 13 (1), 237-248. 10.36510/learnland.v13i1.1017
- Vitalaki, E., Kourkoutas, E., & Hart, A. (2018). Building inclusion and resilience in students with and without SEN through the implementation of narrative speech, role play and creative writing in the mainstream classroom of primary education. *International Journal of Inclusive Education*, 22 (12), 1306-1319. 10.1080/13603116.2018.1427150
- Wood, A. B. (2016). Along the Write Lines: a case study exploring activities to enable creative writing in a secondary English classroom. *English in Education*, 50 (2), 130-147. 10.1111/eie.12099
- Yoder, E. (2010). Compassion fatigue in nurses. *Applied Nursing Research: ANR*, 23(4), 191-197. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2008.09.003>
- Zedelius, C. M., Mills, C., & Schooler, J. W. (2019). Beyond subjective judgments: Predicting evaluations of creative writing from computational linguistic features. *Behavior Research Methods*, 51 (2), 879-894. 10.3758/s13428-018-1137-1



HISTORIA

Una propuesta de interpretación de la cruz en la arquitectura doméstica como simbología de hospitalidad

A proposal for the interpretation of the cross in domestic architecture as a symbol of hospitality

Uma proposta de interpretação da cruz na arquitetura doméstica como símbolo de hospitalidade

¹*Manuel Ferreiro Ardións

¹ Doctor en Geografía e Historia, Grado en Enfermería. Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU), Facultad de Medicina y Enfermería, Departamento de Enfermería. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6439-709X>; Correo electrónico: manuel.ferreiro@ehu.eus

* **Correspondencia:** Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU). Facultad de Medicina y Enfermería - Sección Enfermería. Campus de Leioa (Bizkaia). Bº Sarriena s/n. 48940 Leioa (Bizkaia).

Cómo citar este artículo: Ferreiro-Ardións, M. (2023). Una propuesta de interpretación de la cruz en la arquitectura doméstica como simbología de hospitalidad. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(65). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.65.07>

Received: 11/10/2022
Accepted: 12/01/2023.



Copyright: © 2023. Remitido por los autores para publicación en acceso abierto bajo los términos y condiciones de Creative Commons Attribution (CC/BY) license.

Abstract: The finding on 32 rural historic hospitals in Álava (Spain) of 10 with a sculpted cross on their entrances suggests a potential meaning of hospitality that is not evident in the literature. In order to determine this possible association, an exhaustive search for crosses on the entrances of domestic architecture in the province was carried out, finding 53 that met the inclusion and exclusion criteria. Distributed throughout the province, 48 are professionally made and 5 are elaborate incisions. 36 are unique crosses per locality, questioning dominant magical-religious interpretations in anthropology and ethnography. Thirty-seven (69.8%) are found in localities that had a hospital, although in only 10 cases is there a documented cross-hospital correspondence, and in 3 probably. The Road to Santiago, fundamental in the development of hospitals, is better represented from the analysis of the crosses than from the hospitals. Although no two crosses are the same, 50 are Latin Calvary crosses and at least 14 have their arms marked (Trinity), making it possible to make biblical readings of these characteristics relating them to hospitality. Although the association between crosses and hospitality is established, several limitations in the search and analysis do not allow us to be conclusive, requiring comparative studies in other regions.

Keywords: Cross; hospitality; historical hospital; domestic architecture; Álava (Spain).

Resumen: El hallazgo sobre 32 hospitales históricos rurales en Álava (España) de 10 con una cruz esculpida en sus accesos sugiere un potencial significado de hospitalidad que no se evidencia en la bibliografía.



A fin de determinar esta posible asociación, se realizó una búsqueda exhaustiva de cruces en accesos de arquitectura doméstica de la provincia hallando 53 que cumplían los criterios de inclusión y exclusión. Distribuidas por toda la geografía provincial, 48 son de factura profesional y 5 son incisiones elaboradas. 36 son cruces únicas por localidad, cuestionando interpretaciones mágico-religiosas dominantes en la antropología y etnografía. Treinta y siete (69,8%) se encuentran en localidades que tuvieron hospital, si bien solo en 10 casos hay correspondencia cruz-hospital documentada y en 3 probablemente. El Camino a Santiago, fundamental en el desarrollo hospitalario, queda mejor representado desde el análisis de las cruces que desde los hospitales. Aunque no hay dos cruces iguales, 50 son latinas de calvario y al menos 14 presentan sus brazos remarcados (Trinidad), pudiéndose hacer lecturas bíblicas de estas características relacionándolas con la hospitalidad. Aunque queda establecida la asociación entre cruces y hospitalidad, diversas limitaciones en la búsqueda y el análisis no permiten ser concluyentes, requiriéndose de estudios comparados en otras regiones.

Palabras clave: Cruz; hospitalidad; hospital histórico; arquitectura doméstica; Álava.

Resumo: A descoberta em 32 hospitais históricos rurais em Álava (Espanha) de 10 com uma cruz esculpida nas suas entradas sugere um significado potencial de hospitalidade que não é evidente na literatura. A fim de determinar esta possível associação, foi realizada uma busca exaustiva de cruces nas entradas da arquitectura doméstica na província, encontrando 53 que preenchem os critérios de inclusão e exclusão. Distribuídas por toda a província, 48 são feitas profissionalmente e 5 são incisões elaboradas. 36 são cruces únicas por localidade, questionando as interpretações mágico-religiosas dominantes em antropologia e etnografia. Trinta e sete (69,8%) encontram-se em localidades que tiveram um hospital, embora em apenas 10 casos exista uma correspondência inter-hospitalar documentada, e em 3 provavelmente. O Caminho de Santiago, fundamental no desenvolvimento dos hospitais, é melhor representado a partir da análise das cruces do que a partir dos hospitais. Embora não haja duas cruces iguais, 50 são cruces do Calvário Latino e pelo menos 14 têm os braços marcados (Trindade), o que permite fazer leituras bíblicas destas características relacionando-as com a hospitalidade. Embora a associação entre cruces e hospitalidade seja estabelecida, várias limitações na pesquisa e análise não nos permitem ser conclusivos, exigindo estudos comparativos noutras regiões.

Palavras-chave: Cruz; hospitalidade; hospital histórico; arquitetura doméstica; Álava (Espanha).

INTRODUCCIÓN

A lo largo de 2020 se realizó en convenio de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU) con la Diputación Foral de Álava un trabajo de campo destinado a recoger las evidencias documentales escritas y los vestigios materiales de los hospitales históricos de la provincia (Código OTRI UPV/EHU 2020.0098). Excluyendo los hospitales vinculados a las guerras carlistas y otros temporales que funcionaron solo durante algunos brotes epidémicos, se documentó la existencia de 118 hospitales o casas de hospitalidad hasta el año 1900. Aunque se ha logrado conocer la ubicación que tuvieron en 70 casos, solo quedan vestigios estructurales visibles y potencialmente originales de 49. Entre estos últimos, si se excluyen los vinculados a edificios religiosos (santuarios, monasterios, ermitas), las grandes instituciones (hospitales General y Militar, hospicio, asilo y manicomio



provincial) y las fundaciones caritativas del siglo XIX, 32 se corresponden con la idea del pequeño hospital rural o casa de hospitalidad con arquitectura de carácter doméstico. En estas 32 casas se encontró un elemento reiterativo, aunque no dominante (10 casos, un 31'25%), que podría sugerir una marca identificativa de aquellos hospitales para su localización en los pueblos y aldeas por parte de los viandantes que los requirieran: una cruz esculpida situada en el dintel (5 casos, en Arbulo, Salinillas, Alegría, Zambrana y Lagrán), sobre él (1 caso, en Mendijur) o una jamba (3 casos, en Elvillar, Marieta y Ribabellosa) del acceso principal. La décima, en San Román, está reubicada sin conocerse su posición original. Excepto las tres en jambas, que son incisiones elaboradas, el resto tienen una factura profesional. 2 de las cruces están desaparecidas, pero se cuenta con imágenes (Mendijur) o testimonio oral (Lagrán).

Esta potencial asociación de cruces en accesos con la actividad hospitalaria no aparece referida en estudios similares de documentación del patrimonio hospitalario histórico de otras regiones españolas (Álvarez-Sierra, 1952; Becerro de Bengoa, 2019; Cabal, 1985; Gondra y Villanueva, 2008; Perona, 2009; Rubio y Ruiz, 2016; Sanz, 1998) o en trabajos que indirectamente abordan aspectos hospitalarios extensos, caso de los monumentales trabajos clásicos sobre el camino a Santiago (Huidobro, 1949-51; Vázquez, Lacarra y Uría, 1948-9), a pesar de que sí incluyen imágenes o mencionen su presencia a título descriptivo ornamental. Por el contrario, buena parte de estos textos y otros trabajos de temática hospitalaria histórica, sí hacen referencia a la simbología jacobea con afirmaciones del tipo: "Los hospitales y alberguerías situados en las ciudades, pueblos, lugares montañosos, paso de los Puertos de alguno de los trazados o rutas del Camino de Santiago eran fácilmente reconocidos por los signos que en ocasiones tenían sus fachadas (indicadores, conchas o enseñas de Santiago)" (Pérez de Castro, 2012:113). Sin embargo, en el trabajo de campo referido, a pesar de vincularse buena parte de aquellas casas de hospitalidad alavesas con rutas de peregrinaje a Santiago (Portilla, 1991), no se localizaron simbologías jacobeanas visibles en los vestigios de dichos hospitales, al contrario que en ermitas e iglesias donde sí son relativamente frecuentes en edificaciones góticas, pero no antes (románicas) ni después (renacentistas). La simbología jacobea en hospital más cercana a nuestro espacio está situada en la frontera navarra, en La Población (Lacarra, 1942), y es también de estilo gótico.

Realizando una búsqueda desde la arquitectura hospitalaria, los resultados para el entorno temporal moderno deparan fundamentalmente estudios, bien generales bien particulares, sobre grandes centros (los llamados hospitales mayores, generales o de curación) que suelen contener múltiples motivos ornamentales, o que incluso teniendo una cruz como símbolo preeminente (hospital de la Santa Cruz de Barcelona, por ejemplo), no permiten una comparación con las casas de hospitalidad rurales sobre las que parte la hipótesis que se señala. Y, si avanzamos hacia época contemporánea, invariablemente encontraremos la alusión a la cruz como símbolo asociado a todos los ámbitos sanitarios, incluidos los hospitales; sin embargo, esta identificación casi unívoca no guarda relación con el pasado hospitalario histórico, ya que se relaciona con la creación de la Cruz Roja en 1859, que adoptó la cruz de la bandera de Suiza (invirtiendo sus colores) interpretándose como signo de neutralidad y no de hospitalidad. Su éxito y popularización derivó en un amplio abanico de cruces que, en el caso de España, se relacionan, por ejemplo, con la azul del transferido INSALUD o la verde de las farmacias. Otra cruz contemporánea sería la



adopción de la cruz de malta por el cuerpo de Sanidad Militar a partir de 1931, aunque ya era utilizada previamente.

Si en lugar de realizar la búsqueda desde la arquitectura del mundo hospitalario se realiza desde la arquitectura doméstica o popular, se encuentra una abundante bibliografía con enfoques desde la arquitectura, el arte, la antropología y la etnografía que menciona o ilustra la presencia de cruces en estructuras habitacionales. En ellos, a pesar de que el predominio mayoritario es la mera descripción, sí se han encontrado algunas alusiones interpretativas de los potenciales significados de tales cruces (Calvo y López, 1994; Cerón, 2002; Cruz, 2009; Cruz, 2010; Cruz, 2012; De Begoña, 1986; García, 1988; Jerez, 2004; Padilla y Arco, 1986). Buena parte de los trabajos revisados, especialmente los provenientes desde la antropología y la etnografía, mezclan la presencia de cruces en diferentes ámbitos como casas (a su vez, en accesos, vanos, fachadas, hastiales, tejados, puertas o postigos), fuentes, caminos, cementerios, cuadras, pajares, cruceros, etc., sin distinción cronológica y de cualquier tipología (desde la meramente pintada o enlacada, pasando por la incisión más simple y burda, hasta la esculpida profesionalmente; o desde la perdurable pétreo al crucifijo móvil de madera pasando por las metálicas de enrejados, aldabas, tiradores o cerrojos) que dificultan notablemente acotar una posible interpretación relativamente unívoca. No obstante estas limitaciones, podría señalarse que respecto a las cruces vinculadas a accesos de estructuras habitacionales existen cuatro interpretaciones: la meramente ornamental (eludiendo toda posible interpretación); la eclesial (asociando o documentando su presencia con estructuras de uso religioso como ermitas, capillas o beaterios, por ejemplo); la de exaltación cristiana de sus moradores (bien por convicción o por disimulo, caso de los conversos); y, finalmente, la taumatúrgica (como protección de todo tipo de males).

Sin lugar a dudas, las dos últimas son las interpretaciones más repetidas (a menudo englobadas ambas como tema mágico-religioso) y, en consecuencia, las tomadas a su vez como referencia de auténtico significado antropológico, tal como se extrae de las investigaciones del autor más referenciado sobre el tema (Cruz, 2009; 2010; 2012) o de las conclusiones del congreso que sobre la cruz se realizó en Salamanca en 2007 (Blázquez, Borobio y Fernández, 2007). Sin embargo, estas interpretaciones antropológicas poseen a priori algunas inconsistencias con lo observado en el trabajo de campo del que se parte en este estudio:

- Si el objeto de esculpir una cruz en el lugar más visible de una vivienda tuviera que ver con el deseo de exhibir u ocultar unas creencias y, más aún, con el objeto de servir de “detente” frente al castigo divino, lo esperable sería encontrarnos con múltiples manifestaciones similares en todas y cada una de las localidades; sin embargo, al menos en el caso alavés y desde la perspectiva del trabajo referido de documentación hospitalaria, no es en absoluto apreciable ya que, sobre el total de las poblaciones con hospitales documentados, son relativamente pocas las que cuentan con dicha iconografía y donde aparece lo hace casi siempre en una única de las casas. Mientras, se ven con abundancia, como en el resto de la geografía española, los característicos detentes metálicos del Sagrado Corazón o, en algunas localidades, los “eguzkilorre” (Carlina acaulis o angélica) con el mismo fin protector.

- De la misma forma, si esculpir dichas cruces fuera una estrategia común entre los conversos o sus descendientes en una suerte de cripto-judaísmo, lo esperable sería una mayor concentración espacial y/o temporal en pueblos con mayor presencia de aquellas



comunidades o en momentos de persecución, lo que tampoco se aprecia en el caso alavés con los datos disponibles.

Por estos motivos se considera necesario contrastar la aparente relación entre cruces y hospitales, derivada del estudio de campo de estos últimos, mediante una búsqueda sistemática de cruces en la arquitectura doméstica alavesa y su análisis.

El objetivo general propuesto es determinar la asociación entre cruces en accesos de arquitectura doméstica y la hospitalidad.

METODOLOGÍA

Se propuso inicialmente un estudio de significancia estadística a partir de una recopilación exhaustiva de toda la simbología crucífera en Álava a partir de tres grupos de fuentes de datos: la visita personal a todas las localidades más el uso de la entrevista; el recurso fotográfico del Catastro de Álava; y las fuentes bibliográficas.

La visita se encontró con tres limitaciones principales: la dificultad para acceder a las viviendas más aisladas; el excesivo cerramiento de las propiedades en los pueblos y aldeas, siendo en muchas ocasiones segundas residencias que impedía una inspección de las construcciones salvo cita previa; y la limitada capacidad de percibir lo cotidiano cuando, utilizando la vía de la entrevista, se negaba por los vecinos la existencia de tal iconografía en ninguna casa del lugar para, a la vuelta de una esquina, toparla de bruces. Estas limitaciones se han reducido con las estrategias siguientes, pero indudablemente constituyen un importante sesgo a la representatividad buscada.

La búsqueda mediante el recurso fotográfico del Catastro de Álava no sirvió como estrategia sistemática, pues los encuadres de interés para la finalidad catastral o la calidad de imagen no permitieron ningún descubrimiento y con un coste de tiempo muy elevado. Finalmente se utilizó solo de manera oportunista para comprobar alguna vivienda aislada o cercada.

La revisión bibliográfica contaba a priori con la existencia de dos monumentales colecciones dedicadas al patrimonio construido en el territorio y con un gran aporte gráfico (Enciso, Cantera, Portilla y Eguia, 1967-2001; Palacios, Badiola y Barrio, 1981-1998), siendo finalmente la fuente más eficiente. No obstante, la visita personal devolvió varias cruces no recogidas en dicha bibliografía, lo que sugiere que las imágenes de esta eran lógicamente escogidas, al margen de las propias dificultades que debieron tener los autores en sus propias visitas.

Con estas limitaciones en la búsqueda, no puede asegurarse un recuento fiable del total de cruces en arquitectura doméstica de la provincia ni, por tanto, el grado de representatividad de las halladas, lo que desvirtúa la fiabilidad de todo cálculo estadístico de probabilidad y obliga a reducir la expectativa de investigación a una identificación razonable de la existencia o no de una asociación entre cruces en accesos domésticos y hospitalidad.



Los criterios de inclusión y exclusión utilizados durante la búsqueda parten de las características de las 10 cruces vinculadas a hospitales con vestigios y ubicación conocida, siendo el más complejo de determinar el relacionado con la profesionalidad del trabajo, ya que 3 de los hospitales presentaban solo incisiones con cierta elaboración. En este sentido, resultaron frecuentes los hallazgos de incisiones simples de cruces mínimamente elaboradas que pasan desapercibidas salvo que expresamente se busquen, lo que no sucede con los hospitales conocidos en que son claramente visibles, por lo que se añadió este elemento de la visibilidad a los criterios de inclusión.

- **Criterios de inclusión:**

-Cruces esculpidas en soporte lítico.

-Grado de elaboración profesional o con técnica elaborada.

-Hechas para ser fácilmente vistas.

-Situadas en accesos de edificaciones domésticas (jambas, dinteles, dovelas) o vinculadas a los mismos.

- **Criterios de exclusión:**

-Cruces en edificios religiosos, en fundaciones posteriores a 1800, grandes instituciones o en cualquier otro espacio no asimilable a la idea del edificio doméstico característico de los pequeños hospitales rurales históricos.

-Cruces incluidas en estructuras ornamentales complejas o donde la cruz no es el elemento evidente, destacado o preferente, o sea identificable como parte de un escudo heráldico.

-Cruces exentas a la edificación, en soportes diferentes a la piedra, móviles o carentes de técnica elaborada (incisiones simples).

-Cruces en el enclave burgalés en Álava de Treviño, ya que no se incluyó en el trabajo de campo inicial por respeto institucional del financiador.

RESULTADOS

A las 10 cruces vinculadas a hospitales que se habían identificado en 2020 se añaden 43 cruces halladas durante el proceso de búsqueda que cumplen los criterios de inclusión y de exclusión, haciendo un total de 53 las cruces en estructuras domésticas alavesas analizadas en este estudio.

Además de las vinculadas a edificios religiosos (actuales o pasados, caso de alguna ermita abandonada), se han excluido la práctica totalidad de las halladas como incisiones simples, incluidas algunas bien visibles, por ejecución descuidada, por múltiple, por localización muy baja, etcétera (Imagen 1). Además, entre las cruces de factura profesional, se han excluido: una cruz reaprovechada en una fuente -desde que tienen recuerdo los mayores del lugar (Etura)- sin que nadie sepa su procedencia a pesar de ser muy similar a otras dos halladas en dinteles (Egilaz y Berantevilla); dos en paramentos de una iglesia

(Ollávarre) y una ermita (Araia) que no pertenecen en origen a las mismas, pues son reaprovechadas, pero desconociéndose su origen; una por llevar asociada fecha posterior a 1800 (Salcedo); dos por formar parte de una triada de difícil interpretación (una junto a dos estrellas y un aspa de San Andrés, en Baños de Ebro, y otra junto a tres estrellas y las llaves de San Pedro, en Ullívarri-Gamboa).

Fuente: fotografías y elaboración propias

Imagen 1 Algunas de las cruces excluidas del estudio.



Por el contrario, se han incluido: una en paramento separado del acceso porque es reutilizada conociéndose su origen como dovela clave de una arco de entrada (Guereñu); una en un edificio anejo a una iglesia (Gopegi) por quedar bien diferenciados los espacios; una en dovela clave de dintel (Elvillar) que provenía de un paramento de la propia casa pero que aparentemente formó previamente parte de algún acceso anterior; una muy deteriorada en dintel de acceso (Villabuena) por apreciarse aún la forma crucífera; una asociada a otro símbolo (llaves de San Pedro) por ser patente el predominio de la cruz, que está centrada mientras que las llaves, descentradas, parecen añadidas a posteriori (Caicedo Yuso); 2 en dinteles y factura profesional que tienen evidencias de reaprovechamiento (están centradas en el dintel, pero no éste respecto al acceso), sin que se haya

podido conocer si originalmente pertenecieron al mismo edificio o provienen de otro (Artziniega, Marieta); cuatro enmarcadas en escudo pero donde la cruz es inequívocamente el significativo descartándose un sentido heráldico (dos en Labraza, una en Guereñu y otra en Ullibarri-Arana) (Imagen 2).

Imagen 2 Algunas cruces relacionadas con hospitales documentados



Fuente: Elaboración propia

Del total de 53 cruces, solo 4 se encuentran en jambas y 1 en paramento, estando el resto formando parte de un arco, dintel o sobre los mismos. 47 son de factura profesional y solo 6 incisas (dos en dintel, muy elaboradas, y cuatro en jambas, más simples).

Las 53 cruces se distribuyen en 42 localidades correspondientes a 26 municipios de los 51 que actualmente conforman Álava. Cubren toda la geografía de la provincia con una ligera sobrerrepresentación en la comarca de Llanada Alavesa con 15 cruces en 12 localidades de 5 municipios.

Excepto en Elvillar (4 cruces), Estavillo (3), Alegría (2), Estarrona (2), Labraza (2), Marieta (2) y Gaceo (2), el resto (36) son cruces únicas por localidad. En 5 de los 7 casos de cruces múltiples existieron hospitales en la localidad (Alegría, Elvillar, Estavillo, Labraza y Marieta), documentándose al menos tres en Alegría, dos en Estavillo y uno en el resto.



En línea con lo anterior y en relación con el punto de partida que daba pie al estudio (los 10 casos con correspondencia fehaciente entre cruz y hospital documentado, ubicado y con vestigio estructural), de las 42 localidades donde se localizan las 53 cruces, en 28 (un 66'6 %) se documenta la existencia histórica de al menos un hospital y suman 37 cruces (un 69'8%). Del resto, 14 localidades con 16 cruces, se desconoce la existencia de hospitales históricos.

Todas las cruces excepto la de Peñacerrada (griega), Quintanilla y Ribera (patadas) son latinas sobre una base (significante tradicional: Calvario). Al menos 14 (otras 2 están muy degradadas) presentan remarcados los extremos de sus brazos (significante tradicional: Trinidad). 8 se acompañan de una fecha (Audikana 1502, Arbulo 1692, Alegría 1776 y 1780, Abezia 1780, Estarrona 1781, Gaceo 1782, Ziriano 1796). Sobresalen algunos paralelismos estéticos (Gaceo, Gopegi y Legutio; Egilaz y Berantevilla -más la descartada en Etura-; Abezia, Estarrona e Izarra; Alegría y Vicuña), aunque no hay dos iguales y, en general, predomina la diversificación.

DISCUSIÓN

A fin de determinar la asociación entre cruces en la arquitectura doméstica con la hospitalidad se realizó un inventario de las existentes en la provincia de Álava obteniéndose 53 cruces que cumplían los criterios de inclusión y exclusión definidos, de las que 37, un 69'8%, están situadas en localidades donde existió algún hospital.

Aunque de estas 37 solo de 10 existe una certeza de que los edificios que la lucen fueron hospitales, cabe añadir que al menos en otros tres casos hay correspondencias entre algunos datos documentales sobre su ubicación, pero que no resultaron decisivos para localizarlos, y las casas que poseen estas cruces. Así, en Etxabarri Ibiña se sabe que el hospital estuvo en la casa del horno y la que posee la cruz lo tuvo, además de ser un edificio que pasó a manos municipales como sucedió con muchos hospitales con la desamortización de Godoy/Urquijo de 1798 y la ley de Beneficencia de 1822. El hospital de Berantevilla estuvo junto a la ermita de la Magdalena (también desaparecida, siendo quizá ambos el mismo edificio que partió de una leprosería previa) y, de entre todas sus calles, la casa con la cruz de dicha localidad está en la calle Magdalena. Del hospital desaparecido de Audikana solo queda el topónimo de una pieza de labrantío denominada "ospitalondo" (junto al hospital) y la casa más próxima a dicha heredad es precisamente la que tiene la cruz en esa localidad.

Un segundo resultado, que 36 de las 53 cruces, un 67'9%, sean casos únicos en su localidad ahonda en la idea de que el significado de estas cruces hubo de ser concreto y unívoco, no pudiendo tener interpretaciones genéricas o polisémicas como las mágico-religiosas del tipo "detente", exaltación religiosa u ocultamiento de conversos, porque de ser así deberían existir muchas cruces por localidad. Es más, de las 7 localidades con más de una cruz, 3 tuvieron al menos un hospital y 2 más de uno, pero es que de los otros dos sin hospital documentado uno es un pueblo de evidente tradición jacobea, Gaceo. Esta localidad es famosa, entre otros motivos, por las pinturas murales de su iglesia parroquial (alavamedieval.com, 2021) cuya advocación a San Martín de Tours ya la define como jacobea, a la que ha de unirse diferente iconografía compostelana, el hecho de estar en la ruta principal por Álava del Camino a Santiago y de ser mencionada la localidad en las

guías de viaje francesas del siglo XVI (Portilla, 1991), luego lo verdaderamente sorprendente de Gaceo es que no se haya podido documentar en ella un hospital. La cuestión es que dos casas frente a la iglesia presentan una cruz esculpida en dintel y, entre su interpretación como símbolo de hospitalidad o como mágico-religioso, el contexto histórico conocido hace más probable la primera que la segunda.

Gaceo, además, está en la comarca de Llanada Alavesa donde se localizan nada menos que 22 hospitales (cerca de un cuarto del total de la provincia) y 15 de las 53 cruces con un hallazgo de interés: mientras que con la distribución de las cruces sí se observa una aceptable correspondencia con el Camino a Santiago, con la distribución de los hospitales documentados no se evidencia (se distribuyen miméticamente con el Camino Real de Postas a Francia, parcialmente coincidente con el Camino compostelano, y uno secundario, alejado del Camino Jacobeo). Lo cual sugiere la posibilidad de que los hospitales se encuentren infra-documentados y refuerza la hipótesis de que tal vez las cruces constituyan un buen indicador de actividad hospitalaria.

Y ha de recalcar “actividad hospitalaria”, pues quizá el punto de partida desde la correspondencia de 10 cruces con hospitales sea reduccionista, debiéndose pensar más en hospitalidad de manera abierta, sin necesidad de que existiera una fundación jurídica, pudiéndose dar manifestaciones individuales de hospitalidad por motivación religiosa (a tenor de la cruz y sus peculiaridades) sin que necesariamente fuera un hospital constituido formalmente (Imagen3).

Imagen 3 Algunas cruces sin relación conocida con hospitales.



Fuente: fotografías y elaboración propias.

Al respecto de las peculiaridades de las cruces, llama la atención que a excepción de la griega de Peñacerrada y las patadas de Ribera y Quintanilla (estas últimas de indudable -por conocida- influencia templaria), todas las demás sean latinas sobre calvario. Este



calvario teóricamente alude al monte Gólgota pues es como se interpreta la base de estas cruces; sin embargo, al hilo de la hospitalidad cristiana y la importancia del sermón de la montaña donde Jesús estableció el “*hospes eram, et suscepistis/collegistis me*” (fui forastero/extranjero/peregrino y me recogisteis/acogisteis) y los destinatarios de la hospitalidad, los bienaventurados, ¿cabría pensar en esa base crucífera como alusión al monte de las Bienaventuranzas cerca de Cafarnaúm? De igual manera, el hecho de que al menos 14 remarquen los brazos de la cruz en presumible alusión a la Santa Trinidad ¿no debiera llevarnos a pensar en Abraham acogiendo a los tres extraños en Mamré, base de la hospitalidad judía, cristiana (que convirtió a los tres extraños en la trinidad) e islámica? Sin ser sistemática la búsqueda, no se ha encontrado apoyo bibliográfico a la primera pregunta, donde cruz sobre monte parece tener una lectura unívoca de calvario, pero sí a la segunda en al menos Emiliano Ozaeta, quien defiende la iconografía de la trinidad en iglesias románicas alavesas como probable testimonio de la hospitalidad más arcaica en el territorio (Ozaeta, 1987).

Entiéndase que la cruz, como es conocido, posee un significado polisémico y su uso precede al cristianismo, pero, en nuestro medio y para cronologías a partir de la tardo-antigüedad, puede asumirse sin problemas que su uso tiene directa o indirectamente una vinculación con el cristianismo. Tampoco se considera necesario demostrar la estrecha relación entre esta religión y el desarrollo hospitalario en Europa. En Álava el vínculo entre hospital e iglesia/monasterio parece ser dominante hasta la crisis bajomedieval, siendo a partir de entonces la fundación particular, generalmente testamentaria, la predominante; si bien su funcionamiento quedó bajo las directrices episcopales que, especialmente desde Trento, lo reguló en diferentes Constituciones Sinodales (Ferreiro y Lezaun, 2008). Entre las directrices a seguir en los hospitales estaba el auxilio espiritual, recomendándose no solo la oración sino la existencia de un lugar para ello. De hecho, la presencia de altares y retablos o la existencia de capillas dentro o anejas a los hospitales están bien documentados en estudios ya clásicos (Huidobro, 1949-51; Vázquez, Lacarra y Uría, 1948-9), siendo en Álava al menos claro en la relación de varios hospitales con ermitas, generalmente magdalenas (probablemente lazaretos en su origen). De aquí cabría especular la posible identificación crucífera con ese aspecto religioso, en cuyo caso las cruces no anunciarían expresamente hospitalidad sino oración, quizá para desmotivar al pobre de vida poco honrosa o para reservarse a los viajeros de motivación religiosa. Aun pudiendo aceptarse esta dualidad hospital/capilla, lo que no parece sensato es pensar que esas casas con cruz fueran solo ermitas o capillas, pues ni la tipología los acompaña, ni el hecho de no ser citadas como tales en las visitas pastorales (al contrario, casos conocidos de correspondencia cruz-hospital son citados como hospitales), ni tampoco que hayan acabado en manos civiles. Podría pensarse en casas de vida comunal, caso de los beaterios femeninos de los que hay algunos ejemplos en Álava y de los que se intuye, más que documenta, actividad hospitalaria; sin embargo, estas comunidades desaparecieron con el mandato tridentino de enclaustración contemplativa y el grueso de los hospitales documentados son posteriores.

Aunque relativamente pocos, los ocho que tienen fecha tampoco orientan a pensar en tipologías de vida comunal. A pesar de su reducido número, el hecho de que seis tengan fecha de finales del XVIII sugiere algún elemento revulsivo que no se logra identificar en la revisión bibliográfica, aunque podría resaltarse al más conocido de los ilustrados



alaveses, Valentín de Foronda, quién proponía llenar el país de hospitales (Foronda, 1801). En cualquier caso, estas cruces del XVIII sí sirven para descartar toda posible relación con conversos, pues su problemática en Álava había desaparecido dos siglos antes.

Las limitaciones descritas en la metodología no permiten asegurar un recuento completo de las cruces en la arquitectura doméstica alavesa, pero además han de tenerse en cuenta otras limitaciones a la hora de analizar los resultados que afectan al grado de evidencia. Por ejemplo, se conoce la desaparición de al menos las cruces de los hospitales de Mendijur y de Lagrán, así como el ocultamiento de la de Ribabellosa, pues se cuenta con documentación previa que atestigua su existencia; sin embargo, no podemos saber cuántas más han ido desapareciendo a lo largo de los siglos. De igual manera, se sitúa a algunos hospitales en una ubicación concreta por la tradición oral sin que pueda asegurarse que esa fuera su ubicación original, caso del de Nanclares cuyo recuerdo oculta que fue trasladado en 1902 desde otro lugar, quizá desde el original que describe su fundador en la carta fundacional del siglo XVI u otra, no pudiendo ni siquiera asegurar la continuidad del mismo hospital o la existencia de más de uno por la discontinuidad documental. Esto último es especialmente significativo en al menos dos hospitales con vestigios y con cruz, ya que la tradición oral e historiadores los tienen por hospitales, caso de Arbulo (Ozaeta, 1987) y Alegría (Portilla, 1991) y, sin embargo, documentación del XVIII (AHN, 1739) sitúa a los hospitales de ambos pueblos en otros lugares sin que sepamos si unos sustituyen a otros o si existieron más de uno.

No se ha incluido en los resultados la correspondencia de las casas con cruces con algunos elementos topográficos de los hospitales documentados, como es el hecho de encontrarse mayoritariamente a pie del camino principal, a la entrada/salida de los pueblos o junto a las iglesias. La razón es la dificultad del análisis espacial cuando buena parte de las localidades alavesas se constituyeron como pueblos-camino, al margen de las dificultades para establecer cuál era la fisonomía del lugar cuando aparece el hospital o cómo se ha modificado la estructura de los propios lugares y de sus caminos por los desarrollos urbanísticos, concentraciones parcelarias, etc.

En definitiva, aunque los indicios apoyan la existencia de una asociación entre cruces y hospitalidad formal o informal, las limitaciones encontradas no permiten ser concluyentes. Por ello, dada la existencia de estos ejemplos crucíferos en otras partes del país, siendo relevante el eje Girona-Finisterre (actual GR 1) por su vínculo con peregrinaje jacobeo, ha de proponerse la replicación del presente estudio en otros ámbitos regionales al objeto de alcanzar una intersubjetividad que valide la asociación aquí evidenciada.

CONCLUSIONES

- Existe una asociación evidente entre las cruces halladas y las poblaciones con hospitales documentados, pudiéndose mantener la hipótesis de que los edificios que lucen dichas cruces ejercieron una hospitalidad formal o informal y utilizaron una cruz característica como símbolo identificativo de dicha actividad.
- Las limitaciones en la búsqueda y el análisis no permiten ser concluyentes, requiriendo de estudios comparados.



- La tipología de las cruces podría ser susceptible de interpretación desde pasajes del antiguo y nuevo testamento relativos a la hospitalidad.

BIBLIOGRAFÍA

Alavamedieval.com (8 de agosto de 2021). *Iglesia de San Martín de Tours (Gazeo/Gaceo)*. Vitoria: Kultur Soleil. Recuperado de: <https://alavamedieval.com/iglesia-de-san-martin-de-tours-de-gazeo/>

Álvarez-Sierra, J. (1952). *Los Hospitales de Madrid de Ayer y de Hoy*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid.

Archivo Histórico Nacional. (1739). *Contestación de las Hermandades alavesas a la Real Provisión de Felipe V de 1739 para conocer el estado de los centros benéficos en España*. Sig. 12.629-15 y 12.629-16.

Becerro de Bengoa, C. (2019). *Los hospitales madrileños hasta la desamortización de Mendizábal*. Madrid: Marban.

Blázquez Vicente, F. J., Borobio García, D., & Fernández García, B. (eds.). (2007). *La cruz: manifestación de un misterio*. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia.

Cabal González, M. (1985). *Hospitales antiguos de Oviedo*. Oviedo: Instituto de Estudios Asturianos.

Calvo, Á. M., & López, M. (1994). Cruces de piedra en cumbres y fachadas de caseríos guipuzcoanos. *Hautsa Kenduz*, (2):85-96. Recuperado de <https://www.altzanet.eus/pdf/altzahk/ahk02/05-Calvo-Lopez.pdf?type=file>

Cerón Peña, M. (2002). *Dinteles y jambas en la arquitectura popular salmantina*. Salamanca: Diputación de Salamanca.

Cruz Sánchez, P. J. (2009). La protección de las casas y sus moradores en el Rebollar. *Estudios del Patrimonio Cultural*, (2):5-26. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3037627.pdf>

Cruz Sánchez, P. J. (2010). Presencia de la cruz en la arquitectura popular, apuntes arribeños. *Estudios del Patrimonio Cultural*, (5):5-17. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3737630.pdf>

Cruz Sánchez, P. J. (2012). Cruces de piedra, cruces en piedras, notas de religiosidad popular robledana. *Cahiers du PROHEMIO*, (12):315-352. Recuperado de https://museo-etnografico.com/pdf/sagrados/sg_art3.pdf

De Begoña Azcárraga, A. (1986). *Arquitectura doméstica en La Llanada de Álava, siglos XVI, XVII y XVIII*. Vitoria-Gasteiz: Diputación Foral de Álava.

Enciso Viana, E., Cantera Orive, J., Portilla Vitoria, M. J., & Eguia López de Sabando, J. (1967-2001). *Catálogo Monumental Diócesis de Vitoria* [10 vols.]. Vitoria: Obispado de Vitoria, Caja de Ahorros Municipal de Vitoria.

Ferreiro-Ardións, M., & Lezaun-Valdubieco, J. (2008). *Historia de la Enfermería en Álava*. Vitoria: Colegio Oficial de Enfermería de Álava. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10810/24749>

Foronda, V. (1801). *Cartas sobre La Policía*. Madrid: Cano (imp.). Recuperado de <http://www.liburuklik.euskadi.eus/handle/10771/25403>

García Grinda, J. L. (1988). *Arquitectura Popular de Burgos*. Burgos: Colegio Oficial de Arquitectos.



- Gondra Rezola, J. & Villanueva Edo, A. (2008). *Los hospitales civiles de Bilbao*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritza-Gobierno Vasco.
- Huidobro Serna, L. (1949-51). *Las peregrinaciones jacobeanas [3 tomos]*. Burgos: Aldecoa (imp.).
- Jerez García, Ó. (2004). *Arquitectura popular manchega*. Ciudad Real: Diputación Provincial.
- Lacarra, J. M. (1942). *Un Hospital de peregrinos en La Población. Príncipe de Viana*, (7), 145-147. Recuperado de <https://binadi.navarra.es/registro/00009734>
- Ozaeta, E. (1987). Triadas bíblicas, toneles, conchas y cruces, signos de hospitalidad durante diez siglos en torno a Burguelu-Elburgo en la Llanada alavesa. *Fiestas de San Prudencio*, (sn):sp [aprox 29-35].
- Padilla Montoya, C., & Arco Martín, E. (1986). Protección mágica de la casa en la provincia de Ávila. *Cuadernos Abulenses*, (6),81-97.
- Palacios Mendoza, V., Badiola, R., & Barrio Loza J. Á. (1981-98). *Inventario de arquitectura rural alavesa [7 vols.]*. Vitoria: Diputación Foral de Álava.
- Pérez de Castro Pérez, R., Corsino Álvarez Cortina, A., & Coronas González, S. M. (dirs.). (2012). *Fundaciones particulares benéfico-asistenciales y docentes en Asturias (siglos XV-XIX)*. Oviedo: Universidad de Oviedo.
- Perona Larraz, J. L. (dir.). (2009). *Historia hospitalaria de la Vía de la Plata*. Salamanca: Rotary Club.
- Portilla Vitoria, M. J. (1991). *Una ruta europea: por Álava, a Compostela*. Vitoria: Diputación Foral de Álava.
- Rubio Celemín, A., Ruiz Cobo, J. (2016). *Los antiguos hospitales de Cantabria*. Santander: Estvdio.
- Sanz Serrulla, J. (1998). *Los antiguos hospitales de la provincia de Guadalajara*. Madrid: Arriaca.
- Vázquez de Parga, L., Lacarra, J. M., & Uría Riu, J. (1948-9). *Las peregrinaciones a Santiago de Compostela [3 tomos]*. Madrid: CSIC.



Representaciones del cuidado en las oraciones Makuxi: historia, mito y salud

Representations of care in Makuxi prayer: history, myth and health

Representações do cuidado nas orações Makuxi: história, mito e saúde

Bruno Miranda da Rocha^{1*}; Luiz Henrique Chad Pellon² & Wellington Mendonça de Amorim³

¹Doutor em Ciências pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Universidade Estadual de Roraima. Orcid:

<https://orcid.org/0000-0002-1531-1771> Correo electrónico: mirandabrasileiro@gmail.com

²

Doutor em Ciências pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3346-9887> Correo electrónico: luiz.pellon@unirio.br

³ Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5104-4105> Correo electrónico: amorimw@gmail.com

*Correspondencia: Rua Freijó, 820. CEP: 69.307-150. Bairro Paraviana. Boa Vista - Roraima, Brazil. Correo electrónico: mirandabrasileiro@gmail.com

Cómo citar este artículo: Rocha, B. M., Pellon, L. H. C., & Amorim, W. M. (2023). Representaciones del cuidado en las oraciones Makuxi: historia, mito y salud. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(65). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.65.08>

Received: 12/11/2022

Accepted: 12/02/2023.



Copyright: © 2023. Remitido por los autores para publicación en acceso abierto bajo los términos y condiciones de Creative Commons Attribution (CC/BY) license.

Abstract: Objective: to analyze the construction of representations of health care in the drawings, stories and prayers inscribed in the Makuxi Tarumu leaflets. Method: This is a historical-anthropological, documentary that used elements of New Cultural History from the perspective of the Historian Roger Chartier and ethnography. The research was carried out at the Indigenous Documentation Center (IDC) in Boa Vista-RR-Brazil. The leaflet entitled Makuxi Tarumu (Makuxi Prayers), volumes I and II, of 1987 was used as the object document. Results: In the Makuxi prayers, written in the Makuxi Tarumu leaflets, the representation of care appears in all prayers in a supernatural form, where the spiritual authority makes an evocation, interfering in the natural world. The prayer and the shaman are the authorities. Conclusion: The prayers preserve remarkable features of the Makuxi culture without religious syncretism, although it was produced by the Diocese-RR.

Key Words: Worldview, catholicism, history 20th century, culturally competent care.

Resumen: Objetivos: analizar la construcción de las representaciones del cuidado en salud en las rezas inscritas en los folletos Makuxi Tarumu. Metodología: Estudio de cuño histórico-anropológico, documental, que utilizó elementos de la Nueva Historia Cultural en la perspectiva del Historiador Roger Chartier y de la etnografía. La investigación se realizó en el Centro de Documentación Indígena (CDI) de Boa Vista-RR-Brasil. Como documento-objeto se utilizó el folleto titulado Makuxi Tarumu (Oraciones Makuxi), volúmenes I y II, de 1987. Resultados: En las oraciones Makuxi, escritas en los folletos Makuxi Tarumu, la representación del cuidado aparece en todas las oraciones de una forma sobrenatural, donde la autoridad espiritual hace una evocación, interfiriendo en el mundo natural. El rezador y el pajé son las autoridades. Conclusión: las oraciones preservan características marcadas de la cultura Makuxi sin sincretismo religioso, a pesar de haber sido producido por la Diócesis-RR.



Palabras-clave: Visión del mundo, catolicismo, historia del siglo XX, asistencia a la salud culturalmente competente.

Resumo: Objetivos: analisar a construção das representações do cuidado em saúde nas rezas inscritas nos folhetos Makuxi Tarumu. Metodologia: Estudo de cunho histórico-antropológico, documental, que utilizou elementos da Nova História Cultural na perspectiva do Historiador Roger Chartier e da etnografia. A pesquisa foi realizada no Centro de Documentação Indígena (CDI) de Boa Vista-RR-Brasil. Como documento-objeto utilizou-se o folheto intitulado Makuxi Tarumu (Orações Makuxi), volumes I e II, de 1987. Resultados: Nas orações Makuxi, escritas nos folhetos Makuxi Tarumu, a representação do cuidado aparece em todas as orações de uma forma sobrenatural, onde a autoridade espiritual faz uma evocação, interferindo no mundo natural. O rezador e o pajé são as autoridades. Conclusão: as orações preservam características marcantes da cultura Makuxi sem sincretismo religioso, apesar de ter sido produzido pela Diocese-RR.

Palavras-Chave: Cosmovisão, catolicismo, história do século XX, assistência à saúde culturalmente competente.

INTRODUÇÃO

Escravagismo, missões, guerras, assassinatos, epidemias, desterritorialização e miséria são algumas das faces do processo histórico que marcou as relações entre povos indígenas, colonizadores, imigrantes, população não indígena e governos no Brasil, permeada por uma relação muitas vezes ambígua do papel da Igreja Católica na defesa destes povos.

Na década de 1970, no entanto, a igreja católica no Brasil, por meio do Conselho Indigenista Missionário (Cimi), assumiu sua dívida histórica com os povos indígenas, reconhecendo o sofrimento e opressão aos quais têm sido submetidos, e definiu agir para uma prática da pastoral libertadora. Os indígenas receberiam apoio dos missionários para organizar suas políticas a serviço dos projetos de vida dos povos indígenas e na luta pela garantia do direito à diversidade cultural (Vieira, 2014).

De acordo com Araújo (2006) os missionários organizaram, a partir década de 1970, encontros indígenas nos quais temas considerados tradicionais, conforme a cosmovisão Makuxi, estavam em pauta. Nestes encontros participavam pajés, rezadores e catequistas indígenas que organizaram uma coletânea de mitos denominado Makuxi Panton (Histórias Makuxi), em três volumes e um material com uma coletânea de rezas com predomínio da língua Makuxi em dois volumes, Makuxi Tarumu, publicados pela Diocese de Roraima, que é o objeto de estudo desta pesquisa.

Os estudos religiosos realizados em reuniões de grupo com os tuxauas passaram a trazer mensagens de injustiças na relação entre não indígenas e indígenas, colocando os segundos no lugar de injustiçados. Como consequências destas reuniões, em 1987, em pleno processo constituinte brasileiro, formou-se o CINTER, Conselho Indígena do Território de Roraima, que veio a se tornar o Conselho Indígena de Roraima, que atua de forma bastante organizada ainda atualmente, tendo sido a organização mais atuante na demarcação da terra indígena Raposa/Serra do Sol, com grande apoio da Igreja Católica (Araújo, 2006). A Terra Indígena Raposa/Serra do Sol comporta as etnias Makuxi, Wapichana,



Ingaricó, Wai-Wai, Taurepang, Patamona. A etnia Makuxi é a mais populosa com 29.931 indígenas segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE, 2012).

De acordo com Souza (2014), na cultura Makuxi o cosmos é composto basicamente de três planos sobrepostos no espaço que se encontram na linha do horizonte. O céu que enxergamos da superfície terrestre é base do plano superior, Kapragon, povoado por diversos tipos de seres, incluindo os corpos celestes e os animais alados, que também vivem da agricultura, da caça e da pesca, à semelhança dos humanos. A superfície terrestre, onde vivemos, é o plano intermediário; abaixo da superfície há um plano subterrâneo, habitado pelos Wanabaricon, seres semelhantes aos humanos, porém de pequena estatura, que plantam roças, caçam, pescam e constroem aldeias. O plano intermediário, por sua vez, não é o domínio exclusivo de humanos e animais, mas habitam-no ainda duas classes de seres, Omá:kon e Makoi. O critério para essa divisão é o lugar habitado por cada uma delas.

Na cultura Makuxi os mitos e ritos estão permeados de cosmologias e representações de mundo. História e mito estão inter-relacionados; homem, animais, plantas e demais elementos da natureza não são coisas dicotômicas.

Os mitos comunicam os valores culturais de um povo; eles nos dizem o que fazer para vivermos de maneira completa. Os mitos servem também para apresentar a história de um povo; para explicar a origem de fenômenos naturais (Macdonell, 2011).

Segundo Lévi-Strauss (1996) a Mitologia tem por finalidade assegurar, com um alto grau de certeza – a certeza completa é obviamente impossível –, que o futuro permanecerá fiel ao presente e ao passado. Esta é a originalidade do pensamento mitológico – desempenhar o papel do pensamento conceitual.

A produção de textos indígenas, mesmo em língua portuguesa, contribui para que a sociedade conheça melhor a diversidade de culturas dos povos originários. Esses materiais fornecem dados importantes sobre as diferenças culturais indígenas e suas tradições, permitindo que, por meio deles, a diversidade cultural no país tornese mais evidente e possa, assim, ser mais respeitada (Albuquerque, 2013).

Chartier (2010a, p. 07) traz a incontestável relevância do “estudo das práticas do escrito, não nos mundos antigos ou medievais, mas no longo tempo de uma modernidade que se desfaz, talvez, diante de nossos olhos.”

[...] conduzir a história da cultura escrita, dando-lhe como pedra angular a história das representações, é ligar o poder dos textos escritos que as dão a ler, ou a ouvir, com as categorias mentais, socialmente diferenciadas, que elas impõem e são as matrizes das classificações e dos julgamentos (Chartier, 2010a, p 26).



A compreensão do passado histórico dos materiais escritos para os Makuxi, nos proporciona, portanto, um resgate de uma prática cultural, contribuindo para a História Cultural deste grupo étnico, além de trazer para o presente a necessidade de se pensar a valorização do conhecimento tradicional indígena no que refere à sua medicina milenar e à sua língua. As questões inerentes à saúde e à doença devem ser pensadas a partir dos contextos socioculturais específicos nos quais os mesmos ocorrem (Langdon e Wiik, 2010).

A realização de investigações acerca das representações do cuidado nos impressos produzidos para os povos Makuxis pode ser considerada iniciativa indispensável para a compreensão do processo de cuidar desses povos e, de uma maneira mais ampla, da apropriação de discursos e comportamentos dos profissionais de saúde para tentar decifrar as incompreensões da realidade do presente quanto ao atendimento a pessoas com costumes bem diferentes dos que estão habituados a lidarem.

Sendo assim nos propomos a analisar a construção das representações do cuidado em saúde nas histórias e rezas inscritos no material produzido pela Diocese-RR para o povo Makuxi na década de 1980.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de cunho histórico-antropológico, documental, que utilizou elementos da Nova História Cultural na perspectiva do Historiador Roger Chartier e da etnografia, adotando o modelo de história-problema.

A pesquisa foi realizada no Centro de Documentação Indígena (CDI) situado no Bairro São Vicente, em Boa Vista, Roraima.

No CDI existe uma coleção de documentos escritos, audiovisuais, sonoros e imagens sobre as questões indígenas, que foram guardados ao longo das últimas cinco décadas por missionários da Consolata.

Para chegarmos aos documentos analisados foi feita uma observação documental dos materiais impressos sobre saúde e áreas afins que foram destinados aos indígenas da etnia Makuxi. Todo material encontrado no CDI foi manuseado e verificado com o objetivo de encontrar informações de interesse para esta pesquisa. Os critérios de inclusão dos livros e folhetos foram: ter conteúdo com aderência ao tema cuidado em saúde, cosmovisão Makuxi; documentos históricos originais sobre os Makuxi; registro do ano da publicação no material, autoria/responsável pela edição.

Como documento-objeto utilizou-se, neste estudo, o material (folheto) intitulado Makuxi Tarumu (Orações Makuxi), volumes I e II, de 1987, publicados pelo Centro de Informação da Diocese de Roraima. Estes folhetos foram selecionados por serem escritos na língua Makuxi com algumas partes escritas em português.



Foram consultados quatro tradutores de Makuxi para português e todos mencionaram que o material tem a escrita de um Makuxi antigo com algumas diferenças do Makuxi atual. Dois tradutores devolveram o material traduzido. Foi solicitado mais de um tradutor para uma comparação e confirmação das informações.

Durante a análise foram considerados elementos da problemática ou do quadro teórico de interesse para o estudo, contexto do material, autores, interesses, confiabilidade, natureza do texto, conceitos-chave. Para uma análise sincrônica foram utilizados os folhetos que tratam de mitos Makuxi (Volumes I e II) “Makuxi Panton: Histórias Makuxi”, de 1988 e o folheto “Tradições Indígenas” de 1985. Para uma análise diacrônica foram utilizados os livros: “Filhos de Makunaimi: vida, história, luta, ou vai ou racha, a luta continua”, publicado em 2004; o livro “Onças, Antas e Raposas: Mitos do povo Makuxi registrados pelo monge beneditino Dom Alcuíno Meyer, entre 1926 e 1948”, publicado em 2011 pela Diocese Roraima; e o livro “Registrando os conhecimentos tradicionais sobre plantas medicinais na comunidade do Ticoça”, 2014, escrito pela indígena Jocivânia da Silva Oliveira.

A primeira análise realizada se prendeu à materialidade e estética dos folhetos: tipografia, tamanho (medidas), organização dos frontispícios, componentes dos folhetos como título, desenhos, apresentação, identificação de autoria, editores, desenhistas.

A segunda análise foi feita a partir da proposta metodológica da Nova História Cultural, na perspectiva de Roger Chartier, que possui três exigências na sua aplicação: o primeiro situa a construção do sentido dos textos entre imposições transgredidas e liberdades reprimidas. Sempre, as formas do escrito (dispositivos) ou as competências culturais (disposições) dos leitores estreitam os limites da compreensão (Chartier, 2010b).

A segunda exigência, necessária para um trabalho que envolve estudo de textos, leva a retornar ao conceito de representação na dupla dimensão que Louis Marin lhe reconheceu: “dimensão transitiva” ou transparência do enunciado. Toda representação representa alguma coisa; dimensão “reflexiva” ou opacidade enunciativa, toda representação se apresenta representando alguma coisa. Conduzir a história da cultura escrita, dando-lhe como pedra angular a história das representações, é ligar o poder dos textos escritos que as dão a ler, ou a ouvir, com as categorias mentais, socialmente diferenciadas, que elas impõem e são as matrizes das classificações e dos julgamentos (Chartier, 2011).

A terceira exigência de análise consiste em colocar as obras singulares ou o corpus de textos, que são objeto do trabalho, no cruzamento dos dois eixos que organizam todo procedimento de história ou de sociologia cultural. Por um lado, um eixo sincrônico, que permite situar cada produção escrita em seu tempo, ou em seu campo, e a coloca em relação com outras, contemporâneas dela e pertencentes a diversos registros de experiência.



Por outro lado, um eixo diacrônico, que a inscreve no passado do gênero ou da disciplina (Chartier, 2011).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As transações entre as obras e o mundo social não se constituem, unicamente, na apropriação estética e simbólica de objetos ordinários, de linguagens, de práticas rituais ou cotidianas. Quem explica é Chartier (2010b, p. 40): “Elas se referem, mais fundamentalmente, às relações múltiplas, móveis, instáveis, amarradas entre o texto e suas materialidades, entre a obra e suas inscrições”.

Ainda de acordo com o autor, o processo de publicação, seja qual for sua modalidade, sempre é coletivo, já que não separa a materialidade do texto da textualidade do livro.

No folheto Makuxi Tarumu esse processo de publicação coletiva pode ser considerado bem evidente, uma vez que não há um nome pessoal inserido. Ou seja, não foi atribuída a autoria a ninguém. Não existe nome de autor nem de editor, tampouco de quem fez os desenhos ou a diagramação, diferente de outras obras produzidas na mesma década (Makuxi Pantón, vol. 1 e 2) e também produzidos pela Igreja Católica, que identificam os responsáveis pelos textos e desenhos.

A “função autor” resulta de operações específicas, complexas, que relacionam a unidade e a coerência de alguns discursos a um dado sujeito. A “função autor” marcada pelo nome próprio é, de início, uma função de classificação dos discursos que permite as exclusões ou as inclusões em um corpus, atribuível a uma identidade única. A “função autor” não é somente uma função, mas também uma ficção (Chartier, 2014).

As orações Makuxi fazem parte de um conhecimento tradicional da coletividade, não havendo autoria individual estabelecida. Entendemos ser essa a razão de não ser apontado nomes de autores nem editores. A única possibilidade de identificação de uma responsabilidade pela publicação do material em análise está no verso da capa do volume II, indicando o Centro de Informação da Diocese de Roraima, com endereço e telefone fixo.

Ao iniciarmos a análise do conteúdo escrito no folheto Makuxi Tarumu, nos chama a atenção que apesar de ser um material escrito para os Makuxis, é bilíngue. Verifica-se o uso da língua portuguesa junto com a língua Makuxi, que predomina. O português é utilizado nos títulos das orações, na indicação da história e da oração, e na explicação sobre remédios que devem ser utilizados.

A elaboração de material de leitura para os Makuxi era uma estratégia encontrada junto à igreja Católica para resgatar o que já tinha começado a se esquecer pela influência do não índio. O que também dava à Igreja Católica uma interação mais harmoniosa com os indígenas ao demonstrar o interesse em valorizar a língua. Outra questão importante a ser considerada, é que este material é de uso da medicina tradicional indígena. Então é



razoável que as orações fossem realizadas na própria língua, até mesmo pelo fato de algumas palavras não possuírem tradução. Há os que afirmam que o verdadeiro Piya'san (Pajé) só realiza seus rituais com a língua Makuxi e que ele possui ainda uma linguagem específica dentro da língua Makuxi (Rabelo Filho, 2012).

Em relação ao trabalho técnico do tradutor não pajé, até hoje há falta de intérpretes especializados nas várias línguas indígenas. E permanece o desafio de trabalhar diante de línguas tipologicamente com registros e ordem das partes da oração tão diferentes. Há, por exemplo, conceitos que não têm necessariamente correspondência nas culturas ocidentais e outras barreiras quase intransponíveis na busca de termos equivalentes, com risco de redução, simplificação e até deformação do sentido (Freire, 2009, p. 239).

Algumas das dificuldades encontradas para o estudo do material: Makuxi antigo; palavras escritas de forma diferente (Quadro 01); palavras em desuso; palavras que não pertencem ao Makuxi; palavras que precisam de ajuda de um pajé para traduzir.

Todavia ao cruzarmos as traduções realizadas separadamente observamos uma concordância bastante significativa no sentido do texto, e algumas vezes quando uma tradução se tornava confusa em uma frase, outra tradução ajudava na compreensão.

De todos os folhetos e livros analisados, apenas três continham orações Makuxi: Makuxi Tarumu (Vol. I e II) e Tradições Indígenas. De todo o conteúdo escrito em Makuxi encontrado nos folhetos e livros incluídos neste estudo, apenas as orações foram escritas somente em Makuxi. As orações contidas nos dois volumes dos folhetos Makuxi Tarumu não são longas. A maioria delas possui de 3 a 7 linhas escritas. São orações semelhantes na sua composição, variando na figura/entidade evocada para cada necessidade.

Observando os títulos das orações, é possível distinguir as que atuam na prevenção, e as que atuam na cura. No volume I, as orações 1 e 14 são para prevenção de doenças e para prevenir contra os males em crianças, respectivamente. A oração 20 nos chama a atenção por não ser especificamente sobre saúde, mas é para prevenção também, de perigos. No volume II não há nenhuma oração de prevenção, todas são para curar alguma doença.

Podemos dividir as orações de cura em duas categorias, conforme os títulos: as que são específicas para uma determinada doença e as que não possuem especificidade, podem ser rezadas para qualquer doença. As orações que possuem especificidade apontam para as seguintes doenças: dor no corpo com falta de ar, mal causado pela gordura, "sapim", febre, dor no coração, diarreia, mordida de cobra, dor de cabeça, dor de cabeça com fraqueza, susto, quebrante, problemas de parto, reumatismo, susto, vômito, soluço,



feridas, dores no corpo, dor de barriga, disenteria, dor de olho, “roi roi”, bronquite, hérnia, dor no estômago, mordida de cobra cascavel, para “quisto” (cisto).

As orações que não especificam doença também podem ser divididas em duas categorias: a que envolve questão espiritual e a que não envolve questão espiritual. As orações 11, 19, 25 e 28 possuem uma ligação com questões espirituais: para fortalecer o espírito da pessoa doente, para quebrante, para quando a criança estiver sendo perseguida por espíritos.

Os elementos evocados foram organizados em seis categorias, conforme Quadro 2:

As evocações nos mostram uma variedade significativa de elementos e figuras que são inseridos nos rituais sem estabelecer um nível de valor nas suas representatividades, ou seja, há uma indiferenciação entre homens e animais, entre mito e história. A rigor, não seria correto tratar Homem e Natureza como coisas separadas, uma vez que os próprios indígenas não estabelecem qualquer ruptura entre eles (Junqueira, 2004).

As propostas terapêuticas inscritas nos folhetos Makuxi Tarumu, trabalham na mente, alma e espírito. As doenças e a saúde resultam de batalhas espirituais, daí o auxílio de figuras mitológicas (de força) para gerar confiança (na mente e na alma) de sua recuperação. As imagens mentais animais, geralmente são maiores e mais rápidas que os homens, ou mais fatal. Isso gera uma “psicossomática positiva”, agora para essa psicossomática positiva funcionar é preciso existir uma representação de saúde e doença na mente deles que venha a ancorar a proposta terapêutica indígena e ter seus resultados positivos. Isso é importante para pensarmos na construção da representação a partir das orações.

Nas orações Makuxi fica evidente a personificação dos elementos/figuras evocados. As frases citadas abaixo foram retiradas de algumas orações proporcionando uma visão de que, no ritual realizado, a “pessoa do rezador” ou “a pessoa do pajé”, “deixa de ser pessoa” e passa a representar um elemento da natureza, um animal ou um espírito:

“Eu (trovão) tirei doença de cima e de dentro dele.”

“Eu sol, se se prevenirem, se se protegerem, isso serve para a oração e o espírito, para nunca mais pegar doença, eu ofusquei, para a doença nunca mais olhar.”

“Eu cobra grande, se estiverem com falta de ar e espantarem os novos podem rezar com essa oração, que nunca mais vai suar porque tirei de cima e de dentro dele, ele nunca mais vai se esquentar.”

“Eu chuva e a enchente, quando estiverem com dor no corpo, se o seu filho estiver sofrendo, e esquentando sem parar, se rezarem nele, fica pra oração dos novos, eu parei com a dor para nunca mais ele sofrer, eu também aliviei a dor.”



A medicina tradicional indígena não se utiliza apenas de recursos naturais, mas também se utiliza das autoridades espirituais que realizam os ritos de cura e prevenção de doenças, ou seja, para o indígena, ir ao pajé ou rezador é o mesmo que um não indígena ir ao médico ou a um pastor. A inserção da medicina ocidental no cotidiano indígena vem até hoje exercendo influências na autoridade dos pajés e rezadores, proporcionando seu enfraquecimento. Esta representação do Pajé (Piya'san) e do Rezador (Tarenpokon) indicam um poder que dele emana para livrar da morte, o poder de “corrigir” o espírito daquele que está sem ânimo. Em condições normais o Tarenpokon proporciona a saúde necessária para a sobrevivência dos Makuxi.

A natureza está presente tanto na alopatia como nas rezas/orações, mas têm papéis diferentes, devido às representações da saúde e da doença. O modelo biomédico tem seu grande aparato de cuidado centrado no medicamento – indústria farmacêutica. As nossas farmácias funcionam como “casa do pajé”, todo o aporte terapêutico é medicamentoso, ou seja, substâncias agindo no corpo (não na mente, não na alma), e isso se dá pela representação que o modelo biomédico nos impôs de que o corpo (soma) adocece.

Cada grupo social possui conceitos sobre o que é ser doente ou saudável. Possui também classificações acerca das doenças, e essas são organizadas segundo critérios de sintomas, gravidade, etiologia.

Esse intrigante imaginário é uma das vias de acesso ao universo Makuxi, que só pode ser conhecido pela mente, e que chega até nós pelos mitos e relatos. Por exemplo, quebrante ou mau-olhado são consideradas doenças para vários grupos brasileiros, entretanto, não são reconhecidas ou tratadas pelo modelo biomédico. As classificações dessas doenças são organizadas segundo critérios próprios, os quais guiam os diagnósticos e terapias, cujos especialistas detêm elementos e materiais para tratá-las e as reconhecer como curadas ou não.

O saber tradicional indígena escrito nestes folhetos de orações Makuxi, ao mesmo tempo em que queria manter-se inserido no “sistema” de saúde indígena, procurava sua afirmação na aproximação com o saber reproduzido na escrita. Apesar da representação de autoridade sempre ter sido valorizada e mantida pelas tradições orais, se viu ameaçada e rendida ao impresso numa busca pela preservação das representações coletivas que norteavam as práticas sociais.

A força da oração está na sua oralidade ou oralização para produzir o efeito terapêutico; mas o folheto tem o efeito de preservação da memória Makuxi, memória que perpetuará a representação necessária para que a mente do grupo continue produzindo ou ajudando na cura de cada um.



O livro sagrado do judaísmo, a Torah, por exemplo, não substituía a oralidade dela aos sábados e nas festas semanais para o povo hebreu, ou seja, a representação é escrita, mas a força da representação – energia contida nela – vem pela leitura oralizada ou silenciosa que o grupo pratica ou se submente, resultando no efeito de “realidade”. Nos folhetos Makuxi Tarumu fica evidente a ordem que a autoridade que os encomendou buscou instaurar, pois, “o livro sempre visou instaurar uma ordem” (Chartier, 1997, p. 7).

As orações escritas revelam a maneira de pensar deste povo e as representações do cuidado possuem uma marca cultural da tradição Makuxi.

“As representações religiosas são representações coletivas que exprimem realidades coletivas; os ritos são maneiras de agir que nascem no seio dos grupos reunidos e que são destinados a suscitar, a manter ou a refazer certos estados mentais desses grupos” (Durkheim, 1996, p. 212).

Segundo Oliveira (2012) as representações sintetizam o que os homens pensam sobre si mesmos e sobre a realidade que os cerca. Nas práticas rituais das orações Makuxi vemos a relação Homem x Natureza x Mito orientar a sociedade Makuxi para o respeito e a relação que deve existir entre a vida social, a relação dos homens com a natureza e com o universo mítico. Na cultura Makuxi algumas doenças são eminentemente espirituais, como o quebrante, que ocorre quando a pessoa se assusta e o espírito dela sai repentinamente e perde o seu ânimo. Na oração número 18 para susto ou quebrante o rezador evoca o besouro para conseguir a cura.

18 Oração para susto e quebrante

História: A doença levou o espírito do filho do homem novo, e o besouro foi cercar ele, e o besouro trouxe ele de volta.

Oração: Nós homens besouros trouxemos o espírito dele de volta pela sua mão, para nunca mais adoecer trouxemos o espírito dele de volta, se trouxerem o espírito do seu filho, os novos tem essa oração.

As representações do cuidado presentes nas orações dos folhetos Makuxi Tarumu atuam de modo a promover e incentivar, mesmo que inconscientemente, um comportamento humano desejável para a manutenção da sociedade.

Os rituais de cura, por meio das suas representações, caracterizam o saber da tradição Makuxi, que anseia pela produção de práticas cotidianas que respeitem a natureza, os espíritos e as relações humanas.

Sendo assim, nesta investigação, levando em consideração as possibilidades de uma leitura representativa dos documentos e os limites epistemológicos inerentes à toda pesquisa documental, concluímos que a representação do cuidado nas orações inseridas nos folhetos Makuxi Tarumu, mesmo sendo produzidos por uma instituição religiosa, a



Diocese-RR, apresentou-se fiel à memória Makuxi, respeitando as peculiaridades inerentes à cosmovisão indígena, sem inserir figuras ou elementos do catolicismo.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, F.E. (2013). O processo de aquisição de leitura e escrita pelas crianças indígenas Api-nayé. *Rev. Teoria e Prática da Educação*, 16(02), 69-79.
- Amódio, E., e Pira, V. (1996). *Língua Makuxi: Makusi Maimu* (2ª ed.). Roraima: Diocese de Roraima.
- Araújo, M. (2006). *Do corpo à alma: missionários da Consolata e índios Macuxi em Roraima*. São Paulo: Associação Editorial Humanitas: Fapesp.
- Chartier, R. (1997). *A ordem dos livros: leitores, autores e bibliotecas na Europa entre os séculos XIV e XV*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- Chartier, R. (2010a). Escutar os mortos com os olhos. *Estudos Avançados*, 24 (69), 6-30. Obtido em <http://www.revistas.usp.br/eav/article/view/10510>
- Chartier, R. (2010b). *A história ou a leitura do tempo* (2ª ed.). Belo horizonte: Autêntica Editora.
- Chartier, R. (2011b). *A força das representações: história e ficção*. Chapecó, SC: Argos.
- Chartier, R. (2014) *O que é um autor? Revisão de uma genealogia*. São Carlos: EdUFSCar.
- Durkheim, E. (1996). *As formas elementares da vida religiosa: o sistema totêmico na Austrália*. São Paulo: Martins Fontes.
- Freire, J.R.B. (2009). *Uma Constituição Legal para os índios? Em: Versiani, MH; Maciel, I e Santos, NM (Orgs.). Cidadania em Debate*. Rio de Janeiro: Ed. Museu da República.
- IBGE (2012). *Os indígenas no Censo Demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- Junqueira, C. (2004). Pajés e feiticeiros. *Estudos Avançados*, 18 (52), 289-302. Obtido em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142004000300018
- Langdon, E.J., & Wiik, FB (2010). Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18(3), 173-181.
- Lévi-Strauss, C. (1996). *A estrutura dos mitos*. Em: *Antropologia estrutural* (pp. 237 – 265) Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Macdonell, R.B. (2011). *Mitos do povo Makuxi registrados pelo monge beneditino Dom Alcuíno Meyer, O. B. S. entre 1926 e 1948*. Brasília: Diocese de Roraima.
- Oliveira, M. (2012). O conceito de representações coletivas: uma trajetória da divisão do trabalho. *As formas elementares. Debates do NER*, 22, 67-94.



Rabelo Filho, M.G., & Araújo, J.B. (2015). A representação social do Kanaimî, do Piya'San e do Tarepokon. *Revista Científica do Núcleo de Pesquisas Eleitorais e Políticas da Amazônia - NU-PEPA/UFRR*. 03(02), 626-637.

Souza, M.S.A. (2014). *Cosmologia makuxi: arte, mitos e ritos*. Salvador - BA: UCSal, 8(3), 183-194.

Vieira, J.G. (2014). *Missionários, fazendeiros e índios em Roraima: a disputa pela terra – 1777 a 1980 (2ª ed.)*. Boa Vista: Editora da UFRR.



La Dama de la Lámpara y las emergencias en el mundo: un recuento histórico

The Lady with the Lamp and emergencies in the world: a historical account

A Dama da Lâmpada e as emergências no mundo: um relato histórico

Elizabeth Fajardo Ramos^{1*}; Luz Omaira Gómez Tovar²; Angela María Henao Castaño³

Cómo citar este artículo: Fajardo Ramos, E., Gómez Tovar, O., & Henao Castaño, A.M. (2023). La Dama de la Lámpara y las emergencias en el mundo: un recuento histórico. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(65). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.65.09>

Received: 07/11/2022

Accepted: 21/02/2023



Copyright: © 2023. Remitido por los autores para publicación en acceso abierto bajo los términos y condiciones de Creative Commons Attribution (CC/BY) license.

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).

²Profesora asistente del programa de Enfermería, Facultad de salud. Universidad Surcolombiana.. Correo electrónico: omaira.gomez@usco.edu.co Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1054-8697>

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

* **Correspondencia:** Calle 62 No. 8-20 Condominio Vilanova, Torre 2 Apto 1101 Colombia, Ibagué (Tolima). Correo electrónico: efajardo@ut.edu.co

Abstract: Objective: To describe chronologically, the historical recount of the role that nursing has played since its inception as a profession, in emergencies and disasters of greater magnitude, relevance, that have occurred in the world and in Colombia. Methodology: The methodology used was historical narration following the hermeneutical synthesis method. The study sub-method was chronological and geographical. Results: The nursing profession has been undergoing an important transformation, due to the demands of society and technological developments. Among the main disasters that have occurred, nursing has played a very important role in preventing some of them and minimizing their collateral effects. Conclusion: It is possible to see how the different emergency events that have occurred throughout history and in different geographical locations around the world have favorably marked the development of nursing as a profession.

Keywords: History; Nursing; emergency, historical narration

Resumen: Objetivo: Describir de manera cronológica, el recuento histórico del papel que ha desempeñado enfermería desde sus inicios como profesión, en las emergencias y desastres de mayor magnitud, relevancia, ocurridos en el mundo y en Colombia. Metodología: La metodología empleada fue la narración histórica siguiendo el método de síntesis hermenéutico. El submétodo de estudio fue cronológico y geográfico. Resultados: La profesión de enfermería ha venido sufriendo una transformación importante, debida a las exigencias de la sociedad y a las novedades tecnológicas. Dentro de los principales desastres ocurridos, la enfermería ha jugado un papel muy importante en la prevención de alguno de ellos y minimizando los efectos colaterales de estos. Conclusión: Es posible ver cómo los distintos eventos de emergencias ocurridos a lo largo de la historia y en distintas



ubicaciones geográficas del mundo, han marcado favorablemente el desarrollo de la enfermería como profesión.

Palabras clave: Historia; enfermería; emergencia, narración histórica.

Resumo: Objetivo: Descrever, cronologicamente, o relato histórico do papel que a enfermagem desempenhou desde seu início como profissão, em emergências e desastres de maior magnitude, relevância, ocorridos no mundo e na Colômbia. Metodologia: A metodologia utilizada foi a narração histórica seguindo o método de síntese hermenêutica. O submétodo do estudo foi cronológico e geográfico. Resultados: A profissão de enfermagem vem passando por uma importante transformação, devido às demandas da sociedade e à evolução tecnológica. Dentre os principais desastres ocorridos, a enfermagem tem desempenhado um papel muito importante na prevenção de alguns deles e na minimização de seus efeitos colaterais. Conclusão: É possível perceber como os diferentes eventos de emergência ocorridos ao longo da história e em diferentes localizações geográficas do mundo marcaram favoravelmente o desenvolvimento da enfermagem como profissão.

Palavras-chave: História; Enfermagem; emergência, narração histórica.

INTRODUCCIÓN

La enfermería ha ocupado un papel importante en la historia (Hernández et al., 1997), especialmente ha sido protagonista en la atención de las mayores emergencias y desastres que se han presentado a lo largo del tiempo a nivel internacional y en Colombia (Ortiz, 2019). Por esta razón, el presente artículo tiene como objetivo presentar un recuento histórico del papel que ha desempeñado la enfermería desde sus inicios como profesión a partir de una mirada comprensiva y cronológica. Para conseguir dicho fin, se hace referencia a los desarrollos históricos más significativos que se han presentado en materia de investigación en enfermería, enfatizando en la experticia del profesional en enfermería que desde su origen le permitió adoptar el título de “Patrona de curación” (Figueras et al., 2009, p.10).

En efecto, el recorrido histórico empieza por ubicarse en la civilización romana donde aparecen los primeros hospitales vinculados al ejercicio militar, desde allí se procederá a presentar la evolución que ha tenido con la injerencia de instituciones como la iglesia y el Estado (Ferriol, 2018). De igual forma, a continuación se muestran las evidencias que demuestran que la enfermería ha cumplido, desde su origen, un papel fundamental en las sociedades: bien sea por su asistencia sanitaria en diversos campos de acción, como también por su función social de cuidado y apoyo a las personas más vulnerables de las comunidades. Estos son: i) la participación del cuerpo de enfermeras en la Primera Guerra Mundial; ii) la intervención de enfermeras en la atención de la Segunda Guerra Mundial; iii) la conformación del cuerpo de enfermería para atender a los soldados en el campo de batalla durante los conflictos armados internos en Latinoamérica desde 1944, por mencionar solo algunos casos particulares (Ortiz, 2019).

Todo esto permitirá comprender que la enfermería ha acompañado el devenir de la humanidad, pasando por diferentes estadios como lo son su vinculación a la milicia y su fuerte influencia religiosa, para proceder a convertirse en una profesión de carácter laico que ha ocupado un papel fundamental en el cuidado y atención de las necesidades básicas de las personas en tiempos de desastres y emergencias (Arco y Suarez, 2018).



METODOLOGÍA

El presente artículo corresponde a una narración histórica que sigue el método de síntesis hermenéutico, además de las descripciones históricas se realizó una interpretación y análisis de la influencia de dichos hechos para el desarrollo de la enfermería (Delgado, 2010). Así mismo, el submétodo de estudio fue cronológico y geográfico debido a que los hechos se presentan teniendo en cuenta el momento y lugar histórico.

La perspectiva filosófica que orienta este estudio parte de la consideración de la expansión de la historia al terreno investigativo desde los planteamientos de Hegel, donde se relata el desarrollo desde la libertad humana como descripción positiva de la realidad (Tkocz y Trujillo, 2018), al no tener un método estricto que limite el desarrollo narrativo. Así la realidad es vista como un todo (Sánchez, 2016).

Teniendo en cuenta que la visión del historiador anuncia el sentido de la verdad (Tkocz y Trujillo, 2018), en este artículo se describen algunos de las diferentes situaciones de emergencias y desastres ocurridos en diversos países, desde la perspectiva de las investigadoras como enfermeras. Lo que representa una visión constructiva que reúne hechos que favorecen la comprensión de las raíces históricas de la enfermería como profesión. El período de descripción histórica contenido en el presente artículo corresponde principalmente en el actual Siglo XX, sin embargo, parte de una breve contextualización desde el siglo V.

Para la recopilación de la información se llevó a cabo un proceso de revisión bibliográfica que tomó los siguientes criterios de selección: i) que se trataran de fuentes académicas; ii) el reconocimiento de los medios de comunicación como fuentes subsidiarias de la información; iii) que los acontecimientos narrados en torno a la participación de las enfermeras correspondiera principalmente al período descrito: Siglo XX. Para la consulta de las diversas fuentes se utilizaron bases de datos de uso libre, así como las correspondientes propiamente a los medios de comunicación y repositorios institucionales.

RESULTADOS

Recuento histórico del mundo

Desde sus orígenes y hasta la actualidad, la profesión enfermera ha venido sufriendo una transformación importante debido a las exigencias de la sociedad y a las novedades tecnológicas que hacen que la profesión esté en constante formación y adaptación. Haciendo un breve recorrido por la historia de la profesión enfermera, se encuentra que fue en la época romana donde empiezan a aparecer los primeros hospitales militares llamados “valetudinaria” y donde los propios soldados hacen trabajos de enfermería. Los desastres naturales se tomaban como un castigo divino y había resignación frente a estos (Ferriol, 2018).

En el siglo V, Santa Brígida quien era discípula de San Patricio se convierte en una abadesa famosa en Irlanda por ser experta en artes de curación y se le dio el título de “Patrona de curación”. Más adelante, aparecen los hospitales no monásticos fundados en el año 542 d. C., los cuales servían de casa de caridad y donde se realizaban trabajos



propios de enfermería. Las primeras enfermeras fueron mujeres viudas y pecadoras que como penitencia por sus pecados ofrecían su ayuda (Figueras y Arriazu, 2010).

El primer hospital fundado en España data del año 589, fundado por el obispo Mossova, la Iglesia es la primera institución en tomar conciencia de la asistencia sanitaria (Arjona, 2020). Con las órdenes de Caballería aparecen las órdenes militares de enfermería, eran un tipo especial de órdenes que surgieron en el seno de las hermandades militares. Existe poca información sobre como cuidaban los caballeros a los enfermos y heridos. En el inicio de la edad moderna se produce el descubrimiento de América en 1492, con él se da el comienzo del método científico y los experimentos clínicos, se descubren nuevas enfermedades y el funcionamiento del cuerpo humano; de igual forma, se desarrollan grandes avances y aumentan las diferencias entre la medicina y la enfermería.

Durante el reinado de los Reyes Católicos se impone una Seguridad Social y en cuanto a la formación, la medicina se constituye como ciencia y se empieza a dar formación universitaria. En el reinado de Felipe II, existen grupos que carecen de formación académica como barberos, algebristas (traumatólogos actuales) curadores de cataratas y matronas, a los que el Rey les concede licencias especiales para que puedan ejercer (Granjel, 1971). Pero no es hasta el reinado de Carlos I cuando se establece un reglamento donde se especifica la función que tiene el enfermero/a, se distinguen las figuras del enfermero mayor y los enfermeros asistenciales y las actividades y tareas de cada uno (Figueras y Arriazu, 2010). Las lluvias torrenciales que caían en Castilla hacían que se formaran constantemente aludes que sorprendían a la población sin una prevención adecuada y ocasionaban miles de muertos.

El período comprendido entre 1550 y 1650 se considera el “siglo de oro de la enfermería”, ya que tienen lugar hechos importantes como: Constitución y expansión de órdenes religiosas en enfermería en España (Hermanos de San Juan de Dios, Hermanos Camilos, Hijos de la Caridad, Hermanas de la Caridad). Influencia de la enfermería en el resto del mundo. Los primeros manuales y funciones de la enfermería aparecen en 1617 se imprime en Madrid la obra “Instrucción de enfermeros” de Andrés Fernández y también se publica el “Tratado de lo que se ha de hacer con los que están en el estadio de la muerte” (Centeno y Arandojo, 2018).

Dentro del manual “Instrucción de enfermeros”, se recogen conocimientos relativos a la enfermería y una descripción de técnicas y procedimientos utilizados por el enfermero, como las siguientes: Cuidados de enfermería en determinadas enfermedades y situaciones de urgencia. Preparación, indicación y administración de diferentes formas medicamentosas. Se introducen conceptos de patología. Consejos y orientaciones de anatomía. Consejos orientados sobre dietética. Priorización de cuidados. Terapéutica y enfermería. Tareas y funciones del enfermero (Centeno y Arandojo, 2018).

En esta época, los desastres naturales y las catástrofes eran tomadas como un castigo divino que azotaba sin piedad y que, si ocurría algo así, era porque la población estaba llena de pecados. En este orden de ideas, la prevención que se hacía en este tiempo era la de arrepentirse de los pecados en una iglesia y el papel de enfermería se basaba en la atención y recuperación de los sobrevivientes (García, 2017).

El nacimiento de la Enfermería Moderna se encuentra en la segunda mitad del siglo XX, un momento en que la sociedad inglesa tiene muchas necesidades sanitarias



(revolución industrial). La enfermería como se le conoce en la actualidad se le debe a Florence Nightingale, nacida en Florencia en 1820 en el seno de una familia adinerada y con estudios. A ella se le atribuye la profesionalización de la enfermería, es la fundadora de la enfermería protestante y laica; fundó la primera escuela de enfermeras en el Hospital de Santo Tomás que tiene un programa propio de tres años de formación y nombra directora a una matrona, allí las alumnas reciben formación teórica y práctica para finalmente realizar un examen. Las enfermeras una vez finalizado el periodo de formación pasan a trabajar a otros hospitales. Su libro “Notas de Enfermería” (1859) es también un instrumento de formación puesto que allí escribe contenidos profesionales de enfermería, siendo la primera vez que una enfermera establece cómo y qué debe hacer una enfermera (Young et al., 2011).

El papel de la Enfermería para la época fue trascendental, sobre todo en el acompañamiento y atención en los desastres, así como en la protección de las necesidades básicas de los más desfavorecidos (Centeno y Arandojo, 2018). Ya con la modernización por parte de Nightingale, la Enfermería fue tomando forma como disciplina y fue progresando en relación con otras profesiones (Young et al., 2011).

Dentro de los principales desastres que han ocurrido en el mundo, la enfermera ha jugado un papel muy importante en la atención de las personas y poblaciones, tanto en los lugares de los eventos como en la atención hospitalaria a quienes han sufrido mayor afectación. Así, las enfermeras han tomado ventajas de estas situaciones para aprender de estas experiencias, enriqueciendo los conocimientos desde la práctica de enfermería y en aporte a la salud pública, para desarrollar planes de reacción inmediata, reducción del impacto, y prevención de complicaciones. De esta forma, el rol de las enfermeras en situaciones de emergencia y desastres se ha venido definiendo, gracias al aprendizaje tomado en cada experiencia. Destacándose las amplias habilidades básicas de cuidado, la resolución intuitiva de problemas y un sentido de unidad del personal (Stangeland, 2010).

A continuación, se presenta un breve recuento de los más importantes y el correspondiente papel de enfermería en cada uno de ellos.

Principales desastres en el siglo XVIII

Sismo en Tabriz (Irán) 1721

Tabriz es una ciudad situada al Noroeste de Irán, capital de la provincia de Azerbaiyán Oriental, con una población de alrededor de 2.2 millones de habitantes. Se encuentra al Norte de la cordillera de Sahand, a 1.400 m sobre el nivel del mar, en las orillas del río Adji Shai (Talkheh). Es la cuarta ciudad de Irán, siendo el centro comercial e industrial además de un nudo de transportes. Su histórico bazar fue declarado Patrimonio de la Humanidad por la Unesco el 31 de julio de 2010 (Machado, 2016).

La región Noroeste de Irán y en especial Tabriz han sufrido incontables desastres naturales, específicamente, terremotos que dejan decenas de miles de muertos y heridos.



En el año 1721, cuando la ciudad estaba bajo el mando de los turcos otomanos, ocurrió el desastre que dejó más de 40.000 muertos y 45.000 heridos. La ciudad, que era un gran fortín, quedó abandonada por espacio de 6 meses (Machado, 2016).

El papel de enfermería tuvo poca relevancia, ya que a pesar del gran conocimiento en salud y en matemáticas del mundo musulmán, no existió cultura de prevención, y luego del evento. La población salió despavorida hacia otras regiones de Irak.

Terremoto de Valparaiso (Chile) 1730

Fue un movimiento sísmico ocurrido a las 04:45 (hora local) del 8 de julio de 1730, con epicentro en el sitio que ocupa actualmente la ciudad de Viña del Mar (al norte de Valparaíso) Chile. Fue percibido desde Iquique hasta Osorno, y dañó la infraestructura de las ciudades de Valparaíso, Santiago, La Serena y Concepción, las cuatro más pobladas del país. Esto provocó un maremoto muy destructivo en toda la zona central de Chile lo que obligó a las autoridades a dedicar su empeño en la reconstrucción de las ciudades. En aquel tiempo la población era en su mayoría rural y estaba radicada en las haciendas, caseríos o a orillas de los pocos caminos (Cabrera, 2011).

El papel de la Enfermería en este desastre fue en las labores de rescate y en la atención de una gran epidemia de viruela que mató a gran parte de los sobrevivientes al terremoto y el maremoto ocasionado por este (Cabrera, 2011).

Terremoto de Lisboa (Portugal) 1755

El terremoto de Lisboa de 1755 tuvo lugar entre las 09:30 y las 09:40 horas del 1 de noviembre de 1755 y se caracterizó por su gran duración dividida en varias fases, así como por su virulencia causando la muerte de entre 60 000 y 100 000 personas. El sismo fue seguido por un maremoto y un incendio que causaron la destrucción casi total de Lisboa. El terremoto de 8.7 Richter afectó a la capital lusitana provocando 70.000 muertes. Mucha gente huyó al río Tajo en busca de un lugar seguro, pero fueron arrasados por un tsunami (Noragueda, 2015).

El 1 de noviembre de 1755, mientras se celebraban misas con decenas de miles de fieles por el católico Día de Todos los Santos en las cuarenta iglesias, los noventa conventos y los 130 oratorios con los que contaba entonces la ciudad, sobrevino un terremoto de al menos 8,5 grados en la escala de Richter. Según el periodista norteamericano Nicholas Shrady, autor del libro *The Last Day*, sobre esta hecatombe, “de todas las capitales, esta era la que más se asemejaba a una ciudad de Dios en la tierra, que parecía el último lugar sobre el que se podía desatar la ira divina” porque “era una ciudad rebotante de devoción”, cuya céntrica Plaza del Cossío servía para la quema de herejes por parte de la Inquisición (Noragueda, 2015).

Esta devoción jugó un papel muy importante dentro de la Enfermería que hacía que en la ciudad existieran muchos grupos religiosos dedicados a la visita de enfermos y



al cuidado de estos, lo que provocó que después del desastre estos grupos se dispersaran por la ciudad y ayudaran a la población civil.

En general, los eventos ocurridos en este periodo de tiempo muestran el importante rol que tuvo enfermería principalmente desde la salud curativa, atendiendo a quienes padecieron las mayores consecuencias tanto por el evento como por epidemias derivadas del aglutinamiento de los sobrevivientes. Además, es notable el alto influjo de la religión en la profesión de enfermería, ya que gran parte de la labor y dedicación al cuidado, surgió del compromiso religioso de ayudar al más necesitado, como lo promueve el cristianismo.

Principales desastres en el Siglo XIX

Terremoto de Santiago (Chile) 1850

El terremoto de Santiago de 1850 fue un sismo registrado el del 6 de diciembre de ese año a las 6:52. Tuvo una magnitud de 7,3 en la escala sismológica de Richter, cuyo epicentro fue en la zona del Cajón del Maipo, a 14 km al sur de San José de Maipo. Este evento pudo ser precursor de otro sismo ocurrido en 1958 cuyo epicentro estuvo situado en el mismo punto (Las melosas) (Silva, 2008).

Se estima que su intensidad fue de aproximadamente 7 grados en la escala de Mercalli Modificada (Mw). Si bien hubo muchos damnificados, se dañaron unas pocas edificaciones públicas, entre ellas sufría levemente el nuevo palacio de gobierno instalado el viejo edificio de La Moneda. Este evento provocó la muerte de 105 personas, causó 645 heridos y aproximadamente 20.000 damnificados. El papel de Enfermería en este desastre fue de mayor prevención por los terremotos anteriores en esta misma zona, disminuyendo el número de muertos y evitando la propagación de epidemias (Silva, 2008).

Erupción del Volcán Tambora (Indonesia) 1815

El Monte Tambora, uno de los volcanes más importantes del mundo, llevaba dando muestras de actividad desde 1812, cuando empezó a retumbar y a generar una nube negra. En aquellos tiempos, desgraciadamente, la predicción de erupciones no estaba tan avanzada ni tampoco sabían como ahora qué hacer en caso de erupción volcánica. El 5 de abril de 1815, se produjo una erupción moderada seguida de sonidos atronadores que pudieron escucharse a más de 1.000 kilómetros de allí (ABC, 2015).

Fue la erupción volcánica más grande que se ha registrado; se escuchó a más de 2500 kilómetros de distancia y la ceniza cayó a más de 600 kilómetros de allí. También fue la causa de un tsunami de tamaño moderado que azotó las costas de varias islas en Indonesia, con una altura de hasta 4 metros en Sagar. El papel de Enfermería fue muy poco relevante, ya que no había prevención y, además, los pocos lugares donde se atendía a la población se encontraban muy dispersos e incomunicados entre sí (ABC, 2015).



Los eventos ocurridos en este segmento del tiempo muestran dos lados opuestos en la labor de enfermería, en el primero que fue un terremoto, quizá el menos probable de prevenir, pero en el cual hubo mayor participación de enfermería cuidando a los afectados, incluso hubo acción preventiva que probablemente fue sobre complicaciones. Mientras que en el segundo, correspondiente a una erupción volcánica, desastre que actualmente es bastante factible de predecir gracias a los avances con sensores de monitorización, se caracterizó por nula participación de enfermería. Siendo notorias las amplias dificultades de dicha época para la comunicación, el acceso y atención en salud.

Principales desastres de los siglos XX y XXI

Inundaciones del Rio Amarillo (China) 1938

Fue una inundación provocada por el Gobierno nacionalista de China central durante las etapas iniciales de la segunda guerra Chino-japonesa en un intento de frenar el rápido avance de las fuerzas japonesas. Ha sido llamado "el mayor acto bélico medioambiental de la historia" (RT, 2016).

Para detener mayores avances japoneses hacia la parte occidental y meridional de China, Chiang Kai-Shek, a sugerencia de Chen Guofu, determinó abrir los diques del río Amarillo cerca de Zhengzhou. El plan original era destruir el dique en Zhaokou, pero debido a las dificultades en el lugar el dique fue destruido el 5 y 7 de junio en Huayuankou, en la ribera sur las aguas fluyeron hacia Henan, Anhui, y Jiangsu. Las inundaciones cubrieron y destruyeron miles de kilómetros cuadrados de tierra cultivable y trasladaron la boca del río Amarillo cientos de millas hacia el sur. Miles de villorios fueron inundados o destruidos y varios millones de habitantes desplazados de sus hogares y convertidos en refugiados. Una comisión oficial nacionalista de post-guerra estimó que 800.000 se ahogaron, lo que podría ser un número pequeño (Gil, 2020).

El papel de Enfermería fue escaso ya que tomó por sorpresa esta acción y no había mayor prevención ni planes de contingencia para algo así, máxime que el control lo tenía el Gobierno. Luego del evento, enfermería se encargó de la recuperación de los sobrevivientes y de la reestructuración del sistema de salud en los lugares afectados (Wiecheu, 2010).

Inundación en el Mediooeste de Estados Unidos, 1943

En la primavera de 1943 en fuertes lluvias generaron innundaciones en el mediooeste de Estados Unidos. Estas inundaciones afectaron el área de Arkansas, Illinois, Kansas, Missouri, and Oklahoma. En esta emergencia, 148 enfermeras prestaron sus servicios a las personas ubicadas en las área más afectadas. Dentro del tipo de atención brindado por las enfermeras en esta situación fueron: valoración de la salud de los habitantes en su admisión y diarimente, vacunación de todas las personas en los albergues, atención en emergencias médicas y dentales según necesidad, valoración y aislamiento de casos de personas u objetos sospechosos de contaminación con enfermedades transmisibles, registro y seguimiento a gestantes, supervisión a niños y jóvenes, cuidados especiales a convalecientes y personas con enfermedades crónicas causadas o agravadas por el desastre, y supervisión de la casa de atención sanitaria y albergues.



Terremoto de Ciudad de México D.F (México) 1985

El terremoto de México de 1985 fue un sismo ocurrido a las 07:17:47 hora local (UTC-6), del Jueves 19 de septiembre de 1985, que alcanzó una magnitud de 8.1 (MW). El epicentro se localizó en el Océano Pacífico mexicano, cercano a la desembocadura del río Balsas en la costa del estado de Michoacán, y el hipocentro a 15 kilómetros de profundidad bajo la corteza terrestre.

El sismo afectó en la zona Centro, Sur y Occidente de México, en particular el Distrito Federal, en donde se percibió a las 07:19 hora local. Ha sido el más significativo y mortífero de la historia escrita de dicho país y su capital, y superó en intensidad y daños al registrado en 1957, que hasta entonces había sido el más notable en la ciudad. La réplica acontecida un día después, la noche del 20 de septiembre de 1985, también tuvo gran repercusión para la capital al colapsar estructuras reblandecidas un día antes (Figueras y Arriazu, 2010).

El número preciso de muertos, heridos y daños materiales nunca se conoció y sólo existen estimaciones que van desde los 3.192 (cifra oficial) hasta las 20.000; los daños fueron calculados en 8 mil millones de dólares, 250.000 personas sin casa y 900.000 que tuvieron que abandonar sus hogares. Las tareas de rescate se prolongaron hasta el mes de octubre, y la de remoción de escombros hasta diez años después. En 2015 aún existen campamentos derivados de los sismos (Figueras y Arriazu, 2010).

Había programas de prevención por los antecedentes sísmicos en esta zona, como el producido en 1957, pero la magnitud fue mayor a la esperada y tomo por sorpresa. Ante la carencia generalizada en el país de una cultura de la protección civil, de protocolos de acción y de recursos de toda índole ante las grandes catástrofes una generalizada inacción y minimización de las consecuencias por parte del gobierno encabezado a nivel federal por el entonces presidente Miguel de la Madrid Hurtado. El estado vivido en las 48 horas siguientes al sismo fue de un caos generalizado que fue paliado por la organización de la sociedad capitalina al autoorganizarse en el rescate y asistencia de las víctimas y damnificados, con la ayuda del personal de salud (BBC Mundo, 2015).

Terremoto del Océano Índico. 2004

El terremoto se originó en el océano Índico justo al Norte de las Islas Simeulue, en la costa occidental de Sumatra del Norte. El tsunami resultante del terremoto devastó las costas de Indonesia, Sri Lanka, India, Tailandia y de otros países con olas que llegaron a los 30 m. Causó muertes y daños serios hasta la costa del Este de África y la muerte registrada más lejana debido al tsunami ocurrió en Rooi Els, Sudáfrica, a 8.000 kilómetros del epicentro. En total, ocho personas murieron en Sudáfrica debido a los altos niveles de las olas del mar (Cueto, 2019).

La situación apremiante de miles de personas damnificadas de varios países incitó una respuesta humanitaria extensiva. En total, la comunidad mundial donó más de \$7 mil millones (dólares de los Estados Unidos, 2004) en ayuda humanitaria a los afectados por el terremoto. Hubo un gran papel por parte de Enfermería, ya que se elaboraron planes de contingencia para evitar futuros eventos similares, se activó toda la red de apoyo



y de ayuda humanitaria para ayudar a los sobrevivientes y a la reconstrucción de esta zona. Se fomentó la creación de centros de salud y se realizó en forma interdisciplinaria, simulacros para estar preparados en caso de un nuevo terremoto y posterior tsunami (Cueto, 2019).

Huracán Katrina (Estados Unidos) 2005

Este huracán fue de categoría 4, es decir con vientos entre 131 y 155 millas por hora. Fue el desastre natural más costoso y el segundo que ocasionó más muertes. Además del huracán, la tormenta generó la rotura de los diques causando inundaciones que obligaron a evacuar al 80% de los habitantes de Nueva Orleans. En total 1836 personas fallecieron. Las enfermeras fueron el eje central en la respuesta inicial a este desastre. Los mayores requerimientos de atención fueron por las patologías crónicas y los problemas derivados de estas. Se destacó el valioso liderazgo de las enfermeras en la atención a toda la población, la organización de los equipos de salud y de los refugiados, la administración de los recursos en salud y de cuidados paliativos, administración de medicamentos, gestión del flujo de pacientes, control de inventarios y del personal. Así, hubo más necesidad de atención de enfermería que de intervención médica (Klein & Nagel, 2007).

Recuento histórico en Colombia

Colombia, como el resto del mundo, ha sufrido las inclemencias de la furia de la naturaleza que, combinada con la falta de prevención del riesgo, ha ocasionado pérdidas materiales y humanas. La Enfermería ha jugado un gran papel que ha ido progresando con la experiencia de eventos anteriores. Algunos de estos eventos fueron:

Terremoto en Popayán (Cauca) 1983

El 31 de marzo de 1983, a las 8:15 de la mañana, la ciudad de Popayán (Cauca), sufrió un terremoto de magnitud 5.5 en la escala de Richter. El 70% de los edificios sufrieron desperfectos de mayor o menor cuantía. Dos mil quinientas viviendas (12% del total) fueron completamente destruidas y 6 mil 680 (34%) fueron severamente dañadas. El terremoto ocurrió cuando se estaban celebrando los oficios del Viernes Santo y la Catedral sufrió serios daños. Como consecuencia, el 25% de todas las muertes causadas por el terremoto ocurrieron allí y dejó una gran secuela para la ciudad y su población (Vanguardia, 2014).

A partir de este evento, Enfermería empezó a realizar campañas de prevención para evitar eventos como este, ya que la ciudad se encuentra sobre una falla geológica y muy cerca de la confluencia de las placas tectónicas del subcontinente suramericano y el Cinturón de Fuego del Pacífico. Las campañas de sensibilización se realizan frecuentemente y además se realizan simulacros periódicos en colaboración con otras disciplinas.

Avalancha de Armero (Tolima) 1985

La Tragedia de Armero (Tolima) ocurrió el 13 de noviembre de 1985, cuando aproximadamente a las 11:30 p.m., una avalancha del río Lagunilla ocasionada por la erupción del cráter Arenas del volcán nevado del Ruiz borró del mapa a la población de Armero y dejó un saldo aproximado de unos 25 mil muertos, 20.611 damnificados y



heridos, además de incalculables pérdidas económicas: 4 mil 400 viviendas, 19 puentes, \$1.400 millones de pesos colombianos del comercio (Vanguardia, 2014).

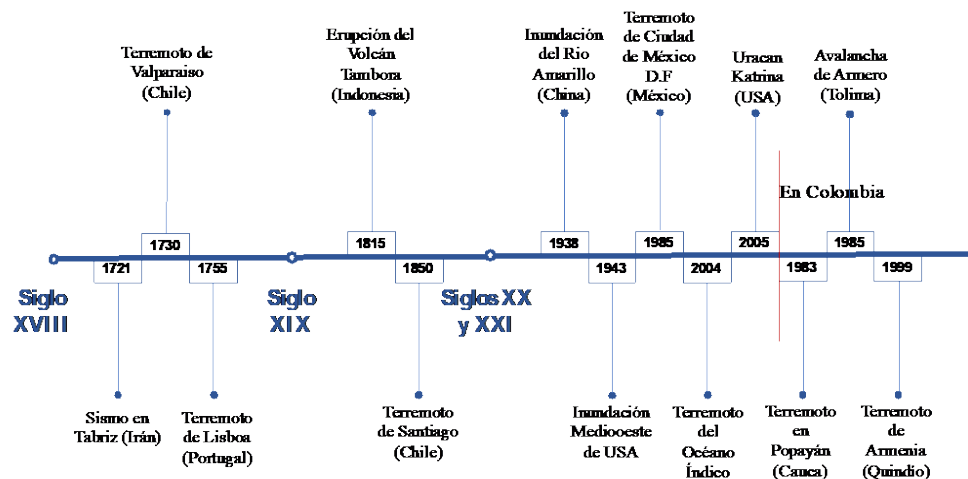
El papel de Enfermería fue muy importante en las labores de rescate que tenían como sede Lérica (Tolima) y que ayudo a trasladar los heridos a diversos lugares del país para su recuperación. Pero también hubo desorganización y falta de planeación, ocasionando la pérdida de niños y el alejamiento de muchos miembros de una misma familia (Blanco, 2018).

Terremoto de Armenia (Quindío) 1999

El terremoto de Armenia (Quindío), el 25 de enero de 1999, con una intensidad de 6.4 grados en la Escala de Richter, es un desastre natural que afectó a 18 ciudades y 28 pueblos de los departamentos del eje cafetero, y en menor grado, las ciudades de Pereira y Manizales. Cerca del 60% de las estructuras existentes en Armenia colapsaron, debido a la gran cantidad de edificaciones antiguas, construidas sin requerimientos técnicos y la falta de planeación urbana y estudios de tierra.

El terremoto produjo la muerte de aproximadamente mil personas y a partir de allí, Enfermería diseñó planes de contingencia, se realizaron campañas de sensibilización entre la población y se reiteró la importancia de estar preparados para un evento de esta magnitud. También se realizan simulacros periódicos para fortalecer la prevención (Freire, 2013).

Figura 1. Resumen de las principales emergencias en el mundo del Siglo XVIII al siglo XXI



Fuente: Elaboración propia

Competencias Agregadas y Desafíos Tecnológicos

Desafortunadamente es importante reconocer que ha sido a partir de las experiencias ante los eventos ocasionados por fenómenos naturales que a nivel del mundo y de Colombia se han ido diseñando e implementando estrategias de prevención enfocadas a



minimizar y/o eliminar los riesgos de ocurrencia de daños en lo relacionado con vidas humanas y materiales.

Los desarrollos en ciencia y tecnología que se han incorporado en la prevención y atención de desastres han tenido un impacto positivo porque gracias a ellos se disminuyen los tiempos de ubicación de sobrevivientes aumentando la probabilidad de encontrar personas con vida y por ende facilitando las acciones de salvamento entre otras.

CONCLUSIÓN

Es posible ver cómo los distintos eventos de emergencias ocurridos a lo largo de la historia y en distintas ubicaciones geográficas del mundo, han marcado favorablemente el desarrollo de la enfermería como profesión, al igual, es notable la adecuada respuesta de las enfermeras al enfrentar estos eventos y aportar desde su conocimiento y ejecución de diversas intervenciones para salvaguardar vidas y recuperar más prontamente a los más afectados.

Sin lugar a duda, la historia de los grandes desastres deja una lección significativa: “la educación es un componente esencial en el rol del profesional en enfermería” (De Arco, 2018, p. 177). De hecho, el desarrollo de un constante programa de formación que incluya, además de los saberes disciplinares, conocimientos sobre el entorno social, económico, político, cultural, geográfico y demográfico permite que los profesionales en enfermería cuenten con una mayor preparación para desplegar, evaluar y propagar su conocimiento de la formación.

En conclusión, la narración histórica que se llevó a cabo a lo largo de este artículo demuestra que el profesional de enfermería no solamente es responsable del cuidado de la persona que se encuentra enferma, sino que también lo es de su familia y la comunidad a la que pertenecen. Lo anterior implica, entre otras cosas, la necesidad de desarrollar las competencias adecuadas que le permitan llevar a cabo el dominio de situaciones administrativas y asistenciales propias de su ejercicio profesional. En efecto, las grandes catástrofes han demostrado en la historia que el servicio de enfermería no se detiene y que, a pesar de las dificultades, siempre mantiene presente en el quehacer cotidiano de las sociedades.

BIBLIOGRAFIA

ABC. (27 de agosto de 2015). *La erupción volcánica que dejó al mundo sin verano y dio a luz a Frankenstein*. Recuperado de <https://www.abc.es/cultura/20150826/abci-erupcion-volcan-oscurcio-mundo-201508251356.html?ref=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F>

Arjona, A. (17 de mayo de 2020). *Isabel la Católica, 'enfermera' y responsable del primer hospital de campaña de España*. Recuperado de <https://www.revistavanitfair.es/realeza/articulos/isabel-la-catolica->



enfermera-y-responsable-del-primer-hospital-de-campana-de-espana/44967#:~:text=Fue%20entonces%20cuando%20surgi%C3%B3%20la,El%20Hospital%20de%20la%20Reina.

BBC Mundo. (18 de septiembre de 2015). *Terremoto de 1985: el devastador sismo que cambió para siempre el rostro de Ciudad de México*. Recuperado de https://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/09/150917_mexico_sismo_antes_despues_fotos_an

Blanco, Y. (2018). *Niños y niñas perdidos en la avalancha de Armero: una mirada desde trabajo social*. Recuperado de <https://repositorio.unicolmayor.edu.co/bitstream/handle/unicolmayor/3642/LOS%20NI%C3%91OS%20Y%20NI%C3%91AS%20PERDIDOS%20DE%20LA%20AVANLANCHA%20DE%20ARMERO.pdf?sequence=2>

Cabrera, N. (2011). *Terremotos gigantes en la zona central*. Valparaíso: Instituto de Historia PUCV.

Centeno, J., & Arandojo, M. (2018). La enfermería en España desde el siglo XVI hasta XIX a través de las fuentes documentales (Trabajo de Adaptación al Grado de Enfermería). *Cantarida*, 12(28), 1-5.

Cueto, J. (26 de diciembre de 2019). Tsunami del océano Índico en 2004: "La ola fue una explosión y al segundo estaba en lo profundo del mar ahogándome". Recuperado de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-50851179>

De Arco, O. (2018). Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. *Universidad y salud*, 20(2), 171-182.

Delgado, G. (2010). Conceptos y Metodología de la Investigación histórica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(1), 9-18.

Ferriol, L., Ferriol, M.R., & Fleites, C. (2018). Roma: imperio, cultura y medicina. *Cultura y medicina*, 12(2). Recuperado de <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/941/1158>

Figueras, I., Arriazu, I., & Capdevila, M. (2008). *Análisis de las competencias de la enfermería en emergencias extrahospitalarias*. Barcelona: Fundación "La Caixa".

Figueras, I., & Arriazu, I. (2010). *Análisis de las Competencias de la Enfermería en Emergencias Extrahospitalaria (Tesis de Maestría)*. Barcelona: Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona.

Freire, L. (2013). *Papel del personal de Enfermería en situaciones de desastres*. Recuperado de https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/17315/TFM_Lidia%20Freire.pdf;jsessionid=BBA7E82EC9FAE49F04F866467014375B?sequence=6

García, V. (2017). Divinidad y desastres. *Revista de historia moderna*, 35(1), 46-82.

Gil, P. (4 de febrero de 2020). Desastre del Río Amarillo. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/445587182/desastredel-rio-amarillo-docx>

Granjel, L. (1971). La Medicina Española en la Época de los Reyes Católicos. *Medicina & historia: Revista de estudios históricos de las ciencias médicas*, 1, 7-26.

Hernández, F., Gallego, R., Alcaraz, J., & González, M. (1997). La enfermería en la historia. *Cultura de los cuidados*, 1(2), 21-35.

Klein, K. R., & Nagel, N. E. (2007). Mass Medical Evacuation: Hurricane Katrina and Nursing Experiences at the New Orleans Airport. *Disaster Management and Response*, 5(2), 56-61. <https://doi.org/10.1016/j.dmr.2007.03.001>



Machado, Z. (2016). *Tabriz, la ciudad de Irán sin mendigos*. Recuperado de <https://www.elmundo.es/internacional/2015/12/12/566b15d046163f355e8b45e9.html>

Noragueda, C. (3 de diciembre de 2015). *El terremoto de Lisboa de 1755: la catástrofe perfecta*. Recuperado de <https://hipertextual.com/2015/12/terremoto-lisboa>

Ortiz, A. (2019). *El rol de enfermería en urgencias, emergencias y desastres*. Recuperado de <http://repository.unac.edu.co/bitstream/handle/11254/914/Proyecto%20de%20Grado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

RT. (26 de abril de 2016). *Los siete peores desastres de la historia provocados por el ser humano*. Recuperado de <https://actualidad.rt.com/actualidad/205861-desastres-historia-provocar-hombre-fotos>

Sánchez, A. (2016). Ortega y Hegel. La interpretación de la historia y sus trampas. *Daimon Revista Internacional de Filosofía*, 67(1), 57-72.

Silva, N. (2008). *Caracterización y determinación del peligro sísmico en la región metropolitana*. Recuperado de https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/103283/silva_nb.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Stangeland, P. A. (2010). Disaster nursing: A retrospective review. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 22(4), 421-436. <https://doi.org/10.1016/j.ccell.2010.09.003>

Tkocz, I., & Trujillo, J. (2018). Historia y sus métodos; el problema de la metodología en la investigación histórica. *Debates por la Historia*, 6(1), 117-140.

Vanguardia. (25 de abril de 2014). *Los 10 desastres naturales que marcaron al país*. Recuperado de <https://www.vanguardia.com/deportes/mundial-de-futbol/los-10-desastres-naturales-que-marcaron-al-pais-IWVL26659>

Wiecheu, W. (2010). *Cambios climáticos globales y crisis socio-ambientales en la cultura milenaria de China*. Madrid: SEGIB.

Young, P., Hortis, V., Chambi, M., & Finn, B. (2011). Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento. *Revista Médica de Chile*, 139(6), 807-813.



Impacto del terremoto más potente de la humanidad en el desarrollo profesional de la enfermería en el sur de Chile

The Impact of humankind's most powerful earthquake on the professional development of nursing in the South of Chile

Impacto do terremoto mais poderoso da humanidade no desenvolvimento profissional da enfermagem no sul do Chile

Lucía Catalán^{1*}; María José Marín²; Carolina Concha Muñoz³ & Edith Rivas Riveros⁴

Cómo citar este artículo: Catalán, L., Marín, M., Concha C., & Rivas E. (2023). Impacto del terremoto más potente de la humanidad en el desarrollo profesional de la enfermería en el sur de Chile. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(65). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.65.10>

Received: 07/08/2022

Accepted: 29/11/2023.



Copyright: © 2023. Remitido por los autores para publicación en acceso abierto bajo los términos y condiciones de Creative Commons Attribution (CC/BY) license.

¹Magíster en Enfermería mención Gestión del Cuidado. Escuela de Enfermería, Facultad de ciencias para el cuidado de la salud, Universidad San Sebastián, Chile. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7060-473X>; Correo electrónico: luciacatalan@gmail.com

²Magíster en Enfermería mención Gestión del Cuidado. Escuela de Enfermería, Facultad de ciencias para el cuidado de la salud, Universidad San Sebastián, Chile. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2901-6172>; Correo electrónico: maria.marin@uss.cl

³Magíster en enfermería. Magíster en educación para ciencias de la salud. Facultad de ciencias para el cuidado de la salud, Universidad San Sebastián, Chile. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5127-3242>; Correo electrónico: carolina.concha@uss.cl

⁴Doctora en Enfermería, Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9852-4534>; correo electrónico: edith.rivas@ufrontera.cl

***Correspondencia:** Dirección: Los silos 151 casa 93, Valdivia, Chile. Código Postal: 5112130 Correo electrónico: luciacatalan@gmail.com

Abstract: Introduction: Natural catastrophes influence the progress of nursing. The largest recorded earthquake in the world occurred in the South of Chile and is documented as driving the development of nursing in the city of Valdivia, but not in similarly-affected places. Objective: To describe the impact of the mega-earthquake of 1960 in the development of professional nursing in Los Lagos. Methodology: qualitative-historical study. Snowball sampling. Data collection through semi-structured interviews and secondary sources. Inclusion criteria: belonging to the health team of the place and period studied. Informants with cognitive deterioration were excluded. Thematic analysis was carried out. Atlas Ti version 8.3.0 was used. Study approved by ethics committee. Results: in 1960 there were no nurses in Los Lagos and the only hospital in the area was incapacitated. A field hospital was installed, and a new hospital was built with national and international help, which led to arrival of the earliest nurses. Conclusion: the mega-earthquake drove the improvement of health infrastructure and the subsequent arrival of the earliest nurses, which contributed to more complex local health services and raised the quality of care.

Keywords: History of nursing; natural disasters; nursing care; qualitative research.

Resumen: Introducción: Las catástrofes naturales influyen en el progreso de la enfermería. En el sur de Chile ocurrió el mayor terremoto registrado en el mundo y está documentado cómo impulsó el desarrollo de la enfermería en la ciudad de Valdivia, pero no en otras localidades igual de afectadas. Objetivo: Develar el impacto del mega terremoto de 1960 en el desarrollo de la enfermería profesional en Los Lagos. Metodología: Estudio cualitativo histórico. Muestreo bola de nieve. Recolección de datos mediante entrevistas semiestructuradas y fuentes secundarias. Criterio de inclusión:



pertenecer al equipo de salud del lugar en el periodo estudiado. Se excluyó informantes con deterioro cognitivo. Se realizó análisis temático. Se utilizó software Atlas Ti versión 8.3.0. Estudio aprobado por comité de ética. Resultados: En 1960 no existían enfermeras en Los Lagos y el único hospital del lugar quedó inhabilitado. Se instaló un hospital de campaña y, gracias a ayuda nacional e internacional, se construyó un nuevo hospital lo que desencadenó la llegada de las primeras enfermeras. Conclusión: El mega terremoto impulsó la mejora de la infraestructura sanitaria y la consecuente llegada de las primeras enfermeras, lo que contribuyó a complejizar las prestaciones de salud local y elevó la calidad de los cuidados.

Palabras clave: Historia de la enfermería; desastres naturales; atención de Enfermería; rol de la enfermera.

Introdução: Os desastres naturais influenciam o progresso da enfermagem. O maior terremoto registrado no mundo ocorreu no sul do Chile e está documentado como promoveu o desenvolvimento da enfermagem na cidade de Valdivia, mas não em outros locais igualmente afetados. Objetivo: Revelar o impacto do mega terremoto de 1960 no desenvolvimento da enfermagem profissional em Los Lagos. Metodologia: Estudo qualitativo histórico. Amostragem de bola de neve. Coleta de dados por meio de entrevistas semiestruturadas e fontes secundárias. Critérios de inclusão: pertencer à equipe de saúde do local no período estudado. Foram excluídos informantes com comprometimento cognitivo. Foi realizada análise temática. Foi utilizado o software Atlas Ti versão 8.3.0. Estudo aprovado por comitê de ética. Resultados: Em 1960 não havia enfermeiros em Los Lagos e o único hospital da região estava desativado. Foi instalado um hospital de campanha e, graças a ajudas nacionais e internacionais, foi construído um novo hospital, o que desencadeou a chegada dos primeiros enfermeiros. Conclusão: O megaterremoto promoveu a melhoria da infraestrutura de saúde e a consequente chegada dos primeiros enfermeiros, o que contribuiu para tornar os serviços de saúde locais mais complexos e elevar a qualidade do atendimento.

Palavras chave: História da Enfermagem; desastres naturais; cuidados de enfermagem; pesquisa qualitativa; papel do Profissional de Enfermagem.

INTRODUCCIÓN

El estudio de la historia de la enfermería permite comprender la estructura del pensamiento profesional que emerge de experiencias pasadas y que impulsa la innovación, fortalece valores, genera cultura e identidad (Milos et al., 2010; Rovere & Sacchetti, 2011). Los desastres naturales son hechos históricos que aumentan las demandas de salud de la población, por lo tanto, conocer el desempeño de los enfermeros durante esos acontecimientos tiene un gran valor para esta profesión que es mayoritaria en el sector salud (Sato et al., 2014).

El 22 de mayo de 1960 ocurrió el mayor terremoto registrado en el mundo, con una magnitud de 9,5 grados en escala de Richter y con epicentro en Valdivia, una ciudad al sur de Chile (Ver imagen 1) (Haefele et al., 2018). Durante este terremoto, el margen occidental de la placa sudamericana se sacudió hasta 20 metros con relación a la subduciente placa de Nazca, en un área de 1,000 km de largo por 150 km de ancho (Atwater et al., 2001). Este gran cataclismo, desencadenó otros desastres naturales como erupciones volcánicas, un tsunami que azotó Corral destruyendo unas 1.200 casas y que se propagó a través del océano Pacífico, causando la muerte de 61 personas en Hawai y 138 en Japón, con daños equivalentes a 125 millones de dólares en aquellas localidades (Atwater et al., 2001; González, n.d.; Rodríguez & Viñas, 1996). Además, tuvo efectos en la geografía como hundimiento de la costa valdiviana y pérdida de 25 mil hectáreas de suelos cultivables (Lazo, 2008). Sumado a lo anterior, hubo grandes derrumbes que provocaron la obstrucción de uno de los principales ríos de la región, el Río San Pedro, que era la vía por la cual



las aguas del lago Riñihue y una red de siete lagos interconectados desembocaban en el océano Pacífico. Esto provocó que posterior al terremoto la atención de la prensa y de las autoridades estuviera en Los Lagos, un pueblo ubicado en la ribera de este río y que estaba destinado a desaparecer si esta gran represa natural se desbordaba, ya que el caudal se liberaría a gran velocidad y arrasaría con todo a su paso (Ver imagen 2). El 23 de julio del mismo año se produjo este temido fenómeno que se denominó “Riñihuazo”, y que se refiere al momento en que se liberaron las aguas del lago, pero esto no ocurrió de forma violenta sino que en lenta y uniforme riada, gracias al heroico esfuerzo de cientos de hombres que trabajaron durante meses sólo con palas para que el restablecimiento del flujo del río fuera más controlado (Castedo, 1961; Hernández, 1960).

Todas estas catástrofes ocurrieron cuando Chile contabilizaba 7,5 millones de habitantes aproximadamente, de los cuales 265.147 pertenecían a la provincia de Valdivia (Lazo, 2008). La situación de salud se caracterizaba por una esperanza de vida de 57 años, un 50% de los menores de 18 años había sufrido desnutrición, la mortalidad infantil se mantenía sobre 100 por mil recién nacidos vivos y Valdivia tenía la cifra más alta del país (Taucher, 1979). La viruela y el tifus exantemático eran epidemias ya controladas, no obstante, continuaba la lucha contra el sarampión y la difteria (Laval & Ferreccio, 2007). En 1952, se creó el Servicio Nacional de Salud con el objetivo de mejorar el acceso de la comunidad a la atención de salud por medio de programas de inmunización ampliada, cuidado profesional del embarazo y parto, control de la desnutrición y de la diarrea infantil (Jiménez, 2001). Sin embargo, para poner en marcha aquellos programas, era necesario contar con profesionales y las escuelas de enfermería de la época no contaban con la capacidad formadora suficiente (Paredes & Rivas, 2014). Los efectos biopsicosociales del mega terremoto de 1960 agudizan las carencias del sistema sanitario pues generó un total de 5.700 víctimas, entre muertos y desaparecidos (Román, 2020). Más de 20.000 personas quedaron damnificadas, miles aisladas y desabastecidas producto de caminos intransitables, sin servicios básicos y múltiples edificaciones resultaron destruidas o inundadas (Haelele et al., 2018; Román, 2020). Sumado a esto, hubo deterioro de la infraestructura sanitaria ya que el Hospital de Valdivia, que era centro de salud de referencia del sur de Chile, quedó destruido y perdió 3 de sus 8 pisos (Rodríguez & Viñas, 1996).

La literatura describe cómo estos desastres naturales influyeron en el desarrollo de la enfermería en la ciudad de Valdivia, donde destaca el aumento de la dotación de enfermeras en la zona y el comienzo de la formación académica con la creación de la escuela de enfermería de la Universidad Austral de Chile (Marín, 2019; Rodríguez & Viñas, 1996). Sin embargo, no se ha documentado el impacto de estas catástrofes en otras localidades aledañas, como Los Lagos. El objetivo de este estudio es develar el impacto del mega terremoto de 1960 en el desarrollo de la enfermería profesional en la localidad de Los Lagos, con el fin de rescatar la memoria histórica de la profesión y contribuir al desarrollo de la identidad profesional.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio histórico basado en historia oral que utilizó análisis crítico de fuentes primarias, conformadas por relatos históricos, y secundarias donde se incluyeron documentos de la época (Pineda & Alvarado, 2008). La recolección de las fuentes



primarias se realizó a través de entrevistas semiestructuradas grabadas. Las preguntas se definieron previamente, sin embargo, su secuencia y formulación cambió en función de cada sujeto entrevistado con libertad para profundizar en los temas de interés y con oportunidad de realizar nuevas preguntas (Blasco & Otero, 2008). Para la obtención de fuentes secundarias se realizó búsqueda en periódicos de la época, textos académicos y otros como fotografías aportadas por los entrevistados. La población de estudio fueron personas pertenecientes al equipo de salud, que participaron en el proceso de recuperación de zonas golpeadas por las catástrofes de 1960 y que conocieron el rol de enfermería en ese contexto. Se consideró como criterio de inclusión haber pertenecido al equipo de salud de la época, independiente del rol. Se excluyó a aquellos que presentaban diagnóstico médico relacionado con deterioro cognitivo al momento de la entrevista.

Para la selección de los informantes se utilizó la técnica de bola de nieve (Pineda & Alvarado, 2008). Previa a las entrevistas, se comunicó finalidad, riesgos y beneficios del estudio y se solicitó firma de consentimiento informado. Se analizó temáticamente para identificar y comprender unidades de significado, con el fin de seleccionar los datos importantes para la investigación e interpretarlos de manera objetiva por las investigadoras. Para asegurar los criterios de credibilidad, confirmabilidad y transferibilidad de los resultados (Guba & Lincoln, 1985), se triangularon los datos contrastando las transcripciones de las entrevistas con fotografías, artículos de periódicos, y documentales de la época; lo cual permitió dar mayor contexto y comprensión a las fuentes primarias. Las unidades de significado se revelaron a partir de las relecturas intencionales de las transcripciones y en algunos casos fue necesario una nueva entrevista para aclarar dudas o profundizar algún aspecto. Se recopiló información hasta alcanzar la saturación de datos, o sea hasta cuando ya no surgió nueva información. La repetición de los temas indica que ha sido posible llegar a la esencia del fenómeno estudiado (Marí et al., 2010).

Se realizó este análisis con ayuda de software Atlas Ti versión 8.3.0. Para la investigación se consideraron 7 requisitos éticos de Emmanuel (1999) y se contó con la revisión y aprobación independiente del comité de ética del Servicio de Salud de Valdivia ordinario N° 455/ año 2022.

RESULTADOS

La muestra estuvo formada por 4 participantes de sexo femenino, quienes pertenecieron al equipo de salud antes y después del terremoto. La magnitud del mega terremoto de 1960 cambió el eje de rotación de la tierra y la energía liberada fue equivalente a 213.600 bombas de Hiroshima (Román, 2020). Esto explica el gran impacto en la geografía, economía y arquitectura de las zonas afectadas sumado a las consecuencias biopsicosociales en la población; por lo que se movilizó gran cantidad de recursos nacionales e internacionales para la reconstrucción del sur del país (Rodríguez & Viñas, 1996).

Al igual que otras edificaciones, los hospitales de Valdivia y Los Lagos resultaron con daños y fue imprescindible montar hospitales de campaña. En Valdivia desde las primeras horas post terremoto y hasta 1963 las atenciones se otorgaron en las instalaciones de la Escuela Normal, posteriormente se contaría con el hospital de emergencia John F. Kennedy, donado por el gobierno de los Estados Unidos (Jara de la Maza, 1995; Rodríguez & Viñas, 1996).



En Los Lagos, cuando ocurren los desastres de 1960 no existían enfermeras para otorgar los cuidados y la infraestructura sanitaria consistía en un hospital, aledaño a la antigua plaza de armas, donde trabajaba un médico y tres practicantes; estos últimos colaboraban en la atención de salud y eran personas que después de 5 años de trabajo en un hospital eran certificados por el Servicio Nacional de Salud mediante un examen que los habilitaba para desempeñarse en cualquier servicio asistencial de Chile (Aburto et al., 1956; Paredes & Rivas, 2014). Este establecimiento resultó totalmente dañado por el terremoto y después inundado por el Riñihualo (Ver imagen 3). En consecuencia, durante ese periodo se instaló un hospital de campaña en un sector alto del pueblo para responder a las demandas de salud de la población.

“Entonces, el hospital de la plaza vieja tenía 12 o 14 camas, habían hospitalizados (...) No había enfermeras (...) había practicantes que se encargaban de los pacientes ambulatorios y hospitalizados, hacían inyecciones, curaciones, todo eso...” (E1P9US9)

En 1962 comenzó la edificación de un nuevo hospital para Los Lagos en un sitio donado por la municipalidad y recursos aportados por Estados Unidos, en contexto de convenio de la “Alianza para el Progreso” del gobierno de John F. Kennedy (Ministerio de salud, 2010). El nuevo hospital de Los Lagos fue inaugurado en 1964 y funcionó con 45 camas aproximadamente divididas en: maternidad, puerperio, pediatría, adultos y una cama de pensionado (Ministerio de salud, 2010).

La primera enfermera profesional en llegar a Los Lagos fue una egresada de la Universidad de Concepción (UdeC), quien llegó en 1965 y se mantuvo en este hospital un poco más de un año. En 1967, después de más de un año sin enfermera en esta localidad, se integra al equipo de salud la segunda enfermera profesional egresada de la primera generación de la Universidad Austral de Chile (UACH) (Rodríguez & Viñas, 1996), la cual se mantiene hasta 1974, instaurando elementos básicos para asegurar la calidad y la continuidad de la gestión del cuidado (ver imagen 4).

“...Yo llegué al hospital nuevo después de los desastres, en 1964 o 1965 por ahí...” (E6P2US2)

No había más profesionales... Sólo había un médico y yo, la única enfermera...” (Primera enfermera de Los Lagos) (E6P4US4)

“... llegué a Los Lagos en enero de 1967... yo egresé de la UACH en diciembre de 1966” (Segunda enfermera de Los Lagos) (E4P5US8)

Las primeras enfermeras del Hospital de Los Lagos realizaban quehaceres intrahospitalarios propios de la profesión como la valoración, examen físico y procedimientos como toma de exámenes, transfusiones, administración de medicamentos y los respectivos registros.

“Luego de mi primera ronda empezaba la atención directa, que había que poner las vías venosas, tomar exámenes en ayunas, etc. Que se mandaban a Valdivia. Luego pasaba visita el médico e indicaba lo que había que hacer como sueros, medicamentos, etc. Yo hacía toda la atención directa de enfermería y luego venían los registros” (E6P11US12)



Adicionalmente, se evidenció que estas profesionales en Los Lagos ejecutaron actividades que excedían su quehacer profesional, pero que eran indispensables para la recuperación de los pacientes a su cargo.

“...me complicaba dar anestesia y nunca voy a olvidar cuando tuve que administrar anestesia a una auxiliar que trabajaba conmigo porque estaba grave y no alcanzaba a llegar a Valdivia, tenía mucho susto y ella me decía “no tenga miedo yo estoy tranquila, yo sé que usted sabe y puede salvarme la vida... Ese aparato para dar anestesia se llamaba Ombredanne y lo aprendí a manejar prácticamente sola...” (E5P3US26)

En la atención comunitaria continuaban las inmunizaciones a la población, pero a diferencia de épocas previas al terremoto, las enfermeras salieron a la comunidad a vacunar a niños y adultos en la lucha contra las enfermedades infecciosas, superando barreras de acceso y conectividad gracias al apoyo de organizaciones como UNICEF.

“...llegué cuando la epidemia del sarampión ya se estaba terminando... pero prácticamente nosotros salíamos en la mañana a las 7:00 am, andaba enterrada en el barro hasta las rodillas, vacunando casa por casa...” (E4P20US40)

El equipo de salud acercaba la atención a sectores rurales semanalmente a través de estaciones de enfermería y visitas a las postas de salud rural, donde había un auxiliar de enfermería. En esta instancia se atendían las necesidades de salud que el auxiliar no había podido resolver y se llevaban distintos insumos para la atención integral de los usuarios.

“...nos esperaban una vez a la semana... se hacía revisión de insumos, de stock de medicamentos, stock de vacunas y se establecían las necesidades y se planificaba el trabajo del funcionario de la posta...” (E5P2US5)

Además, ingeniaron modos de llevar la asistencia a los lugares alejados, utilizando los recursos disponibles de forma creativa para mantener la calidad de las prestaciones realizadas.

“... Cuando no había cómo refrigerarlas (vacunas) se dejaban en cajas con arena mojada. Además, los refrigeradores no tenían control de cadena de frío... en ese tiempo se esterilizaba las agujas a ebullición, jeringas de vidrio, agujas de acero que cuando estaban romas se limaban en piedra afiladora, y cuando andábamos en el campo las hervíamos en cajas metálicas en el fogón de la posta o en fogón de algún domicilio...” (E5P2US15)

Las enfermeras instauraron los elementos básicos para asegurar la calidad y continuidad de la gestión del cuidado, a través de la implementación de los registros clínicos, gestión del personal y de los recursos materiales para llevar a cabo las actividades intra y extra hospitalarias. Todo este trabajo se desarrolló en coordinación con el Hospital de Valdivia y el Servicio de Salud que les proporcionaba apoyo de una enfermera encargada zonal.

“... la hoja de enfermería, como yo la llamé, era muy sencilla. Era un registro diario de actividades y los horarios definidos de la planificación semanal.” (E6P12US13)

“...Dentro de las funciones administrativas que realizaba estaba gestionar de traslado de pacientes a Valdivia, supervisión de área de esterilización, revisión botiquín de



emergencia que contenía estupefacientes... supervisar diariamente el correcto funcionamiento de policlínico, vacunatorio, servicio dietético de leche (SEDILE), pabellón y sector de hospitalizados..." (E4P9US12)

"...mensualmente, desde Valdivia la enfermera asesora zonal (...) supervisaba lo que hacía el equipo de enfermería en Los Lagos..." (E5P21US50)

Las múltiples necesidades que emergieron tras las catástrofes provocaron la migración de enfermeras colaboradoras inicialmente a la ciudad de Valdivia, como las enfermeras del Cuerpo de Paz, organización que envió un total de 2.096 voluntarios a Chile entre los años 1961-1998 (Peace corps, 2022). Por su parte, las enfermeras del Cuerpo de Paz en Los Lagos colaboraron en la mejora de procesos del área de atención de adulto y de esterilización.

"... Durante el año 1969, el doctor ... gestionó la llegada de 2 enfermeras voluntarias de la agrupación Cuerpo de Paz que estaban a mi cargo..." (E4P29US58)

Las enfermeras se encargaron del perfeccionamiento continuo del personal. Además se hicieron cargo de la formación de estudiantes de enfermería y de autogestionar su propio perfeccionamiento para entregar cuidados seguros y de calidad a los usuarios del establecimiento.

"... el personal ya se desempeñaba cuando yo llegué, habían recibido su capacitación en el Hospital Base de Valdivia y yo hacía refuerzo de esa capacitación..." (E5P23US54)

"... Recibí estudiantes de enfermería de Universidad Austral de Chile de tercer año e internas, era supervisora de prácticas clínicas..." (E4P8US11)

El equipo de salud de Los Lagos de aquellos años, poseía una distribución horizontal del poder, las informantes no reportaron un trato diferenciado por género y se sentían empoderadas en su rol (Ver imagen 5).

"... existía mucho respeto por el campo de cada uno... trabajamos cada uno en su rol...nunca me sentí disminuida por ser mujer... Si en momentos me sentí protegida por el hecho de ser muy joven..." (E5P16US44)

"Íbamos en jeep tracción de 4 ruedas donados por UNICEF, de todas maneras quedamos pegados en el barro, a empujar; no se usaban pantalones, con botas e impermeables empapados pero contentos, era un equipo de lujo comprometido auxiliares de excelente calidad con todo el espíritu comunitario" (E5P3US22).

El trabajo como enfermera única requería completa disponibilidad, los horarios de trabajo eran extensos y las condiciones muchas veces hostiles. De los relatos es posible recoger la visión de vocación y evidenciar el compromiso que tenían con el cuidado de las personas.



“... el horario de término dependía tanto en posta como estaciones de enfermería.. No había almuerzo ni colación, ni viáticos ni horas extras, todo era por amor al arte...” (E5P3US23)

“...si tuviera que volver a elegir, elegiría enfermería, porque somos una profesión tan completa, que tenemos la gloria ganada, al entregarnos por completo al cuidado de otro...” (E7P9US13)

DISCUSIÓN

Los desastres naturales tienen importantes repercusiones sociales, que se explican principalmente por los daños humanos y el deterioro sobre la infraestructura en la zona afectada (Sato et al., 2014). Múltiples autores han descrito el rol preponderante que adquieren las enfermeras ante estos eventos (Kako et al., 2014; Xue et al., 2020).

Los terremotos son comunes en muchos países y la literatura describe que las experiencias de las enfermeras resultan ser similares en distintas latitudes y épocas. Estudios tras los devastadores terremotos de Pakistán (2005), Indonesia (2006) y Japón (2011) comparten el análisis de las vivencias de enfermeras que enfrentaron catástrofes como las de 1960 en Chile, incluso con mayores daños materiales y humanos, y en ellos se distinguen elementos semejantes a los relatados por las primeras enfermeras de Los Lagos como son la sobrecarga asistencial, compromiso laboral, vocación de servicio, resiliencia y superación del estrés (Gulzar et al., 2012; Kako et al., 2014; Sato et al., 2014; Sugino et al., 2014)

En Los Lagos, el mega terremoto movilizó recursos para la construcción de un nuevo hospital, el cual se inauguró en 1964 y permitió que ese mismo año se instalara la primera enfermera. La tardanza en la llegada de enfermeras puede explicarse por el déficit de infraestructura sanitaria y la brecha de formación que había en ese momento en el país (Paredes & Rivas, 2014). Al llegar a Los Lagos, estas profesionales se enfrentaron a la responsabilidad de tomar decisiones autónomas y ejecutar actividades complejas que requerían de valentía y constante preparación teórica para enfrentarse como enfermeras únicas en este hospital donde residían, día y noche, alejadas de sus seres queridos. Su trabajo era incesante y agotador e incluso en horarios no remunerados, sin embargo, las circunstancias no declinaron su motivación, sino que la fortalecieron. La capacidad de afrontar el cuidado bajo estas condiciones se puede explicar desde la resiliencia. McGee (2006) expone que la resiliencia es una habilidad que impulsa a las enfermeras a mantenerse en su trabajo (McGee, 2006).

Desde el punto de vista epidemiológico, en la década del 60' en Chile se luchaba contra epidemias como el sarampión y la difteria, y la condición de hacinamiento en los albergues post terremoto favorecía el surgimiento de nuevos brotes (Castedo, 1961), lo que explica los esfuerzos relatados por las enfermeras pioneras de Los Lagos para inmunizar a la población movilizándose ellas hacia la comunidad, sorteando dificultades geográficas y climáticas; además de urdir estrategias para la correcta conservación de las vacunas en las zonas rurales.

Desde la perspectiva de género, hasta 1960 la formación de enfermeras en Chile fue exclusivamente para el sexo femenino, lo cual explica porque las enfermeras pioneras en esta localidad fueron mujeres (Castro, 2019; Leal Román, 2014). Por otra parte, al analizar los relatos desde la perspectiva del poder, se observó cómo la enfermera, en conjunto con



el director del establecimiento, instauró normativas y protocolos que organizaron el trabajo en el establecimiento lo cual reforzaron relaciones de poder con el resto del equipo de salud, ya que como diversos autores señalan una relación de poder es una acción, no sobre los otros, sino la acción que regula la acción de los otros (Lerch Lunardi et al., 2007).

Conocer el inicio de la enfermería como profesión en esta localidad contribuye a generar identidad profesional, la cual se desarrolla mediante la adquisición de conocimientos, manifestación de actitudes y aptitudes, sumado a las experiencias personales y la evolución histórica de la profesión (González-Aguilar et al., 2018). Asimismo, permite el desarrollo de la gestión del cuidado, la cual requiere de una formación superior que considere aspectos relacionados con la tradición y aprendizajes obtenidos de las vivencias pasadas de las enfermeras (Milos et al., 2010).

CONCLUSIÓN

El mega terremoto de 1960, fue una catástrofe de conocimiento mundial, con efectos geológicos y sociodemográficos que impactaron al país y quedaron grabados en la historia del mundo. Las repercusiones en el sistema sanitario no se hicieron esperar, por lo que colaboraciones internacionales y nacionales se movilizaron en ayuda del sur de Chile, donde existía un sistema de salud precario que estaba funcionando con hospitales de campaña para dar respuesta a la emergencia.

Esta catástrofe provocó la inyección de recursos al sistema de salud en Chile para fomento de la formación académica de enfermeras, el reemplazo y mejora de la infraestructura sanitaria en las zonas afectadas, incluido un nuevo hospital para Los Lagos que fue una de las localidades más afectadas. La creación de este nuevo establecimiento impulsó la llegada de las primeras enfermeras a esa localidad. Esto permitió complejizar los cuidados y las prestaciones de salud para la población con énfasis en lo promocional y preventivo. En los relatos de las enfermeras pioneras de esta localidad destaca su resiliencia y vocación de servicio, cimentadas en su formación académica que les permitió instaurar la organización de los cuidados en esta localidad.

BIBLIOGRAFÍA

Aburto, M., Gutierrez, L., & Salgado, L. (1956). Estudio preliminar sobre preparación de personal auxiliar en Chile. *Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*, 40(2), 156–160.

Atwater, B., Cisternas, M., Bourgeois, J., Dudley, W., Hendley, J., & Stauffer, P. (2001). *Circular No 1218 "Sobreviviendo a un tsunami: lecciones de Chile, Hawai y Japón."* Recuperado de <https://pubs.usgs.gov/circ/c1218/c1218.pdf>



- Blasco, T., & Otero, L. (2008). Técnicas cualitativas: la entrevista (I). *NURE Investigación: Revista Científica de Enfermería*, 33(6).
- Castedo, L. (1961). Documental "La Repuesta." Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=rY58YMH2mx0>
- Castro, A. (2019). Desarrollo profesional de la enfermería a través del género: construcción desde la perspectiva masculina. Edith Rivas (Ed.), *Historia de la Enfermería en Chile* (1era edición, pp. 211–230). UFRO.
- Emanuel, E. (1999). ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? *Siete requisitos éticos*, 39, 83–96.
- González, G. (n.d.). Relato en cifras del terremoto y tsunami de Valdivia de 1960 | *CIGIDEN*. Retrieved August 1, 2022, from <https://www.cigiden.cl/relato-cifras-del-terremoto-tsunami-valdivia-1960/>
- González-Aguilar, A., Vázquez-Cataño, F., Almazán-Tlalpan, B., Morales-Nieto, A., & García-Solano, B. (2018). Proceso de aprehensión de identidad profesional en enfermería. *Revista Cuidarte*, 9(3), 1–12. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i3.519>
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Ca: SAGE Publications.
- Gulzar, S., Faheem, Z., & Somani, R. (2012). Role of community health nurse in earthquake affected areas. *The Journal of the Pakistan Medical Association*, 62, 1083–1086.
- Haefele, V., Olivares, H., Contreras, C., Herrera, N., & Flores, C. (2018). *Riñihwazo, memorias de un desastre*. Valdivia. Imprenta Uriarte.
- Hernández, L. (1960). *La epopeya del Riñihue*. Valdivia: Editorial Ercilla.
- Jara de la Maza, M. (1995). Historia del servicio de cirugía del hospital regional de Valdivia. *Revista Chilena de Cirugía*, 47(6), 635643.
- Jiménez, J. (2001). Mística, ciencia y política en la construcción de sistemas de salud. La experiencia de Chile. *Revista Salud Pública de México*, 43(5), 485–493. Recuperado de <https://scielosp.org/article/spm/2001.v43n5/485-493/>
- Kako, M., Arbon, P., & Mitani, S. (2014). Disaster health after the 2011 Great East Japan earthquake. In *Prehospital and Disaster Medicine* (Vol. 29, Issue 1, pp. 54–59). <https://doi.org/10.1017/S1049023X14000028>
- Laval, E., & Ferreccio, C. (2007). Fiebre tifoidea: Emergencia, cúspide y declinación de una enfermedad infecciosa en Chile. *Revista Chilena De Infectología*, 24(6), 435–440. <https://doi.org/10.4067/S0716-10182007000600001>
- Lazo, R. (2008). *Estudio de los daños de los terremotos del 21 y 22 de mayo de 1960*. Santiago: Departamento de Ingeniería civil. Universidad de Chile.
- Leal Román, V. (2014). "Lo que pueden estudiar las mujeres en Valparaíso" De Gladys Peake. Análisis de habla de un documento de la época. *Ciencia y Enfermería*, 20(2), 9–15. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532014000200002>
- Lerch Lunardi, V., Danilo Lunardi Filho, W., Silva da Silveira, R., Regina Santos da Silva, M., Sallate Dei Svaldi, J., & Salum Bulhosa, M. (2007). Ética En Enfermería y su relación con el poder y organización del trabajo. *Enfermagem*, 15(3). www.eerp.usp.br/rlae
- Marí, R., M. Bo, R., & Climent, C. (2010). Análisis Fenomenológico de los Datos. *Revista de Ciències de l'Educació*, 1, 113–133.



- Marín, M. J. (2019). Desarrollo de la enfermería en Valdivia: influencia del terremoto de 1960. In E. Rivas (Ed.), *La historia de la enfermería en Chile* (Primera ed, pp. 275–287). 2019.
- McGee, E. M. (2006). The healing circle: Resiliency in nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(1), 43–57. <https://doi.org/10.1080/01612840500312837>
- Milos, P., Bórquez, B., & Isabel Larraín, A. (2010). La “Gestión del cuidado” en la legislación chilena: interpretación y alcance. *Ciencia y Enfermería*, XVI(1), 17–29. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532010000100003>
- Ministerio de salud. (2010). *Historia Hospital de Los Lagos*. Recuperado de <http://www.biblioteca-minsal.cl/wp/wp-content/uploads/2011/09/Historia-Hospital-Los-Lagos.pdf>
- Paredes, P., & Rivas, E. (2014). Historia Del Ejercicio Profesional De Enfermeras Hospitalarias Del Sur De Chile (1940-1980). *Ciencia y Enfermería*, 20(1), 9–21. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532014000100002>
- Peace corps. (2022, January 15). *Countries in web page Peace Corps*. Recuperado de <https://www.peacecorps.gov/countries/#south-america>
- Pineda, E., & Alvarado, E. (2008). *Metodología de la investigación*. Santiago: O. P. de la Salud, Ed.
- Rodríguez, B., & Viñas, A. (1996). *Pioneros y visionarios de la salud valdiviana*. Valdivia: Imprenta américa, Ed.; Primera).
- Román, J. (2020, May 19). Reportaje especial Terremoto de Valdivia 1960 | Una ciudad reinventada por el desastre – *Conecta Resiliencia*. Recuperado de <https://conectaresiliencia.cl/valdivia-una-ciudad-reinventada-por-el-desastre/>
- Rovere, M., & Sacchetti, L. (2011). *Surgimiento de la enfermería moderna: mitos victorianos, tecnologías de poder y estrategias de género*. (1st ed.). Santiago: Editorial el agora. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1052404>
- Sato, M., Atogami, F., Nakamura, Y., Kusaka, Y., & Yoshizawa, T. (2014). Remote community-based public health nursing during a disaster: An ethnographic case study in Japan. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 17(3), 106–111. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2014.04.001>
- Sugino, M., Hapsari, E., Madyaningrum, E., Haryant, F., Warsini, S., Takada, S., & Matsuo, H. (2014). Issues raised by nurses and midwives in a post-disaster Bantul community. *Disaster Prevention and Management: An International Journal*, 23. <https://doi.org/10.1108/DPM-05-2013-0086>
- Taucher, E. (1979). La mortalidad infantil en Chile. En *Notas de población*, 20.
- Xue, C.-L., Shu, Y.-S., Hayter, M., & Lee, A. (2020). Experiences of nurses involved in natural disaster relief: A meta-synthesis of qualitative literature. *Journal of Clinical Nursing*, 29(23–24), 4514–4531. <https://doi.org/10.1111/jocn.15476>

ANEXOS

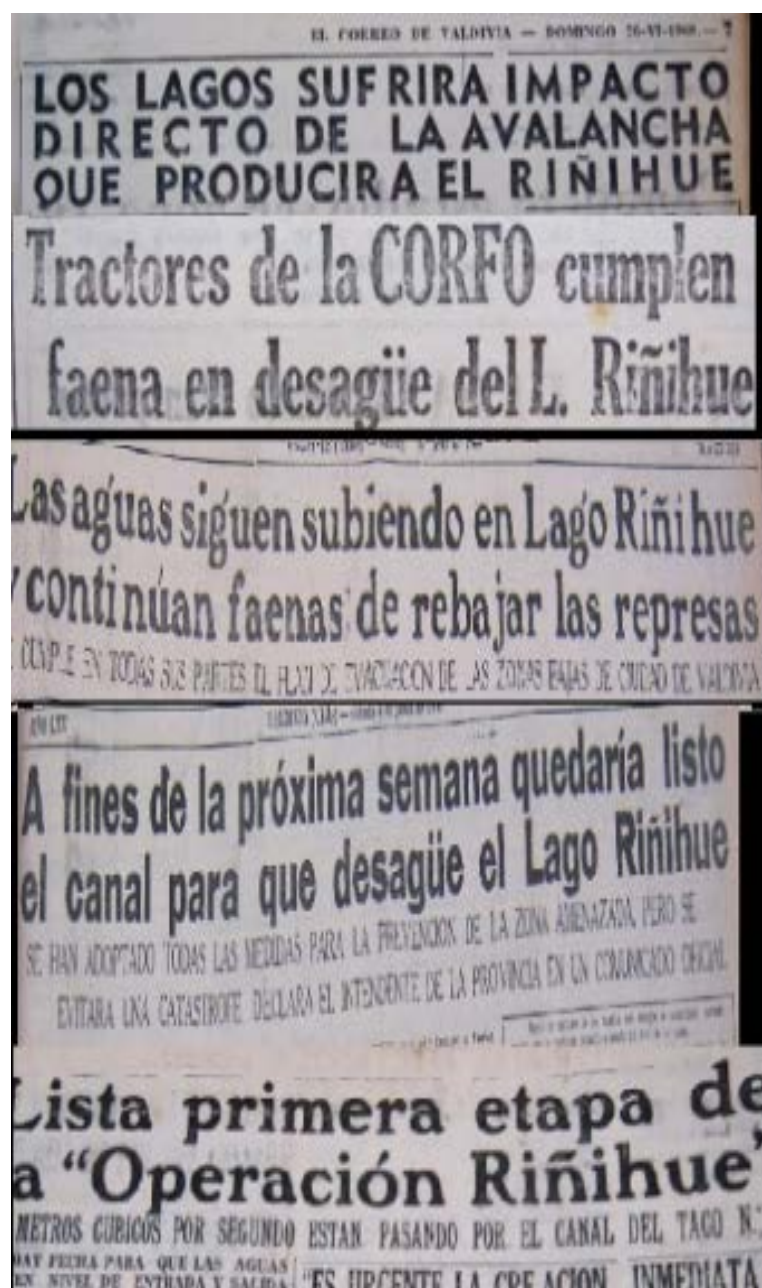
Imagen 1. Epicentro del terremoto del 22 de mayo de 1960, en el sur de Chile



Fuente: United States Geological Survey (USGS)



Imagen 2. Titulares de prensa del diario “El correo de Valdivia” (Mayo - Julio 1960).



Fuente: Archivos del diario “El correo de Valdivia

Imagen 3. Antiguo Hospital de Los Lagos inundado post Riñihuazo



Fuente: Gentileza Jorge Matamala, fotografía tomada 28 Julio de 1960.

Lugar y fecha: Los Lagos, 28 Julio 1960.

Contexto histórico: Inundación del antiguo hospital tras desborde del Lago Riñihue.

Descripción de elementos: inundación del hospital en calle San Martín por el Riñihuazo.

Objetivos del autor: representar los efectos del Riñihuazo en la infraestructura sanitaria de Los Lagos

Imagen 4. Equipo de enfermería Hospital John F. Kennedy. A la derecha la segunda enfermera de los lagos en su internado



Fuente: Fotografía aportada por E.Q.A, la segunda enfermera de Los Lagos.

Lugar y fecha: Valdivia, 1966

Contexto histórico: proceso de formación de enfermera que posteriormente sería la segunda enfermera profesional de Los Lagos.

Descripción de elementos: a la derecha se observa a la segunda enfermera de Los Lagos integrando equipo de enfermería durante su internado en el año 1966.

Objetivos del autor: plasmar la constitución del equipo de enfermería del hospital John F. Kennedy (hospital de campaña donado por Estados Unidos ubicado en la ciudad de Valdivia).



Imagen 5. Equipo de salud de Los lagos en reunión de camaradería, año 1968.



Fuente: Fotografía aportada por E.Q.A, segunda enfermera de Los Lagos.

Lugar y fecha: Los Lagos, 1968.

Contexto histórico: reunión de camaradería equipo del Hospital de Los Lagos

Descripción de elementos: se observa al equipo de salud, incluida enfermera estadounidense del cuerpo de paz (izquierda), compartiendo en reunión de camaradería.

Objetivos del autor: mostrar la relación horizontal de los distintos integrantes del equipo de salud.



Las diversas caras de la enfermería durante el Nacionalsocialismo (1933-1945): una revisión narrativa

The diverse faces of nursing during National Socialism (1933-1945): a narrative review

As várias faces da enfermagem durante o nacional-socialismo (1933-1945): uma revisão narrativa

Jordi Fiol Munar^{1*}; Georgina Casanova Garrigós²

¹ Grado en Enfermería. Universitat Rovira i Virgili (Campus Terres de l'Ebre). Fundació Pere Mata Terres del'Ebre. Tarragona. España. Orcid: no disponible; Correo electrónico: jordi.fiol@estudiants.urv.cat

² PhD. Departamento y Facultad de Enfermería. Universitat Rovira i Virgili (Campus Terres de l'Ebre). Tarragona. España. Orcid: 0000-0002-3652-9745; Correo electrónico: georgina.casanova@urv.cat

*Correspondencia: Universidad Rovira i Virgili (Campus Terres de l'Ebre) Av. de Remolins, 13 43500 (Tortosa, Tarragona). Facultad de Enfermería. Correo electrónico: georgina.casanova@urv.cat

Cómo citar este artículo: Fiol Munar, J., & Casanova Garrigós, G. (2023). Las diversas caras de la enfermería durante el Nacionalsocialismo (1933-1945): una revisión narrativa. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(65). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.65.11>

Received: 03/09/2022
Accepted: 30/11/2023.



Copyright: © 2023. Remitido por los autores para publicación en acceso abierto bajo los términos y condiciones de Creative Commons Attribution (CC/BY) license.

Abstract: In a certain period in the history of nursing, the care and attention characteristic of the profession coexisted with the ignorance and cruelty of a society corrupted by tragedy and hatred towards the human being. Objective: to make known the role of the supporters of the Nazi party as nurses of the Allied side and of the resistance during National Socialism in Europe and expose the differences between the care they provided. Methodology: narrative review developed through the bibliographic search of books and articles in various databases, selected based on inclusion and exclusion criteria. Results: the nursing care of the time was strongly differentiated between two sides, where empathy and affection were replaced by abuse and barbarism. In addition, a type of nursing has been discovered which was forced to help the National Socialist regime against its will. Conclusion: the actions of those nurses who worked during the time of Nazism have been reflected, for the current nursing can know what happened in the past to learn and improve for the future.

Key words: History of nursing; nazism; holocaust; second world war; nursing care.

Resumen: En un determinado período de la historia de la enfermería, los cuidados característicos de la profesión convivieron junto la ignorancia y la crueldad de una sociedad corrompida por la tragedia, el miedo y el odio. Objetivo: dar a conocer tanto el papel de las enfermeras simpatizantes del partido nazi como el de las enfermeras del bando aliado y de la resistencia durante el Nacional-socialismo en Europa y exponer las diferencias entre los cuidados que prestaron. Metodología: revisión narrativa desarrollada a través de la búsqueda bibliográfica de libros y de artículos en diversas bases de datos, seleccionados a partir de unos criterios de inclusión y exclusión. Resultados: la atención enfermera de la época estuvo fuertemente diferenciada entre los dos bandos, dónde la empatía y el afecto se substituyeron por el maltrato y la barbarie. Además, se ha descubierto un tipo de enfermería la cual se vio obligada a ayudar al régimen nacionalsocialista en contra de su voluntad. Conclusión: se han plasmado las actuaciones de aquellas enfermeras que trabajaron durante la época del nazismo, para que la enfermería actual pueda conocer lo que ocurrió en el pasado y mejorar de cara al futuro.



Palabras clave: Historia de la enfermería; nazismo; holocausto; segunda guerra mundial; cuidados enfermeros.

Resumo: Num determinado período da história da enfermagem, o cuidado e a atenção característica da profissão coexistiam com a ignorância e a crueldade de uma sociedade corrompida pela tragédia e pelo ódio ao ser humano. Objectivo: dar a conhecer o papel dos apoiantes do partido nazi como enfermeiros do lado aliado e da resistência durante o nacional-socialismo na Europa o expor as diferenças entre os cuidados que prestaram. Metodologia: revisão narrativa desenvolvida através da busca bibliográfica de artigos em várias bases de dados, seleccionados com base em critérios de inclusão e exclusão. Resultados: o cuidado de enfermagem do tempo foi fortemente diferenciado entre os dois lados, onde a empatia e o afeto foram substituídos por abuso e barbárie. Além disso, foi descoberto um tipo de enfermagem que foi forçada a ajudar o regime nacional-socialista contra sua vontade. Conclusão: as ações das enfermeiras que trabalharam na época do nazismo foram reflectidas, para que a enfermagem atual possa saber o que aconteceu no passado para aprender e melhorar para o futuro.

Palavras-chave: Historia de enfermagem; nazismo; holocausto; segunda guerra mundial; cuidados de enfermagem.

INTRODUCCIÓN

La enfermería es una profesión que ha ido evolucionando desde sus inicios, pasando de una atención meramente intuitiva y básica, hasta llegar a prestar una gran calidad asistencial y unos cuidados mucho más avanzados, basados en la evidencia científica y desarrollados a través de una estricta formación teórico-práctica. Pero muchos de estos avances en los cuidados enfermeros han progresado, lamentablemente, durante períodos bélicos, donde se ha requerido de forma indispensable la actuación del personal enfermero, tanto para atender a la población civil como a los heridos en el campo de batalla. Concretamente, el presente documento se enfoca en la participación de la enfermería durante la Segunda Guerra Mundial, una época donde el nacionalsocialismo alcanzó su máximo esplendor y que estuvo marcada por las consecuencias políticas, económicas y sociales fruto del final de la Gran Guerra o Primera Guerra Mundial (1914-1918), desarrollada 30 años atrás. Estas condiciones representan los motivos por los que la sociedad alemana pedía un cambio radical en su gobierno, ya que desconfiaba totalmente de las democracias liberales y observaba como su propio país se hundía en la miseria. Tal situación propició la aparición de partidos políticos extremistas, siendo uno de los más conocidos el Partido Nazi o Partido Nacional-Socialista Obrero Alemán (NSDAP, por sus siglas en alemán) que tuvo como líder y máximo dirigente a Adolf Hitler. Fue nombrado Canciller de Alemania el 30 de enero de 1933 (Rees, 2017), iniciando el período nacionalsocialista y estableciendo un estado dictatorial.

Dicho partido estuvo muy influenciado por las ideologías sobre la eliminación de las razas inferiores y relacionado con la promoción de la grandeza y pureza de la raza aria.



El antisemitismo conforma uno de los pilares básicos del nacionalsocialismo. Se sustenta en unas bases ya desarrolladas mucho antes de la consolidación del poder y del inicio del conflicto, referenciando sus inicios a los primeros años del cristianismo a través de diversos pasajes bíblicos (Rees, 2017). Pero cabe destacar que Hitler no quería que el desprecio y el odio hacia los judíos se justificara a través de su religión sino a través de la “raza” que representaban. Para argumentar dicho pensamiento antisemita y consolidar de forma científica y biológica los conceptos de “higiene racial” y “superioridad de la raza aria” se apoyaron en diversas lecturas y corrientes como es la Teoría del Evolucionismo y Selección Natural de C. Darwin, o el Maltusianismo desarrollado por Malthus (Cenoz, 2017). Más publicaciones que se usaron para respaldar y potenciar ese pensamiento fueron el Ensayo sobre la desigualdad de las razas humanas (1855) de A. de Gobineau y la obra Fundamentos del siglo XIX (1899) de H. S Chamberlain (Rees, 2017).

Los programas de esterilización forzosa, creados en 1933 y, de “eutanasia”, creado en 1938, fueron las principales acciones que el partido nazi desarrolló para poner en práctica las ideologías anteriormente citadas. De este modo, se produjo la esterilización en masa de 350.000 personas y la muerte asistida de unas 200.000, respectivamente (Alibés, 2005; Aly, 2014).

En dichos programas se convenció a la población, incluyendo a las propias enfermeras, de que los recursos debían dirigirse a los alemanes que “verdaderamente” los necesitaban. Por lo tanto, sus cuidados debían ser dirigidos a aquellos que el nacionalsocialismo consideraba aptos o valiosos para la nación y, a la vez, se debía colaborar en la eliminación de los llamados “indeseables” (Alibés, 2005). De esta forma, una parte de la enfermería se dedicó a provocar el sufrimiento y la muerte de miles de personas que el estado alemán describió como enemigos (Benedict, 2007; Georges, 2013).

Por otra parte, existió otra faceta que brindó su ayuda a las personas afectadas por la guerra, continuando con la labor y la empatía características de la profesión y luchando en contra del régimen de Hitler. Para hacerlo, muchas de ellas colaboraron con los movimientos de resistencia que se crearon en los países ocupados, realizando sus actividades desde la clandestinidad (Dobrowolska et al., 2011; Ellen Ben-Sefer et al., 2016).

Este trabajo Pretende agregar más conocimientos sobre un momento de la historia de la disciplina enfermera que está poco estudiado y del que existe escasa literatura. A su vez, puede suponer un enriquecimiento para los profesionales sanitarios, ya que permite reflexionar sobre el desarrollo de los cuidados que hemos realizado a lo largo de los años. Por todo ello, y a modo de guía de la presente revisión, nos preguntamos si durante el período del Nacionalsocialismo, las enfermeras del bando aliado y las enfermeras del partido nazi ofrecieron unos cuidados diferentes. Con el objetivo de conocer las intervenciones que desarrollaron tanto las enfermeras del bando de los aliados como el de las enfermeras simpatizantes del partido nazi durante este período en Europa, exponiendo así, los cuidados que presentaron y si existían, las diferencias en los mismos.



METODOLOGÍA

Se realizó una revisión narrativa utilizando las siguientes bases de datos para llevarla a cabo: Pubmed, Scopus, Cinahl y Google Académico. La primera de ellas fue el principal motor de búsqueda para realizar la investigación, debido a que contiene artículos datados desde 1914. Además, se realizó una segunda revisión en varios libros para ayudar a establecer el marco conceptual. La búsqueda se llevó a cabo desde noviembre de 2020 a febrero de 2021, y los términos de búsqueda utilizados, según los descriptores recogidos en los tesaruros MeSH (Medical Subject Headins) y DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) fueron: enfermería, holocausto y nacismo, en español e inglés. Además, los términos de búsqueda se combinaron con los operadores booleanos “AND” y “OR”. Así mismo, para acotar la búsqueda al objetivo del trabajo se utilizaron como criterios de inclusión documentos publicados en español e inglés, sin restricción cronológica y de acceso a texto completo. Excluimos aquellos documentos que no hablaran sobre el periodo comprendido entre 1933 y 1945. La búsqueda inicial mostró un total de 216 artículos, de los cuales 11 de ellos se seleccionaron finalmente tras la aplicación de los criterios de inclusión/ exclusión y su lectura completa.

RESULTADOS/DISCUSIÓN

La enfermería alemana se vio intensamente influenciada por la ideología del nuevo gobierno de Hitler, que marcó un antes y un después en los cuidados que realizarían posteriormente. Este nuevo régimen permitió unos cambios en la profesión que mejorarían su organización interna y su estatus social, aumentaría su autonomía y se convertiría en una pieza fundamental en el ámbito de la salud del gobierno alemán. Además, se consiguió mostrar la importancia del papel de la mujer dentro del nacionalsocialismo (Solano, 2004).

Las diversas actividades que llevaban a cabo estas enfermeras están incluidas en la participación de programas como el de la “eutanasia” nazi llamado Aktion T4. Dicho proyecto consistía, inicialmente, en organizar la muerte de la población infantil que tuviera algún tipo de patología física o psicológica. Posteriormente se ampliaría el rango de actuación y se incluirían a los pacientes psiquiátricos adultos, donde en 1940 empezaría a ser asesinados en las primeras cámaras de gas de seis centros específicos establecidos en Alemania (Benedict et al., 2008).

La eutanasia infantil se inauguró creando un comité en el Reich alemán que tenía como objetivo “determinar el número de recién nacidos con problemas o discapacidades e iniciar las muertes de aquellos niños y niñas que estuvieran institucionalizados”. En los centros seleccionados se crearon las unidades especializadas llamadas



Kinderfachabteilugen. En tal programa, se observan las primeras apariciones de las enfermeras nazis: las matronas debían registrar e informar a sus superiores de aquellos infantes que habían nacido con alguna discapacidad. Para poder internar a estas criaturas, médicos y enfermeras persuadieron a los padres explicando “los novedosos tratamientos y los mejores cuidados” que, supuestamente, ofrecerían a sus hijos. Cabe destacar que la situación bélica en la que estaba sumergido el país obligó a las mujeres a ocupar el puesto de trabajo de aquellos hombres que combatían en el frente, lo cual provocó que no pudieran hacerse cargo de los niños, por lo que al final tuvieron que autorizar a los nazis para que los institucionalizaran y los “cuidaran” en esas unidades especiales (Benedict et al., 2009). Kalmenhof at Idstein fue una de las instituciones donde se instaló la Kinderfachabteilugen. La primera y única enfermera en su momento que trabajó en la unidad fue Schwester (Hermana) María Müller. Ella misma llevaba a cabo el asesinato de los niños siguiendo las órdenes médicas que se le encomendaban, introduciendo entre 1,5 y 2 gramos de Luminal en las papillas de los pequeños para provocar su muerte. La falta de personal obligó a contratar a ayudantes para la Hermana María. Una de ellas fue la enfermera Anna Wrona, que colaboró con ella en los asesinatos de los pequeños pacientes. Se estima que los médicos y enfermeras del centro provocaron la muerte de entre 3.000 y 5.000 niños en el período de 1942 a 1945 (Benedict et al., 2009)

La eutanasia de los adultos se cancelaría el 24 de agosto de 1941. A partir de este momento empezaría una nueva fase del proyecto, de manera extraoficial y encubierta, conocida como la “eutanasia salvaje”. En esta fase del programa Aktion T4, las cámaras de gas fueron substituidas por otros procesos de muerte más “individualizados” como inyecciones letales de aire o medicación, sobredosis orales e inanición, llevadas a cabo mayoritariamente por enfermeras y cuidadores (ayudantes de las enfermeras), bajo las órdenes que entregaban los médicos (Benedict et al., 2007). Según el testimonio de la Dra. Wernicke en el centro Meseritz-Obrawalde, el proceso se iniciaba llevando al paciente a unas salas de aislamiento, acompañado por los cuidadores, donde en muchas ocasiones se les premedicaba con ácidos barbitúricos u otros sedantes. A continuación, la enfermera preparaba la medicación para administrarla al paciente por medio de sobredosis de sedantes como el Veronal o Luminal en forma de inyectable endovenoso o por vía oral, obligándoles a tomar hasta 10 comprimidos. Cuando se tenía que dar la medicación por boca, era necesaria la participación de al menos 3 trabajadores para sujetar al paciente y obligarlo a tomar el fármaco (Benedict et al., 2007). Dos enfermeras trabajaron junto a la doctora Wernicke, Amanda Ratajczak y Helene Wiczorek, que, muy probablemente, realizaron acciones similares.

Se han analizado varios testimonios de otras que también trabajaron en Meseritz-Obrawalde. La principal acusada fue Luise E. por asesinar a 210 pacientes bajo el mando de la Dra. Wernicke. Se convirtió en la enfermera jefe (equivalente a la supervisora de enfermería actual) de la unidad y se encargaba inicialmente de supervisar a los pacientes durante los “trabajos terapéuticos”. Comentó que tenía ciertos conflictos emocionales en relación a la muerte de determinados pacientes, ya que creía que algunos de ellos sí debían



morir, debido a sus condiciones de salud “incurables”, y en cambio otros no merecían tal destino. Otra enfermera que colaboró junto a la Luise fue Anna G, que la ayudaba en la preparación de la medicación o acompañaba a los pacientes a las salas de aislamiento. Explica que las ejecuciones nunca las realizaba una sola enfermera, ya que llevar a cabo este acto suponía un gran estrés emocional para las trabajadoras y, por lo tanto, participaban un mínimo de dos enfermeras para apoyarse mutuamente. Un punto significativo relacionado con la imagen que tenían las enfermeras y cuidadores hacia esas personas era el hecho de que en el momento en que llegaban al centro y ellos las recibían, se fijaban en el mal estado en que se encontraban, sucios y decaídos. Esa imagen les provocaba cierta repugnancia y desprecio, lo cual disminuía su capacidad para empatizar con ellos y ayudaba en cierta manera a la hora de asesinarlos, reduciendo así el sentimiento de culpa, ya que los veían como seres inferiores (Benedict et al., 2008). Es importante mencionar también que las enfermeras jóvenes no participan en las muertes, debido a que seguramente no mantendrían la boca cerrada (Benedict et al., 2008).

Otra enfermera implicada fue Gertrude F., la cual trabajaba en la planta de pediatría del centro y se la acusó de asesinar a 5 niños. Para encubrir sus actos se justificó en su joven edad y en la obligación que tenía de seguir órdenes. Además, observaba con pena la situación de salud de esos niños, por lo que asimilaba su muerte con una “salvación” (Benedict et al., 2008).

La enfermería nazi también realizó atrocidades en el ámbito de la investigación, como se ha podido observar a través del caso de la enfermera Eva Justin, la cual realizó su tesis doctoral estudiando el comportamiento de los niños de etnia gitana para demostrar que eran seres inferiores y de esta manera conseguir su doctorado en Fisiología, expedido por altos cargos nazis. Los 39 niños gitanos que estudió residían en el orfanato St. Josef desde 1938, después de que fueran arrebatados de sus familias, enviadas a los campos de concentración de Ravensbrück y Buchenwald, Eva vivió allí por un período de 6 semanas, para observar de cerca la conducta de aquellos niños. Después de haberles permitido un mal comportamiento a propósito y de obligarles a actuar como si fueran seres primitivos, los resultados finales que concluyó fueron que la moral de esos niños era peor que cuando estaban con sus padres y las tribus nómadas, por lo que la única solución era su esterilización, hasta para los que eran medio gitanos. Además, no podrían adaptarse a la sociedad cuando fueran mayores (Benedict et al., 2018). Una vez finalizado su estudio, los 39 niños gitanos fueron deportados a Auschwitz-Birkenau el 9 de mayo de 1944, haciéndoles creer que volverían a ver a sus padres (Benedict et al., 2018).

A diferencia del resto de casos anteriormente mencionados, ejemplos como el de Wanda Ossowska y el de Stanislaw Leszczynska, prisioneras en diversos campos de concentración y exterminio, demostraron que la profesión podía continuar desarrollándose para ayudar y cuidar a las personas y no para acabar con sus vidas. La mayoría de las enfermeras que se oponían al ideal nazi participaron en los movimientos de resistencia



que aparecieron en toda la Europa ocupada. Su trabajo, entonces, debía desarrollarse con máxima discreción y cautela

Después de ser arrestada y torturada en la prisión de Pawiak por la Gestapo en 1942, Wanda fue deportada al campo de Majdanek. Aun estando allí continuó ayudando a los presos más necesitados, usando los métodos que tenía disponibles, ya que los recursos médicos escaseaban. Las actividades principales que realizaba eran lavar a los enfermos y peinarlos, ofrecer pequeñas raciones de comida y agua a los que tenían fiebre, cambiaba los apósitos y les tomaba ciertas constantes vitales como el pulso y la temperatura. También administraba vacunas anti-tifus robadas de los propios nazis y hasta realizaba ciertas tareas como lavar la ropa sucia y retirar los excrementos de la gente. Posteriormente fue enviada a otros dos campos de concentración (Ravensbrück y Neustadt-Gleve) donde siguió trabajando como enfermera (Dobrowolska et al., 2011).

Stanislawa fue deportada a Auschwitz-Birkenau, al ser matrona de profesión, su principal labor en el campo era asistir al parto de aquellas mujeres que iban a dar a luz. Trabajando bajo el intenso frío y las malas condiciones higiénicas, trayendo el agua que necesitaba después de recorrer varios kilómetros y con solo un par de tijeras y un contenedor de residuos y sin ningún tipo de medicación, ayudó a nacer a más de 3000 bebés. Su jefe, el doctor Josef Mengele, ordenaba a las enfermeras que trabajaban con él que asesinaran a los recién nacidos, pero ella se opuso a tales órdenes y escondió a determinadas madres con sus hijos durante un tiempo, aunque acabaran por descubrirlos y ejecutarlos. Gracias a su afecto y devoción se la conoció en el campo con el nombre de Madre y como Ángel de la Guarda por las madres que ayudó. De todos los niños que nacieron entre abril de 1943 y enero de 1945, solamente 30 de ellos sobrevivieron al Holocausto y Stanislawa continuó cuidando de los prisioneros incluso después de haberse liberado el campo. Al finalizar la guerra, siguió trabajando como matrona en Lodz (Dobrowolska et al., 2011).

Hubo otros casos como los de Resi Weglein y Emma Herzog, prisioneras en el campo de concentración de Theresienstadt, dónde ofrecieron sus cuidados organizando un pequeño hospital en uno de los barracones para curar, con los recursos limitados, a la enorme cantidad de enfermos del campo. Otra enfermera, Ruth Reiser, trabajó en el propio hospital de Theresienstadt administrando la medicación, lavando y alimentando a los pacientes. También hubo casos como el de Hana Muller Bruml, quien realizó tareas de enfermería en el barracón de niños con enfermedades infecciosas. Por contrario a sus compañeras citadas en las anteriores líneas, ella y muchas otras mujeres no eran enfermeras de profesión, por lo que al llegar al campo se les entrenó para que desarrollasen dichas tareas. El apoyo mutuo y la relación de amistad que crearon fueron piezas clave para mantenerse con vida y ayudarse entre sí, a la vez que les sirvió como base para mejorar la atención hacía la gente que cuidaban (Brush, 2004).

Otra forma en que la enfermería presto sus servicios fue a través de la Escuela de Enfermería del Ghetto de Varsovia, dirigida por la enfermera Luba Bielicka-Blum durante la ocupación nazi. Dentro del gueto, establecido entre 1940 y 1943, enfermeras y doctores



judíos siguieron tratando a la gente enferma que vivía en su interior y donde la escuela continuaba formando a las futuras enfermeras. El programa de estudios seguía el modelo de los implantados en Estados Unidos, formado por un total de 28 semanas, donde se incluían 1100 horas de formación teórica, 400 horas de formación práctica en la cocina de dietética y 70 horas de estudios en los laboratorios. Pero debido al inicio de la guerra los estudiantes de enfermería, mayoritariamente mujeres, tuvieron que cuidar de los soldados hospitalizados en Czyste. Todos ellos realizaron sus cuidados bajo las extremas condiciones en las que se vivía en el gueto: constantes bombardeos y falta de suministro eléctrico y médico, hacinamiento y mala higiene, lo cual conllevó a la aparición de muchas enfermedades mortales y extremadamente infecciosas como el tífus o cólera. A parte de toda esta situación, en Julio de 1942 se iniciaron las deportaciones de los residentes del gueto al campo de exterminio de Treblinka, por lo que Luba, junto a otras enfermeras, empezaron a idear los planes para intentar escapar del gueto y sobrevivir a las persecuciones de los alemanes. En 1949 regresó a Varsovia, donde inauguró una nueva escuela de enfermería, ya que la anterior había sido destruida después de la caída del gueto durante el conocido Levantamiento de Varsovia en el verano de 1944 (Ellen Ben-Sefer et al., 2016).

Cabe mencionar también la figura de la trabajadora social Irena Sendler, desconocida hasta hace relativamente poco tiempo. Colaboró con la Escuela de Enfermería de Varsovia, donde estudió la profesión y trabajó después como enfermera durante el conflicto, dentro de la Cruz Roja Polaca y en el propio gueto, alistándose en la Zegota, la organización clandestina de ayuda a la Comunidad Judía. Al igual que Luba Bielicka-Blum, cuidó de los enfermos que residían allí, pero su principal actuación fue salvar la vida de más de 2500 niños judíos escondiéndolos en diferentes sitios (cajas, bolsas de basura, ataúdes, maletas...) para sacarlos del gueto y enviarlos con diversas familias adoptivas alemanas, lejos de la persecución de los nazis. Para poder conocer posteriormente la procedencia de estos niños, Irena escribió sus nombres originales en botes de cristal, ya que eran bautizados con nombres cristianos una vez salían del gueto, y los enterró en un jardín vecino. Una vez finalizada la contienda, recuperó los botes con los nombres e inició la búsqueda de los niños registrados (Cruz et al., 2014).

Se han podido contemplar durante la investigación varios casos de enfermeras que estuvieron obligada a colaborar en los experimentos médicos que se llevaron a cabo en los campos de concentración, a pesar de estar en contra de tales acciones.

Uno de los casos más significativos fue el de Sylvia F., una enfermera prisionera en Auschwitz-Birkenau, deportada por pertenecer a la "etnia judía" y trabajó como ayudante del Dr. Clauberg en los experimentos de esterilización del Bloque 10 del campo, establecido en Auschwitz 1, con el objetivo principal de esterilizar al menor número de mujeres posible en el menor periodo de tiempo. Sylvia y otras enfermeras que trabajaban con ella acompañaban a las mujeres hasta el barracón (Sylvia era conocida como la Anunciadora



de la muerte), las colocaban y sujetaban en la mesa de intervención y hasta administraba ella misma la inyección dentro de la vagina de la paciente, como cuenta el testimonio de Schewa Melzer, una enfermera de profesión quien sufrió dichos experimentos. El procedimiento consistía en inyectar sustancias cáusticas en el interior del aparato reproductor de las pacientes cada 3 o 4 meses para destruirlo y así evitar que pudieran reproducirse. Otras enfermeras colaboraron con el Dr. Schumann, quien usó los Rayos-X para llevar a cabo la esterilización de sus pacientes, tanto mujeres como hombres. Al estar presas en los campos y bajo las órdenes de los nazis, existían pocas posibilidades de negarse a contribuir en los experimentos. Los argumentos de las prisioneras enfermeras que trabajaron en el bloque 10 junto a los doctores Clauberg y Schumann son semejantes a aquellas justificaciones que comentaban las enfermeras que trabajaron en Meseritz-Obrawalde y Kamenhof ad Idstein: no oponerse a las órdenes médicas y el miedo a ser enviadas a las cámaras de gas de Birkenau, aunque no se conocen datos en que los médicos hubieran enviado a alguien a las cámaras de gas por oponerse a dichas órdenes (Georges, 2013; Benedict, 2006).

A pesar de todo lo expuesto, se han encontrado algunas limitaciones en la realización de la presente revisión, ya que la cantidad de artículos relacionados con el tema tratado es muy reducida. Además, varios de ellos han presentado un acceso restringido, por lo que no ha sido posible visualizar el texto completo de los mismos.

CONCLUSIONES

Existe una estrecha relación entre las enfermeras y las víctimas del Holocausto nazi, observándose y exponiéndose las importantes diferencias entre las acciones que realizaron.

La fuerte influencia político-social, la inferioridad profesional y de género y el constante temor a las represalias fueron las principales bases que determinaron las actuaciones de aquellas enfermeras que, por un motivo u otro, decidieron participar en la maquinaria de asesinato de la Alemania Nazi.

Las enfermeras pertenecientes a la resistencia o bien presas en diversos campos de concentración desarrollaron, en la medida de lo posible, los mejores cuidados para tratar de salvar la vida de sus pacientes. Por último, se han encontrado casos en los que varias enfermeras que estuvieron reclusas en dichos campos se vieron obligadas a colaborar con el nazismo, aunque de forma totalmente involuntaria.

La atención enfermera fue determinante en el transcurso del conflicto, actuando como pieza clave tanto en la supervivencia como en el asesinato de muchos de los afectados por la guerra y la persecución racial.



Recordar y reflexionar al respecto de lo que ocurrió en el pasado, hace que podamos cambiar en el presente y mejorar de cara al futuro, para aportar unos cuidados de calidad, sin discriminaciones ni prejuicios de ningún tipo, priorizando siempre la salud y el bienestar de las personas.

BIBLIOGRAFÍA

Alibés, E. (2005). La colaboración de algunas enfermeras en el nazismo. *Síntesi, bioètica i Infermeria*, 3(8), 1-3. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2573760>

Aly, G. (2014). *Los que sobran: Historia de la eutanasia social en la Alemania Nazi. 1939-1945*. Barcelona: Planeta E.

Álvarez, D.B.C. (2015). El ascenso de Hitler y del partido Nazi al poder en Alemania. *Historia Digital*, 15(26), 19–40. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5152855>

Astorri, A., & Slavadori, P. (2002). *Atlas Ilustrado de la Primera Guerra Mundial*. Madrid: Grupo Editoriale Firenze, Susaeta Ediciones.

Benedict, S., Caplan, A., & Lafrenz, T. (2007). Duty and “Euthanasia”: the Nurses of Meseritz-Obrawalde. *Nurse Ethics*, 14(6), 781–94. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/5943952_Duty_and_'Euthanasia'_The_nurses_of_Meseritz-Obrawalde

Benedict, S., & Chelouche, T. (2008). Meseritz-Obrawalde: a ‘wild euthanasia’ hospital of Nazi Germany. *History of Psychiatry*, 19(1), 68–76. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/23762790_Meseritz-Obrawalde_A_'wild_euthanasia'_hospital_of_Nazi_Germany

Benedict, S., & Georges, J.M. (2006). Nurses and the sterilization experiments of Auschwitz: A postmodernist perspective. *Nurs Inq*, 13(4), 277–88. Recuperado de <https://onlinelibrary-wiley-com.sabidi.urv.cat/doi/epdf/10.1111/j.1440-1800.2006.00330.x>

Benedict, S., Shields, L., Holmes, C., & Kurth, J. (2018). A nurse working for the Third Reich: Eva Justin, RN, PhD. *Journal of Medical Biography*, 26(4), 259–67. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/312489155_A_nurse_working_for_the_Third_Reich_Eva_Justin_RN_PhD

Benedict, S., Shields, L., & O'Donnell, A.J. (2009). Children’s “Euthanasia” in Nazi Germany. *Journal Pediatric Nurse*, 24(6), 506–16. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/40024577_Children's_Euthanasia_in_Nazi_Germany

Brush, B.L. (2004). Nursing Care and Context in Theresienstadt. *West J Nurs Res*, 26(8), 860–71. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/51370512_Nursing_Care_and_Context_in_Theresienstadt

Cenoz, N. (2017). Investigación y Experimentación médica durante el nazismo. *UPNA*, 29. Recuperado de <https://academica-e.unavarra.es/xmlui/handle/2454/26818>



Cruz, R.M., Mármol, M.R., & Cuevas, M.M.M. (2014). Irena Sendler, La Enfermera Salvadora De Los Niños Del Gueto De Varsovia. *Hist la Enfermería Rev Electrónica*, 5(1), 136-143. Recuperado de <http://www.here.abennacional.org.br/here/vol5num1artigo10.pdf>

Dobrowolska, B., Hoch, S., Jabkowska-Sochańska, A., Benedict, S., & Shields, L. (2011). Wanda Ossowska (1912–2001) and Stanisława Leszczyńska (1896–1974): Polish nurses working under Nazi Occupation. *Journal of Medical Biography*, 19(4), 168–70. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/221818065_Wanda_Ossowska_1912-2001_and_Stanisława_Leszczynska_1896-1974_Polish_nurses_working_under_Nazi_Occupation

Ben-Sefer E. y Shields L. (2016). Courage under Adversity: Luba Bielicka-Blum (1906–1973) and the Nursing School of the Warsaw Ghetto. *Health History*, 18(2), 27. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/311896500_Courage_under_Adversity_Luba_Bielicka-Blum_1906-1973_and_the_Nursing_School_of_the_Warsaw_Ghetto

Fiorani, F. (2002). *Atlas Ilustrado de la Segunda Guerra Mundial*. Madrid: Grupo Editorial Firenze, Susaeta Ediciones.

Georges, J.M.& Benedict, S. (2013) An Ethics of Testimony. *Advanced Nurse Scientist*, 29(2), 161–9. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/7065251_An_ethics_of_testimony_Prisoner_nurses_at_Auschwitz

Rees, L. (2017). *El Holocausto: las voces de las víctimas y los verdugos*. Barcelona: Editorial Planeta.

Solano, R.M. (2004). Los avances de la enfermería en el época Nazi. *Revista Espiga*, 5(9), 143–60. Recuperado de <https://investiga.uned.ac.cr/revistas/index.php/espiga/article/view/1112>



ANTROPOLOGÍA

Conocimientos, creencias y actitudes de los estudiantes universitarios hacia la donación de órganos: Un estudio cualitativo

Knowledge, beliefs and attitudes of university students towards the organ donation: A qualitative study

Conhecimento, crenças e atitudes de estudantes universitários em relação à doação de órgãos: Um estudo qualitativo

Elena Fernández Mayo^{1*}; Elena Andina Díaz ²

¹Graduada en enfermería. Universidad de León. Orcid: No disponible. Correo electrónico: efernm12@estudiantes.unileon.es

²Doctora en Enfermería. Grupo de Investigación SALBIS. Universidad de León. Grupo de Investigación EYCC. Universidad de Alicante. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9687-1967>; Correo electrónico: elena.andina@unileon.es

Cómo citar este artículo: Fernández Mayo, E., & Andina Díaz, E. (2023). Conocimientos, creencias y actitudes de los estudiantes universitarios hacia la donación de órganos: Un estudio cualitativo. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(65). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.65.12>

Received: 07/10/2022
Accepted: 27/12/2023.



Copyright: © 2023. Remitido por los autores para publicación en acceso abierto bajo los términos y condiciones de Creative Commons Attribution (CC/BY) license.

***Correspondencia:** Ctra de Villamor, nº 17, Santa Marina del Rey, León. CP: 24393. Correo electrónico: efernm12@estudiantes.unileon.es

Abstract: Both vascularized composite transplants and allogeneic transplants, as they depend on donations, are due to psychosocial factors that, knowing them, allow us to take appropriate educational attitudes. Objective: to explore the knowledge, beliefs and attitudes of nursing and computer science students regarding the donation and transplantation of organs and vascularized compound allogeneic transplants. Material and methods: exploratory research with qualitative approach. Semi-structured interviews with 10 nursing and computer science students. Results: three categories: knowledge, showing disinformation; beliefs such as that there is nothing after death, that donation is altruistic and that their professions help raise awareness; and attitudes such as that they tend to talk about death openly, but not about donation. Discussion: university students are aware, but they are not well informed, finding evidence such as that religion or donating blood or marrow does not influence to be an organ donor and knowing recipients or someone with some disfigurement and talking about death does influence. Conclusions: there are beliefs that favor the donation of organs and vascularized composite tissue in university students, but also a significant misinformation and a lack of dialogue about becoming a donor that damages said donation and the educational role in this regard at a professional level.

Keywords: Qualitative research; organ donation; beliefs, attitudes; university students.



Resumen: Tanto los trasplantes como los alotrasplantes compuestos vascularizados, al depender de donaciones, obedecen a factores psicosociales que conociéndolos permiten tomar actitudes educativas acordes. Objetivo: explorar los conocimientos, creencias y actitudes de estudiantes de enfermería e informática respecto a la donación y trasplante de órganos y alotrasplantes compuestos vascularizados. Material y métodos: estudio exploratorio desde una aproximación cualitativa. Entrevistas semiestructuradas a 10 estudiantes de enfermería e informática. Resultados: tres categorías: conocimientos, mostrando desinformación; creencias como que no hay nada después de morir, que la donación es altruista y que sus profesiones ayudan a concienciar; y actitudes como que suelen hablar de la muerte de forma abierta, pero no de donación. Discusión: los universitarios están concienciados, pero no están bien informados, encontrando evidencias como que la religión o donar sangre o médula no influyen para ser donante de órganos y conocer receptores o alguien con alguna desfiguración y hablar de la muerte sí influye. Conclusiones: existen creencias que favorecen la donación de órganos y tejido compuesto vascularizado en los universitarios, pero también una desinformación importante y una falta de diálogo sobre hacerse donante que perjudica dicha donación y la función educadora en este aspecto a nivel profesional.

Palabras clave: Investigación cualitativa; donación de órganos; creencias; actitudes; estudiantes universitarios.

Resumo: Tanto os transplantes como os alotrasplantes compostos vascularizados, por dependem de doações, devem-se a fatores psicossociais que, conhecendo-os, nos permitem tomar atitudes educativas adequadas. Objetivo: explorar os conhecimentos, crenças e atitudes dos estudantes de enfermagem e computação em relação à doação e transplante de órgãos e aos alotrasplantes compostos vascularizados. Material e métodos: Estudo exploratório a partir de uma exploração qualitativa. Entrevistas semiestruturadas com 10 estudantes de enfermagem e informática. Resultados: três categorias: conhecimento, mostrando desinformação; crenças como que não há nada depois da morte, que a doação é altruísta e que suas profissões ajudam a aumentar a consciência; e atitudes tais como falar sobre a morte abertamente, mas não sobre doação. Discussão: os universitários estão cientes, mas não estão bem informados, encontrando evidências como a religião ou a doação de sangue ou medula óssea não influenciam ser um doador de órgãos, mas conhecer os destinatários ou alguém com uma desfiguração e falar sobre a morte, sim. Conclusões: existem crenças que favorecem a doação de órgãos e tecidos compostos vascularizados em universitários, porém há também uma desinformação significativa e uma falta de diálogo sobre como tornar-se doador, o que é prejudicial para esta doação e à educação sobre este assunto como futuros profissionais.

Palavras chave: Pesquisa qualitativa; doação de órgãos; crenças; atitudes; universitários.

INTRODUCCIÓN

Un trasplante es una práctica en la que se implanta un órgano o tejido de un donante a un receptor. Está muy desarrollado pero presenta problemas, como el control del rechazo (Hospital General Universitario de Alicante & Centro de Especialidades Babel, 2019). Los alotrasplantes compuestos vascularizados (ACV) son trasplantes de tejidos procedentes de las tres capas germinales y suponen una alternativa novedosa cada vez más frecuente, para pacientes con deformidades severas (Ruiz Moya, 2018; Santander-Flores, Ricaño-Enciso, Butrón-Gandarilla, & Iglesias-Morales, 2013).

En España, la normativa nacional es el Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, que regula las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad. Según la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), en el año 2017 en España hubo una negativa familiar a la donación del 12,9%, frente al 24,8% 20 años atrás



(Organización Nacional de Trasplantes, 2017). Aunque esta negativa evolucione decrecientemente, las donaciones no cubren completamente la demanda, por ello, es necesario determinar los factores que dificultan o favorecen la donación, e incidir educacionalmente en ellos (Clarke et al., 2007; De Freitas Cohelo & Eduardo Bonella, 2019; Moreno-Arroyo & Estrada-Masllorens, 2009).

La literatura consultada apunta a que influyen positivamente en la donación de órganos y tejido compuesto vascularizado (TCV), entre otros hechos: la información poblacional sobre trasplantes (Ramos-Bispo, Carvalho-Lima, & Cunha-de Oliveira, 2016), la comprensión del concepto de muerte cerebral (Fontana, Massari, Giovannini, Alfano, & Cappelli, 2017), el diálogo intrafamiliar sobre la muerte y la donación (Zouaghi, Chouk, & Rieunier, 2015), conocer receptores o alguien con alguna condición desfigurante (A D'Alessandro, Peltier, & Dahl, 2012) o ser donante de sangre y médula, por su carácter altruista (López López, 2015). Según muestran diversos estudios, estos factores parecen estar más presentes en personas jóvenes, lo que convierte el factor "joven" en positivo para donar (Bramstedt & Cameron, 2017; Harel, Kogut, Pinchas, & Slovic, 2017; Kumar et al., 2016; Salas et al., 2021; Shi & Salmon, 2018). Por el contrario, pueden afectar de manera negativa: la cultura nacional y familiar, especialmente en el cuidado postmortem (Liu, Peng, Zhang, Qiao, & Hao, 2015) o la religión, que, aunque no hay ninguna que lo prohíba, algunas la dificultan (Messina, 2015).

Por todo ello, puede ser interesarse describir las opiniones de ese colectivo (Salas et al., 2021), dado que se convierten en posibles futuros donantes. El hecho de valorar la relación afectiva con esas partes, así como examinar prejuicios y creencias, permitirá mejorar las campañas educativas al respecto. Dentro del grupo de jóvenes, nos preguntamos ¿qué opinan al respecto los estudiantes universitarios de enfermería y estudiantes de ingeniería? Nos centramos en estos colectivos pues, los primeros son futuros agentes de cambio sanitario, y cuyos conocimientos al respecto deberían ser elevados (Fontana et al., 2017; Ramos-Bispo et al., 2016), y los segundos son futuros agentes de creación de tendencias, pues sus diseños de aplicaciones para Smartphone, publicidad y campañas en redes sociales, pueden aumentar las tasas de donación entre la comunidad de internautas (Bramstedt & Cameron, 2017; Harel et al., 2017; Kumar et al., 2016; Shi & Salmon, 2018).

Objetivo: Explorar los conocimientos, creencias y actitudes de los estudiantes universitarios de enfermería e ingeniería informática respecto a la donación y trasplante de órganos y los ACV.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: estudio exploratorio desde una aproximación cualitativa, que permite capturar la complejidad del mundo vivencial y social objeto de investigación, así como



describir y clarificar el significado de las experiencias vividas, incluyendo percepciones y sentimientos (Giorgi, Giorgi & Morley 2017; Sandelowski & Leeman, 2012)

Emplazamiento y participantes: estudiantes de grado de enfermería y/o grado de ingeniería Informática, matriculados en 3º o 4º curso durante el curso 2018-2019, en la Universidad de León. Como criterios de inclusión se estableció el hecho de poder realizar las entrevistas de manera física. No desear participar fue el criterio de exclusión determinado.

Procedimiento: se envió un correo electrónico a todos los alumnos matriculados en los 4 cursos invitándoles a participar. Una vez obtenidas las respuestas, se citó a los voluntarios en dos aulas aisladas de la Facultad de Ciencias de la Salud para realizar la recogida de datos (que tuvo lugar entre febrero-junio de 2019).

Técnicas de recogida: se realizaron entrevistas semiestructuradas de una duración aproximada de 30 min. El guion de las entrevistas se elaboró a partir de estudios previos (Fontana et al., 2017; Giatsidis, Sinha, & Pomahac, 2017; Gironés P, Lillo-Crespo M, & Dominguez-Santamaria JM, 2015; Kumar et al., 2016; Liu et al., 2015; López López, 2015; Messina, 2015; Ramos-Bispo et al., 2016; Ríos et al., 2018; Zouaghi et al., 2015). Las entrevistas fueron audio-grabadas para facilitar su análisis. Se realizaron tantas entrevistas como fueron necesarias hasta llegar a la saturación de información.

Análisis de datos: se realizó la transcripción literal de las entrevistas y análisis manual de contenido siguiendo la propuesta de Giorgi (Giorgi, 1997): i) lectura de las transcripciones, ii) relectura, extracción de unidades de sentido, agrupación en categorías y subcategorías iii) interpretación del contenido de las categorías, de acuerdo con el fenómeno de estudio. Se realizó una categorización abierta, las categorías y subcategorías surgieron en base a los datos (no a priori). Se identificaron tres categorías principales (conocimientos, creencias y actitudes) y 11 subcategorías.

Aspectos éticos: se obtuvo la aprobación del Comité de Ética (ULE-043-2018) y cada participante firmó de forma previa a la entrevista, un consentimiento informado en el que se especificaba el carácter confidencial, anónimo, no lucrativo y personal del estudio. Se respetaron los principios de la Declaración de Helsinki y la actual normativa en España sobre protección de datos personales (Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, y Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de Protección de Datos).

RESULTADOS

En el estudio finalmente participaron 10 estudiantes, cinco de ellos fueron mujeres (enfermería) y cinco varones (ingeniería). Las variables sociodemográficas se muestran en la Tabla 1. Se identificaron tres categorías principales de los discursos: conocimientos, creencias y actitudes, y 11 subcategorías (Tabla 2).



Conocimientos

La muerte cerebral fue definida por la mayoría de los participantes como el cese irreversible de la función cerebral, aunque algunos la confundían con patologías neurológicas o no la sabía definir con precisión:

“Ya no hay actividad en el cerebro ni posibilidad de recuperarla” (I1m3)

“¿Alzheimer se considera como muerte cerebral?” (E2f3)

Tabla 1: Datos sociodemográficos de los participantes

Participante	Sexo	Edad (años)	Provincia de nacimiento	Lugar de residencia
I1	Hombre	30	León	Rural
I2	Hombre	20	León	Urbano
I3	Hombre	24	León	Rural
I4	Hombre	24	La Rioja	Rural
I5	Hombre	21	León	Rural
E1	Mujer	20	León	Urbano
E2	Mujer	23	León	Rural
E3	Mujer	23	León	Rural
E4	Mujer	34	León	Urbano
E5	Mujer	23	León	Urbano

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2: Categorías y Subcategorías que emergieron de los datos

Categorías	Subcategorías
Conocimientos	Muerte cerebral
	Legislación
	ACV
	Fuentes de información
Creencias	Muerte
	Muerte cerebral
	Significados y sentimientos de ser donante
	ACV
	Rol profesiones
Actitudes	Entorno familiar
	Ser donante



Más de la mitad (tanto de enfermería como de ingeniería) manifestaron desinformación respecto a la legislación de donación y trasplantes. Algunos resaltaron que es anónima, otros sabían que todos somos donantes potenciales y que es necesaria la autorización familiar:

"Por las políticas españolas, si no firmas un consentimiento de que estás en contra se presupone que eres donante de órganos" (E5f4)

"Que la voluntad de la donación pertenece a la familia" (I5m3)

"Que es anónima" (I2m3)

En cuanto a los trasplantes de partes visibles, más de la mitad sí conocían estos trasplantes, pero muchos no sabían de su existencia o de la existencia de algún tipo:

"Sí. Vi un reportaje " (E4f4)

"No, sabía que se podían trasplantar los ojos, pero no sabía que se podían trasplantar la cara, un poco siniestro... ¿las piernas? ¿Como si se amputara?" (E5f4)

"Sí, bueno lo de la cara, los brazos y las piernas, no" (E2f3)

La mayoría señaló a la televisión como la principal fuente de información:

"Lo típico que escuchas por amigos, la televisión y tal" (I3m3)

"Sí, por las noticias básicamente, que a veces dicen algo" (E1f3)

Algunas respuestas también de estudiantes de ingeniería referían el entorno social y familiar como lugar donde informarse, así como internet:

"Quizás mi hermana puede ser la persona que más me ha (...)" (I1mE)

Las estudiantes de enfermería manifestaron que esta información en la carrera es deficiente:

"Pues creo que vimos, no sé si fue en "Adulto" (nombre de la asignatura) pero poco" (E2f3)

"Pues lo que te he contado, la asignatura de legislación, y a ver, me acuerdo de lo básico, yo creo que aquí en la facultad podían hacer más hincapié por el hecho de ser enfermeras" (E3f3)

Creencias

En lo referente a la muerte, la mitad de la muestra cree que no hay nada después de la misma:

"Mi concepto de la muerte es que cuando nos morimos se acabó" (E5f4)

"Yo no creo que haya nada, no" (I2m3)



La mayoría concibe la muerte cerebral como una muerte normal:

"Pues que es lo mismo que una muerte normal sólo que el cuerpo sigue funcionando automáticamente, entonces... pues aguantarlo el tiempo que sea necesario para poder aprovechar las cosas y punto. Está muerto" (E4f4)

En cuanto al significado de ser donante, la mayoría señaló el altruismo como una razón fundamental para serlo, y afirmó que la educación estaba muy relacionada con querer o no ser donante:

"Yo creo que por ayudar. Yo lo haría por ayudar" (E2f3)

"Yo creo que debe ser totalmente por educación" (I2m3)

"Pues... el tener alguien cerca que necesita un órgano, o que esté bien informada sobre el tema, o el hecho de trabajar en el ámbito sanitario por ejemplo" "supongo que la gente que esté más informada sobre ello se atreverá más a hacerlo" (E1f3)

El miedo y desconfianza no estaban presentes a la hora de tomar la decisión de ser donante:

"No, a mí me gustaría serlo" (E3f3)

"No miedo al menos no (...) no tendría ningún miedo, porque ya estaría muerto realmente" (I4m3)

Todos los participantes indicaron que no supondría un impacto psicológico donar los órganos de un familiar, e incluso la mayoría recalcó que sería positivo y todos manifestaron estar totalmente a favor de la donación de órganos:

"Sí porque sabes que va a ayudar a alguien" (E2f3)

"Por el hecho de que gracias a mí otra persona puede ser ayudada y tener un nivel de vida digno, y que yo probablemente no lo necesite" (E3f3)

Por otro lado, en cuanto a las creencias sobre los ACV, más de la mitad creen que estaría justificado siempre:

"Lo que para ti estética igual para mí es salud" (E2f3)

"A ver, si hay gente que lo necesita más y no es simplemente un caso cosmético mejor para la persona que lo necesita por salud, pero sino no, no va ir a ningún lado, pues que lo disfrute" (I3m3)

Para finalizar, hablando sobre sus profesiones, toda la muestra, afirma que su profesión puede servir como vía divulgativa de este tema. Los informáticos mencionaron como



herramienta para hacerlo los servicios de internet, y las enfermeras a través de la educación para la salud:

"Sí claro que sí (...) como trabajo en ciencias de la información, es muy sencillo para nosotros aportar información a la sociedad." (I5m3) "Pues charlas colectivas, o en los centros de salud, pancartas, que un día se destine a esa charla, o puertas abiertas..." (E2f3)

Comenzando por las conversaciones en el entorno, más de la mitad de los participantes reconoció que hablaba sobre la muerte en casa de forma abierta:

"Sí, de forma totalmente abierta" (I1m3)

"Igual con los amigos y demás, a no ser que algún amigo haya pasado por alguna situación de este tipo recientemente pues, no creo que sea un tabú, por lo menos en mi círculo social" (I3mE)

Sin embargo, no habían manifestado sus voluntades de donar órganos:

"No, porque tengo familia religiosa, prefiero evitar todos esos temas" (I4m3)

"No, yo creo que no, bueno quizás con mi hermana, ya te digo, me acuerdo de haber tenido alguna conversación rodeando el tema, pero así sentarme a hablar de donación no" (I1m3)

"Creo que no se las he transmitido directamente pero que se lo pueden figurar muy fácilmente" (I3m3)

La mayoría no eran donantes de sangre ni de médula ni tenía hecha la tarjeta de donante de órganos, aunque más de la mitad quieren hacerla. Unos pocos no quieren hacerla por no tener validez legal o porque lo ha ido dejando:

"Yo creo que es por el hecho de ir dejándolo" (E3f3)

"Sí es igual realmente tenerla que no tenerla tampoco, no me importaría tenerla pero tampoco creo que me molestase en sacarla" (I4m3)

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio describen que los conocimientos que manifiestan tener los estudiantes sobre muerte cerebral son adecuados, como "cese irreversible de la función cerebral". Este hecho concuerda con otros estudios acerca del conocimiento que sobre este concepto tienen los estudiantes de ciencias de la salud (Ríos et al., 2018). Cabe destacar que algunos participantes dijeron no estar bien informados, en consonancia con lo encontrado en la literatura (Fontana et al., 2017; Ramos-Bispo et al., 2016; Ríos et al., 2018).

Por otro lado, al igual que en otras investigaciones, en nuestros resultados se recogió una falta de información sobre la legislación vigente (Ramos-Bispo et al., 2016)



En lo referente al conocimiento sobre los ACV, en los resultados se describe el conocimiento parcial de los participantes. Parece ser necesario ampliar la información al respecto. En algunos estudios se ha constatado la escasa comprensión de estos procedimientos y la necesidad del apoyo de la ciudadanía y del personal sanitario para que se realicen estas intervenciones (Prior & Klein, 2011).

Sobre los medios para conseguir esta información, hemos visto que en la mayoría de los participantes se han informado con medios convencionales como la televisión, a pesar de ser jóvenes. Este dato muestra información algo diferente a las investigaciones que tratan sobre ello (Bramstedt & Cameron, 2017; A D'Alessandro et al., 2012; Kumar et al., 2016; Shi & Salmon, 2018), si bien algunos participantes señalaron el círculo cercano e internet como fuentes paralelas.

Por parte de las estudiantes de enfermería fueron citadas algunas asignaturas de la carrera, pero manifestaron déficit de información tal y como evidencian otros artículos (Fontana et al., 2017; Ramos-Bispo et al., 2016).

En cuanto a las creencias, según algunos estudios, conocer el significado de muerte cerebral favorece ser donante y desconfiar del diagnóstico es una barrera (Fontana et al., 2017; Messina, 2015; Ramos-Bispo et al., 2016). En nuestros resultados se muestra que, si bien varios participantes no conocían el concepto y una minoría no confiaría en el diagnóstico, ninguno manifestó miedo a ser donante y todos estaban a favor.

En cuanto al significado de ser donante, el altruismo fue la razón principal para hacerse, así como la educación, algo que evidencian otros estudios (López López, 2015; Newton, 2011; Zouaghi et al., 2015).

En cuanto a los miedos y desconfianzas, los participantes afirmaron mayoritariamente que no temían nada de ser donante y no les supondría un impacto psicológico donar los órganos de un familiar. En la literatura se recoge como los estudiantes presentan miedos, entre otros, a la muerte aparente, a la mutilación, a una decisión equivocada (López López, 2015) o a la comercialización de los órganos (Ramos-Bispo et al., 2016). También en relación con los ACV. Algunos autores han resaltado la asociación negativa entre la religión o tener alguna creencia en relación a la vida después de la muerte, y la voluntad de donar (Laidouni, Briones-Vozmediano, Garrido Clemente, & Gil González, 2017; López López, 2015; Messina, 2015; Newton, 2011; Zouaghi et al., 2015), si bien en nuestros resultados no se mencionaron de manera explícita aspectos religiosos vinculados.

Sobre las creencias de los ACV, la gran mayoría cree que están siempre justificados. Estos resultados, en cuanto a las estudiantes de enfermería también coinciden con varios artículos, que muestran alto nivel de apoyo por el personal sanitario (Evans, 2013; Prior &



Klein, 2011), apuntando también a una necesidad de estas intervenciones en la población general (Pirnay, Herve, & Meningaud, 2013; Prior & Klein, 2011).

Por otro lado, cuando hablan de sus profesiones, los resultados coinciden con las conclusiones de varios artículos, por parte de los estudiantes de enfermería, que dicen que pueden ayudar a través de la educación poblacional (Fontana et al., 2017; Ramos-Bispo et al., 2016) y por parte de los de informática, que utilizarían los servicios de internet para brindar esta información (Bramstedt & Cameron, 2017; Harel et al., 2017; Kumar et al., 2016; Shi & Salmon, 2018).

En lo referente a las actitudes, existe un predominio en los participantes para hablar de forma abierta sobre la muerte, mostrando creencias favorables a la donación. Algunos autores (Phillipson, Larsen-Truong, Pitts, & Nonu, 2015; Zouaghi et al., 2015), han anotado que hablar de la muerte está relacionado positivamente con la voluntariedad de ser donante.

Por otra parte, a ninguno le supondría un impacto donar los órganos de un familiar, pero, sin embargo, la mayoría no eran ni donantes de sangre ni de médula.

En cuanto a la tarjeta de donante, a pesar de que no tiene validez legal en España, es una buena manera de dejar constancia de manera informal de la propia voluntad. Aunque los participantes del estudio apoyan la donación, la mayoría ni lo han hablado en casa ni tienen hecha la tarjeta de donantes. Estas actitudes no favorecen que ellos y/o sus familias sean donantes si se presenta la situación lo que también está demostrado en varios artículos (Liu et al., 2015; Ramos-Bispo et al., 2016), por lo que son necesarias más campañas de concienciación e información.

En cuanto a las limitaciones del estudio, dado su carácter cualitativo, los datos no se pueden generalizar a otras comunidades de universitarios. Por otro lado, las homogeneidades de las características sociodemográficas de los participantes impiden el mayor alcance de los resultados. Finalmente, sería pertinente plantear una investigación con metodología mixta, en la que de manera cuantitativa se recogieran datos que desde una perspectiva cualitativa hubieran podido quedar obviados. A pesar de ello, y dado a que se trataba de un estudio exploratorio, contamos con datos interesantes sobre los que se pueda profundizar en otros contextos universitarios, relacionados con conocimientos, las creencias y actitudes.

CONCLUSIONES

Este estudio ha permitido dar respuesta al objetivo propuesto de explorar los conocimientos, creencias y actitudes de los estudiantes universitarios de enfermería e ingeniería informática respecto a la donación y trasplante de órganos y los ACV.

Entre las aportaciones resaltamos el hecho de que los participantes están bastante concienciados con la donación de órganos y tejido compuesto vascularizado (creencias



favorables), si bien perciben no estar correctamente informados (conocimientos). Este hecho puede tener consecuencias a la hora de favorecer actitudes en pro a la donación. Tal como se recoge en el estudio, por una parte, no se habla de donación en su entorno, lo que implica una menor probabilidad de hacerse donante. Por otra parte, esta actitud puede afectar al mundo profesional, ya que los estudiantes de enfermería serán personal sanitario con poder de informar, y también los estudiantes de informática, quienes están dentro de las ciencias de la información.

De manera paralela, esta exploración nos ha mostrado otros temas sobre los que ahondar con estudiantes universitarios además de la donación de órganos, como son la percepción de la muerte en la sociedad, las fuentes de información en materia de salud o el altruismo.

BIBLIOGRAFÍA

- Bramstedt, K., & Cameron, A. (2017). Beyond the Billboard: The Facebook-Based Application, Donor, and Its Guided Approach to Facilitating Living Organ Donation. *American Journal of Transplantation*, 17(2), 336–340. <https://doi.org/10.1111/ajt.14004>
- Clarke, A., Murphy, F., White, P., Brough, V., Renshaw, A., & Butler, P. E. M. (2007). Transplant Professionals' Attitudes toward Facial Transplantation in the United Kingdom. *Progress in Transplantation*, 17(3), 228–233. <https://doi.org/10.1177/152692480701700311>
- D'Alessandro, A., Peltier, J., & Dahl, A. (2012). A Large-Scale Qualitative Study of the Potential Use of Social Media by University Students to Increase Awareness and Support for Organ Donation. *Progress in Transplantation*, 22(2), 183–191. <https://doi.org/10.7182/pit2012619>
- De Freitas Cohelo, G.H., Eduardo Bonella, A. (2019). Donación de órganos y tejidos humanos: el trasplante en España y en Brasil. *Revista Bioética*, 27 (3), 419-422. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019273325>.
- Evans, L. (2013). Experiences of Healthcare Team Members Involved in Facial Transplant Surgery and Patient Care. *Nursing Research*, 62(6), 372–382. <https://doi.org/10.1097/01.NNR.0000434616.93493.e2>
- Fontana, F., Massari, M., Giovannini, L., Alfano, G., & Cappelli, G. (2017). Knowledge and Attitudes Toward Organ Donation in Health Care Undergraduate Students in Italy. *Transplantation Proceedings*, 49(9), 1982–1987. <https://doi.org/10.1016/J.TRANSPRO-CEED.2017.09.029>
- Giatsidis, G., Sinha, I., & Pomahac, B. (2017). Reflections on a Decade of Face Transplantation. *Annals of Surgery*, 265(4), 841–846. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000001760>
- Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28(2), 235-260. <https://doi.org/10.1163/156916297X00103>



- Giorgi, A., Giorgi, B., Morley, J. (2017). The Descriptive Phenomenological Psychological Method. In book: *The Sage Handbook of Qualitative Research In Psychology*. Edition: 2nd, Chapter: 11. Publisher: Sage, Editors: Willing and Rogers, pp. 176-192.
- Gironés, P, Lillo-Crespo, M., & Dominguez-Santamaria, J.M. (2015). Impact of Organ Donation in Spanish Families: Phenomenological Approach Through Relatives' Lived Experiences. *Transplantation Proceedings*, 47(1), 4–6. <https://doi.org/10.1016/J.TRANSPRO-CEED.2015.01.001>
- Harel, I., Kogut, T., Pinchas, M., & Slovic, P. (2017). Effect of media presentations on willingness to commit to organ donation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 114(20), 5159–5164. <https://doi.org/10.1073/pnas.1703020114>
- Hospital General Universitario de Alicante, & Centro de Especialidades Babel. (2019). *Trasplantes de Órganos Sólidos*. Retrieved from http://donacion.or-ganos.ua.es/submenu3/inf_sanitaria/proceso/tx-organos.asp
- Kumar, K., King, E., Muzaale, A., Konel, J., Bramstedt, K., Massie, A., & et al. (2016). A Smartphone App for Increasing Live Organ Donation. *American Journal of Transplantation*, 16, 3548–3553. <https://doi.org/doi:10.1111/ajt.13961>
- Laidouni, N., Briones-Vozmediano, É., Garrido Clemente, P., & Gil González, D. (2017). Healthcare professionals' perceptions of Islamic beliefs and traditions as barriers to organ donation and transplantation in Algeria. *Gaceta Sanitaria*, 31(2), 123–131. <https://doi.org/10.1016/J.GACETA.2016.09.012>
- Liu, H., Peng, X., Zhang, S., Qiao, X., & Hao, Y. (2015). Posthumous organ donation beliefs of college students: A qualitative study. *International Journal of Nursing Sciences*, 2(2), 173–177. <https://doi.org/10.1016/J.IJNSS.2015.04.012>
- López López, A. (2015). *Análisis de la actitud de los estudiantes de Medicina hacia la donación de órganos para trasplante*. Murcia: Universidad de Murcia. Retrieved from <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/301277/TAILL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Messina, E. (2015). Beyond the Officially Sacred, Donor and Believer: Religion and Organ Transplantation. *Transplantation Proceedings*, 47(7), 2092–2096. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2015.06.031>
- Moreno-Arroyo, M., & Estrada-Masllorens, J. (2009). La Donación de Órganos en España. Competencias del Profesional de Enfermería. *Nursing*, 27(9), 56–61.
- Newton, J. (2011). How does the general public view posthumous organ donation? A meta-synthesis of the qualitative literature. *BMC Public Health*, 11(1), 791. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-791>
- Organización Nacional de Trasplantes. (2017). *Memoria de Actividad de Donación*. Retrieved from <http://www.ont.es/infesp/Memorias/Memoria Donación 2017.pdf>
- Phillipson, L., Larsen-Truong, K., Pitts, L., & Nonu, M. (2015). Knowledge of, Beliefs About, and Perceived Barriers to Organ and Tissue Donation in Serbian, Macedonian, and Greek Orthodox Communities in Australia. *Progress in Transplantation*, 25(1), 91–99. <https://doi.org/10.7182/pit2015550>
- Pirnay, P., Herve, C., & Meningaud, J. (2013). Avons-nous répondu à toutes les questions éthiques de l'allotransplantation de tissu composite de la face? *Revue de Stomatologie, de Chirurgie Maxillo-Faciale et de Chirurgie Orale*, 114(2), 53–56. <https://doi.org/10.1016/j.revsto.2013.01.003>



- Prior, J., & Klein, O. (2011). A qualitative analysis of attitudes to face transplants: Contrasting views of the general public and medical professionals. *Psychology & Health*, 26(12), 1589–1605. <https://doi.org/10.1080/08870446.2010.545888>
- Ramos-Bispo, C., Carvalho-Lima, J., & Cunha-de Oliveira, M. (2016). Doação de órgãos: uma perspectiva de graduandos de enfermagem. *Revista Bioética*, 24(2), 386–394. <https://doi.org/10.1590/1983-80422016242139>
- Ríos, A., López-Navas, A., López-López, A., Gómez, F., Iriarte, J., Herruzo, R., ... Parrilla, P. (2018). Do Spanish Medical Students Understand the Concept of Brain Death? *Progress in Transplantation*, 28(1), 77–82. <https://doi.org/10.1177/1526924817746687>
- Ruiz Moya, A. (2018). *Alotrasplante de tejido compuesto: bases anatómico-experimentales y aplicación a nuevos modelos de conocimiento para reconstrucción de extremidades superiores*. [Tesis doctoral, universidad de Sevilla]. Sevilla: Depósito de investigación de la Universidad de Sevilla. <https://hdl.handle.net/11441/85025>
- Salas, P., Campusano, A., Rodríguez, C., Pizarro, D., Muñoz, M., & Pousa, J. (2021). Características sociales y familiares asociadas a la decisión de ser donante de órganos y tejidos en población adulta, Coquimbo, Chile 2019. *Revista Médica De Chile*, 149 (3), 387-391. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021000300385>.
- Sandelowski, M., & Leeman, J. (2012). Writing usable qualitative health research findings. *Qualitative Health Research*, 22(10), 1404–1413. <https://doi.org/10.1177/1049732312450368>
- Santander-Flores, S., Ricaño-Enciso, D., Butrón-Gandarilla, P., & Iglesias-Morales, M. (2013). Inicio de la Donación de Extremidad Superior para Aloiinjerto Compuesto Vascularizado en México. *Revista Mexicana de Trasplantes*, 2(1), 31–33.
- Shi, J., & Salmon, C. (2018). Identifying Opinion Leaders to Promote Organ Donation on Social Media: Network Study. *Journal of Medical Internet Research*, 20(1), 3–7. <https://doi.org/10.2196/jmir.7643>
- Zouaghi, S., Chouk, I., & Rieunier, S. (2015). Promoting organ donation through the 'intensity of discussions' with next of kin: role of superstition, taboo of death and personality variables. *Recherche et Applications En Marketing (English Edition)*, 30(3), 105–123. <https://doi.org/10.1177/2051570715594132>



Aproximaciones entre las antropologías de Cecil Helman y Clifford Geertz

Approaches between the anthropologies of Cecil Helman and Clifford Geertz

Aproximações entre as antropologias de Cecil Helman e Clifford Geertz

Antonio Jorge Silva Correa Júnior^{1*}; Raymundo Heraldo Maués²; Samuel Maria de Amorim e Sá³; Helena Megumi Sonobe⁴; Mary Elizabeth de Santana⁵

¹Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1665-15211>; Correo electrónico: juniorjorge_94@hotmail.com

²Antropólogo. Doutor em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro/Museu Nacional. Belém, PA, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1722-0961>; Correo electrónico: hmaues@uol.com.br

³Antropólogo. Doutor em Antropologia pela University of Florida Gainesville. Belém, PA, Brasil. Orcid: No disponible; Correo electrónico: smel_sa@terra.com.br

⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, SP, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3722-0835>; Correo electrónico: megumi@eerp.usp.br

⁵Enfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Belém, PA, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3629-8932>; Correo electrónico: marybete@ufpa.br

*Correspondencia: Rodovia Augusto Montenegro, Residencial João Coelho 11200, bloco 13, apartamento 303 – CEP 66820000. Belém – PA, Brasil. Correo electrónico: juniorjorge_94@hotmail.com

Cómo citar este artículo: Correa Júnior, A. J. S., Maués, R. H., Sá, S. M. A., Sonobe, H. M., & Santana. M. E. S. (2023). Aproximaciones entre las antropologías de Cecil Helman y Clifford Geertz. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(65). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.65.13>

Received: 22/11/2022
Accepted: 03/01/2023.



Copyright: © 2023. Remitido por los autores para publicación en acceso abierto bajo los términos y condiciones de Creative Commons Attribution (CC/BY) license.

Abstract: This article aims to promote conceptual exploration in the literature of Medical Anthropology or Health and Interpretative Anthropology, approaching the perspectives of Clifford James Geertz and Cecil Helman. The segmented three-axis approach reflects some perspectives on the key concepts of culture and ethnography. It was also evident from the impasses generated by the academic effort of the medical system when studying other care systems, a clear tendency to resort to generalizations, stratigraphic conception and consensus gentium, typical of colonialist ethnography, addressing the ethical commitment and self-reflexivity of the researcher as solution. It ends with an approximation between Cecil Helman's theories on causes of illness and Clifford Geertz's knowledge and interpretation of the senses, values, behaviors and local knowledge. Therefore, we believe that the article complements the debates in the area of ethnography, meanings of illness and health, standardized in the Anthropology of Health-disease.

Keywords: Anthropology of health-disease; medical anthropology; interpretive anthropology; Cecil Helman; Clifford Geertz.

Resumen: Este artículo tiene como objetivo promover la exploración conceptual en la literatura de Antropología Médica o Antropología de la Salud e Interpretativa, reuniendo las perspectivas de Clifford James Geertz y Cecil Helman. El enfoque segmentado de tres ejes refleja algunas perspect



tivas sobre los conceptos clave de cultura y etnografía. También fue evidente por los impases generados por el esfuerzo académico del sistema médico al estudiar otros sistemas de atención, una clara tendencia a recurrir a generalizaciones, concepción estratigráfica y consensus gentium, típico de la etnografía colonialista, abordando el compromiso ético y la autorreflexividad de investigador como soluciones. Termina con una aproximación entre las teorías de Cecil Helman sobre las causas de la enfermedad y el conocimiento e interpretación de Clifford Geertz de los sentidos, valores, comportamientos y conocimiento local. Por lo tanto, creemos que el artículo complementa los debates en el área de etnografía, sentidos de la enfermedad y salud, estandarizados en la Antropología de la Salud-enfermedad.

Palabras clave: Antropología de la salud-enfermedad, antropología médica, antropología interpretativa, Cecil Helman, Clifford Geertz.

Resumo: Este artigo tem como objetivo promover exploração conceitual na literatura de Antropologia Médica ou da Saúde e Antropologia Interpretativa, aproximando as perspectivas de Clifford James Geertz e Cecil Helman. A abordagem segmentada em três eixos reflete algumas perspectivas sobre os conceitos-chave cultura e etnografia. Evidenciou-se ainda a partir dos impasses gerados pelo esforço acadêmico do sistema médico ao estudar outros sistemas de cuidado, clara tendência a recorrer a generalizações, concepção estratigráfica e consensus gentium, típicos da etnografia colonialista, abordando-se o compromisso ético e a autorreflexividade do pesquisador como soluções. Encerra-se com uma aproximação entre as teorias sobre causas do adoecimento de Cecil Helman e o conhecimento e interpretação dos sentidos, valores, condutas e saber local de Clifford Geertz. Diante disso, acreditamos que o artigo complementa os debates na área da etnografia, sentidos do adoecimento e saúde, estandarizados na Antropologia da Saúde-doença.

Palavras-chave: Antropologia da saúde-doença; antropologia médica; antropologia interpretativa; Cecil Helman; Clifford Geertz.

CONSIDERAÇÃO INICIAL

Ninguém sabe tudo, porque não há um tudo para se saber (Geertz, 2001, p. 124).

INTRODUÇÃO

A Antropologia Médica é especialmente necessária pelo regime de crises globais nas esferas sanitária, social e da saúde (Helman, 2006). O sistema de conhecimentos antropológicos brasileiro sempre recebeu influências internacionais e, permanentemente, solicita enquadramentos crítico-reflexivos indagando-nos: “Antropologia Médica ou Antropologia da Saúde?” (Minayo, 1998).

Os profissionais da saúde se inteiraram da Antropologia a partir de duas formas de “conversão” (ciências da saúde para ciências humanas): primeiramente por acreditarem na humanização dos serviços e secundariamente por estudarem em programas de pós-graduação de Saúde Coletiva, Políticas Públicas ou Epidemiologia. A importância destes estudos apesar das críticas de antropólogos ortodoxos, é oriunda do papel revolucionário ao darem conta que uma minoria de profissionais opta pela etnografia e uma maioria que enxerga-a desfavoravelmente, outro ponto criticado é o ritmo demorado que contrasta com as necessidades urgentes dos serviços e pelo uso de linguagens distantes do intervencionismo (Minayo, 1998). A existência de antropólogos



interessados no objeto saúde, impede que os mesmos se tornem unicamente voyeurs das situações sociais (Diniz, 1997; Helman, 2006).

Os primeiros trabalhos sobre saúde foram desenvolvidos na Segunda Guerra Mundial em países economicamente subdesenvolvidos, discutindo as realidades encontradas sob os moldes dos países dominantes. Os americanos e médicos firmaram dependências disciplinares em missões na África, Ásia e América Latina e os ingleses fixaram-se na linha estrutural-funcionalista (Minayo, 1998). Um marco destacado foi o trabalho “etnográfico puro” de Bronislaw Malinowski, no utopismo do registro imparcial, documentação com mapas, planos e diagramas, a premência pela conceptualização e a naturalidade diante dos participantes (Malinowski, 1978). Doravante este referencial mudou primeiramente pela transposição do foco que privilegiava unidirecionalmente as crenças e práticas, omitindo os impactos que o sistema biomédico traz ao cotidiano. A segunda transição amplia o foco, compreendendo não somente como símbolos socioculturais metamorfoseiam a saúde, como também as práticas médicas (re)moldam padrões socioculturais. Atualmente exigem-se perspectivas preferencialmente semióticas, fenomenológicas, hermenêuticas (Van der Geest, 2014).

Citemos como exemplo os estudos de itinerário das sociedades complexas, ressaltasse a completude etnográfica que os mesmos oferecem tanto na vertente cognitiva (estudo de significados, emoções, escolhas e ideologias), ou na vertente socioeconômica (estudo de desigualdades, estruturas familiares, gênero e etnia). Desvela-se em ambas correntes as estratégias usadas para resolver problemas, caracterizar percursos, narrar o trânsito entre sistemas e o funcionamento dos serviços (Alves, 2015).

Alves & Rabelo (1998) ratificam que a saúde tem edificado suas abordagens teórico-metodológicas em torno de representações e práticas e a primazia da primeira sobre a última, e na Antropologia Médica como nomeia, a doença é um fato (um signo) no curso da vivência e dos sentidos. Helman (1991, 2006) defende que se trata de uma organização cultural da biomedicina e os hospitais microagentes da despersonalização, contudo, é uma disciplina eclética que mescla métodos de investigação da epidemiologia, história, genética e semiótica.

Diante do abordado é frutífero recordar da ambiguidade do termo pesquisas “etnomédicas”, como diz Buchillet (1991), já que a nomeação não se remete a antropologia tampouco a etnografia. Atualmente estudos etnomédicos costumam privilegiar os sentidos e a causalidade como apreço a escola francesa, no contexto de pluralismo médico e quando geralmente vários sistemas coexistem e o adoecido não é mais passivo. Clifford Geertz (2001) conceitua-os: “[...] faz-nos lembrar que, como quer que sejam caracterizados e como quer que se venha a tê-los, os sentimentos são sentidos” (p. 187).

Ratifica-se que os sentidos na trama sociocultural são facilmente identificados em estados emocionais alegres ou de doença. Contudo, uma dificuldade encontrada é que âmbitos social e semiótico, físico e biológico não se encontram hierarquizados e redutíveis (Geertz, 2001). Compondo melhor o quadro do que deve ser estudado, para Franz Boas (2004) a força motriz da Antropologia é o substrato histórico, símbolos e comportamentos os quais supostamente estão



firmados na natureza humana, porém não passam de expressões culturais, os sujeitos têm ocupações e desempenhos individuais guiados pelo conjunto social onde suas atividades individuais influenciam avanços progressivos, em face disto as pesquisas têm por desígnio assinalar mudanças culturais, sistematização de costumes, reação do indivíduo as imposições, modos de ação e diferenças de opiniões.

A cultura como conceito aplicado geralmente contextualiza e complexifica o homem em seu plano de fundo, inexistem fixações do que é natural, universal, constante, local e diverso, formular tais determinações é falsificar a condição humana (Geertz, 2017). Conjecturar os motivos da preocupação em definir o conceito de cultura por parte dos estudiosos é perseguir sua origem. Geertz segundo Laraia (1986) assume uma postura crítica, sinalizando que a autenticidade deste conceito reside na fortificação teórica e especialização e não em sua amplitude sob o risco do núcleo conceitual da antropologia dispersar-se.

Apoiados em novos arranjos de etnografia (ou nem tanto) há uma permanente reflexão sobre tecnologias, ciências, religiões, esportes e seus desdobramentos em ideias, paixões, padrões, doutrinas, teorias e rituais (Santos, 1996). Goldman (1999) em “Alguma Antropologia” evocando pelas sociedades complexas, cita os esforços em compreender fenômenos gerais, conjuntamente ou não, com aqueles pontuais, fazendo ressalvas acerca do reducionismo. A totalização do universo sociocultural não pode derivar de micro estudos com visões incompletas dos fenômenos, tampouco de estudo de cunho macrossociológico que fazem conexões da realidade estudada com o exterior. Por isto nas sociedades complexas deparamo-nos com campo fértil a Antropologia Urbana (Santos, 1996; Lenardt et al., 2011).

A justificativa que embasa o artigo, surgiu nos prelúdios da necessidade de interpretar os sentidos do adoecimento de pacientes oncológicos internados em um hospital de referência. Situo-me adotando a classificação de Diniz (1997) de “antropólogo convertido”, pesquisadores cujos trabalhos combatem o determinismo orgânico e geralmente usam a teoria antropológica como bricoleurs. Portanto, este artigo tem como objetivo promover exploração conceitual na literatura de Antropologia Médica ou da Saúde[1] e Antropologia Interpretativa, aproximando as perspectivas de Clifford James Geertz e Cecil Helman.

DESENVOLVIMENTO DO TEMA

Como ocorre a apreensão na pesquisa de campo? As técnicas de coleta e reflexividade

O método etnográfico tem sido empregado dada profundidade atingida na descrição dos fenômenos embebidos pelo meio cultural no qual os atores sociais constroem suas experiências (Langdon & Wiik, 2010; Lenardt et al., 2011). Esquivando-se do determinismo biológico-geográfico o ideal mais aceito ou pelo menos não tão contestado, é a que o comportamento depende do aprendido e da endoculturação segundo Laraia (1986).



Aquilo que em tempos passados era crível como natural não passa de apreensão de padrões culturais pelo convívio. A endoculturação é a aprendizagem de comportamentos com ajuda da família, amigos ou outros grupos e a aculturação ocorre livremente por intermédio do sincretismo, forçadamente quando a pessoa tem sua cultura suplantada mediante violência, ou planejadamente quando novos padrões culturais são engendrados por estancias superiores e gradativamente repassados (Assis & Nepomuceno, 2008). Na ocasião que o adoecimento é diagnosticado por algum detentor do conhecimento médico, a pessoa é aculturada para aderência de um sistema de valores médicos e outros padrões de vida.

A reflexividade em pesquisas antropológicas na área saúde começa na busca por focos que revertam contributos para os serviços, não se trata de buscar utilitarismo instrumental e sim não se dispersar nas amplitudes investigadas. Logo, as formas culturais são captadas pela observação participante, apreendendo o conhecimento contextual a partir da imersão (Abdulrehman, 2017), este “olhar” é sujeito aos modelos acadêmicos que incutem esquemas conceituais e teorias que sensibilizam o observador. O ouvir experiência crivos geralmente habituados a apagar qualquer som supostamente pouco proveitoso, atribuindo significado a manifestações apreendidas na observação; escrever perfaz o percurso (Oliveira, 1998).

A observação participante experiência internamente e externamente uma situação para apreender comportamentos, nos quais as situações sociais serão identificadas por meio de locais, atores e atividades nas quais a apreensão será oriunda apenas na observação de atividades similares de forma recorrente. Por ser uma técnica de coleta indutiva compreensiva seu procedimento reúne critérios tais como ser planejada sistematicamente antes da entrada no campo, estando sujeita a verificação (Correia, 2009; Lenardt; Michel, 2013).

O pesquisador participa das situações e suas observações diferem-se em descritivas, focadas e seletivas. Como níveis são detalhadas, respectivamente, por um panorama descritivo da situação que perdurará até o final; a observação focada apreende significados relativos ao cenário, atores e ações e a seletiva localiza e descreve alguma informação específica. Organizar e firmar o cognoscível será facilitado pelas anotações em um diário de campo como instrumento para identificar os sentidos estudados e as notas etnográficas serão expandidas (Lenardt & Michel, 2013).

Os processos de reflexividade são capturados exatamente nos trechos das anotações, com a análise do contexto político, nas iniciativas de envolvimento no público e no direito irrevogável ao cuidado (Renedo & Marston, et al. 2015; Nilson, 2017). Maksud (2015) corrobora com o registro de conceptualizações do pesquisador, os campos conceituais e temáticos pelos quais irá definir-se: doença, sofrimento dos seus informantes, problemas sociais causados pelo adoecimento ou pela dinâmica disciplinar.

Ética na pesquisa etnográfica em saúde: etnocentrismo e visão estratigráfica em foco

Quando se refere aos estudos etnomédicos Geertz (2001), versando sobre o mapeamento de emoções e descrição do acúmulo de sistemas vocabulares e sentidos, fala dos impasses provenientes do esforço das teorias culturalistas assumindo a negligencia da dimensão intrapsíquica e subjetiva.



O autor recorre a uma assertiva para justificar o que está buscando: “A questão é como essas emoções – mēnis, liget, ira ou fúria, toska ou Heimatliebe, on, enryo ou omoiari (ou, já que estamos no assunto, bloody) – passam a ter a força, a pertinência e o efeito que têm” (p. 186).

O que vale é apreender os significados cruciais que as pessoas atribuem a suas vidas (Van der Geest, 2014). Toma-se a concepção estratigráfica (o homem dividido em camadas biológicas, psicológicas, sociais e culturais), o homem como depósito evolutivo e as falácias do relativismo e evolução cultural, como virtualmente errôneas (Geertz, 2017), outro erro é julgar como “limpo”, “sujo” e “falta de cultura” (Langdon & Wiik, 2010). A visão estratigráfica é utilitarista por preservar a vontade de cada disciplina, entretanto, mantém uma uniformidade empírica pouco realista. O consensus gentium herdado do iluminismo e fiando-se na uniformidade e “consenso de toda a humanidade”, como tipos universais de comportamento e pensamento corretos em todas as culturas, é illusório (Geertz, 2017): “Uma vez que a cultura, a psique, a sociedade, o organismo são convertidos em ‘níveis’ científicos separados, completos e autônomos em si mesmo, é muito difícil reuni-los novamente” (p. 30).

É realista dizer que a observação empírica está adstrita geralmente a apreciação cultural e estruturação valorativa inconscientemente. A propensão a considerar mais correto seu modo de vida é natural, mas o etnocentrismo sempre está ligado à falácia da vantagem evolutiva de uma cultura sobre a outra (Laraia, 1986). O compromisso ético perpassa por flexibilidade no consentimento livre e esclarecido, furtando-se de métodos individualistas de coleta, sabendo que o que se imagina como ética: Autonomia, Autodeterminação e Individualidade são ligados a cultura norteamericana (Roberts et al., 2017; Rising, 2017). Alguns percalços éticos estão no Quadro 1.

Quadro 1 – Pontos que exigem atenção no trabalho de campo. Belém, PA, Brasil, 2020.

Perguntas: Os entrevistados podem não estar instruídos como o questionário solicita; Existe o temor em causarem danos judiciais e serem usadas por autoridades ou por rivais; Certas perguntas descortinam a masculinidade, feminilidade e outros padrões normativos.
Tempo: Existe o conflito entre o tempo médico e dos adoecidos; no ocidente é descrito linearmente enquanto nas culturas orientais é circular. Notam-se: tempo de desenvolvimento, do calendário, nacional, religioso, burocrático e renascimentos.
Locus: Podem discordar do local da entrevista, trazendo para coleta o seu núcleo familiar.
Pesquisador: Podem questionar o perfil socioeconômico, etário, racial ou de gênero.
Pesquisados: Com pessoas do gênero feminino de grupos religiosos, a entrevista pode estar condicionada a vigilância de uma pessoa do gênero masculino. Anciões detentores do “poder imemorial” podem insistir em participar da entrevista. Homens ou mulheres, dotados de poder simbólico (como a cura, parto, revelação) guardam os ensinamentos que lhes são repassados e não os compartilham-nos, divulgá-los implicaria na perda de poder.

Fonte: adaptado de Helman (2005, 2009).



Saber local e o que deve ser apreendido: aproximações entre Geertz e Helman

A crescente internacionalização penetra os saberes locais interagindo e misturando o que é Local e Global, o conhecimento passa a ser adquirido do local para global e do global para local (Li et al., 2016). Apesar de existirem conflitos entre os diferentes sistemas de saúde-cuidado (Helman, 2006), o pesquisador deve saber que a internacionalização nem sempre simboliza um perigo, e em suas potencialidades devem ser discutidas com os sentidos.

Citamos o exemplo da medicina popular ou medicina folk no Brasil, os estudos enfatizados por Loyola (1978) em centro urbanos, caracterizando este sistema de saúde como alternativa à filas por possuírem linguagens e cosmologias acessíveis, o curandeirismo como prática socialmente aceita em “localidades” urbanas. Isto ratifica que a saúde não se explica apenas por intermédio da medicina científica (global), mas também pela visão de mundo e organizações não convencionais (locais) e em sequência, os profissionais de saúde empenhados no estudo da antropologia auxiliam na adaptação da medicina ocidental ao contexto e necessidades locais (Queiroz, 1980; Helman, 1991).

O trabalho de Wawzyniak (2009) é um dos que desvelam “o dom de curar” ou “trabalhar na saúde”. Os agentes comunitários das comunidades que margeiam o rio Tapajós assinalam a influência que receberam do modelo biomédico e de instituições recentes, como a Igreja da Paz e a Fundação Esperança, afirmando o pertencimento de cada tipo de doença a um profissional (pajés, curandeiros, puxadores ou médicos).

Realçam-se as virtudes do saber local: os dados são locais e remetem os receptores a certas concretudes não retratando corretamente as realidades de algum país ou cultura desconhecida, mas sim oferecendo explicação. Um pesquisador pertencente a alguma realidade cultural visitou algum locus, observou, conversou com algumas pessoas e conseguiu com diálogos chegar a um retrato. Então o saber local possui limites, para compreendê-lo é preciso saber as relatividades e como aquilo designado como “localizado” tem habilidade para expandir-se. Consequentemente o saber local e o universal não se digladiam (Geertz, 2001).

Assim, a utilidade instrumental encontrada em generalizações, “vias de regra” e leis falham pela generalidade. Ponderar sobre a obrigatoriedade em criar achados facilmente traduzidos em uma antropologia cosmopolita, trazem os incômodos do cientificismo e blefes. Comparações não são indesejáveis, sendo viáveis desde que duas realidades sejam comparadas levando em conta seus enquadramentos culturais de forma a esquadrinhar as peculiaridades. As “teorias” não se constituem como um perigo quando se propõem a orientar a particularidade e não a generalizar (Geertz, 2001), deste modo os fenômenos e quaisquer conclusões generalizáveis que reduzam os descobertos a fórmulas, o “interpretativismo” e a subjetividade hermenêutica são inviáveis (Boas, 2004; Langdon & Wiik, 2010).

Sabendo disto, para Helman (2009) os estudos precisam dar conta de: o que as pessoas dizem crer, pensam e fazem; o que realmente fazem; o que realmente pensam. Para a Antropologia da Saúde-doença todo sistema de crenças sobre os motivos do adoecimento possui uma lógica interna



que ajuda o indivíduo a construir um sentido. Estas etiologias variam com: indivíduo, mundo natural, mundo social e mundo sobrenatural.

O “Indivíduo” como categoria de análise é a gênese dos problemas de saúde em modelos explicativos que priorizam o mau funcionamento do corpo, alterações na alimentação e comportamento. As campanhas de educação valem-se, comumente, destes consensos atribuindo obesidade, alcoolismo, infecções sexualmente transmissíveis a comportamentos incorretos (Helman 1991; Helman, 2009). Apesar de aparentemente módico, investigar o grau de responsabilização dos indivíduos possibilita traçar planos de educação.

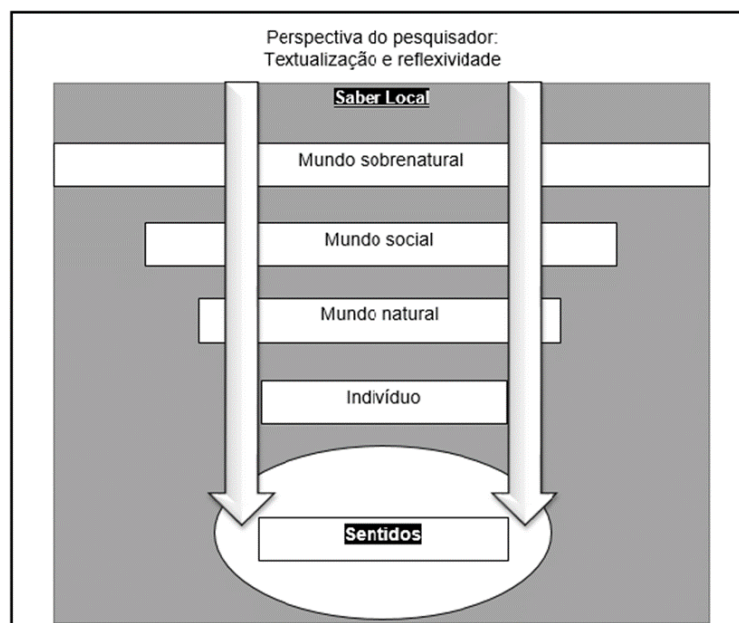
Estudar o indivíduo outorga um limiar entre fraqueza e resistência individual, permitindo a descrição se assume ou não a responsabilidade pela saúde, ou enxerga a cura para além de suas possibilidades (Helman, 2009). Alguns estudos etnográficos são exitosos ao apreciarem a construção de ideias de “melhoria da qualidade em saúde” para a qualidade dos serviços, lançando luz sobre atitudes, autodisciplina, ênfase nos apelos neoliberais para individualização, autodeterminação e da ação coletiva (Renedo & Marston, et al. 2015).

O “Mundo natural” como categoria de análise compõe-se de seres vivos e inanimados causadores de doenças e/ou cura. O Sol, a Lua, calor, “friagem”, umidade, microorganismos, animais e outras etiologias naturais. Já o “Mundo social” dá conta da explicação casual da doença por intermédio de relações conflitivas, bruxaria, maldição, mau-olhado e o quebranto. Responsabilizar o outro pela enfermidade é um padrão encontrado majoritariamente em sociedades pré-industrializadas, com abandono estatal ou rurais (Helman, 2009).

O “Mundo sobrenatural”, por fim, é a categoria que atribui ao(s) Deus(es), entidades e antepassados a culpa pelas enfermidades. Lapsos e desvios de conduta convertem-se em castigo e apenas o reconhecimento da culpa e do pecado remediadas (Helman, 2009). O trabalho de Maués (1990) concilia as quatro dimensões quando aborda as causas das doenças naturais e não-naturais segundo a população de Itapuá, Brasil. As doenças naturais têm como causas elementos de ordem natural, condutas, alimentos “reimosos”, frio-quente e microorganismos, facilmente tratadas pela medicina. As doenças não-naturais são resultantes de malefícios, encantamentos e quebranto misturando os mundos social e sobrenatural.

Esta abordagem quando leva em consideração os sentidos do adoecimento unifica o contexto cultural, sobrelevando e conectando as “camadas” do homem que não podem ser explicadas uma sem o auxílio da outra. Explora-se assim o complexo papel do saber local nas sociedades complexas, a interpretação dos sentidos segundo o sistema de valores corrente, os impactos dos movimentos aos quais a o sistema médico expôs os informantes e a luta (ou realismo) ao lidar com a tendência a recorrer a generalizações. A Figura 1 busca alinhar os quatro modelos de Cecil Helman com a visão de Clifford Geertz.

Figura 1 – Aproximação entre Geertz e Helman. Belém, PA, Brasil, 2020.



Fonte: elaborado pelos autores a partir de Helman (2009) e Geertz (2017; 2001).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, os estudos etnográficos inseridos no objeto saúde-doença-cuidado acomodam padrões interpretativos de sentidos (cuidado, redes de apoio, aceitação ou infortúnio, itinerário de tratamento e cura). As visões que concebem uma antropologia longínqua das necessidades humanas dão conta de um entendimento cartesiano inculcado na área da saúde, pugnano a sensibilidade e os achados até então “invisíveis” destas pesquisas. As teorias leigas que consideram a fusão dos quatro modelos explicativos de Cecil Helman são desveladas com acurada imersão no campo, e na consideração do saber local. As maneiras de chegar a Interpretação das Culturas como preconiza Geertz envolvem: não recorrer a generalizações, conhecer os limites do saber local, circunstanciar os dados etnográficos e a sagacidade em não permitir que seu sistema científico-globalizado interfira em explicações tradicionais, emoções ou formas de agir dos informantes.

Considera-se o multiculturalismo microlocalizado paradoxal as formas multiculturais globalizadas, portanto, a etnografia focada na saúde interpela que o plano de fundo cultural seja o contexto da pesquisa e não apenas dos informantes. Eis que urge a necessidade de estudar os sentidos e refletir os processos globais contemporâneos das sociedades complexas acarretando doenças que não foram vencidas, como câncer, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, Alzheimer, depressão, transtorno de ansiedade e as doenças negligenciadas.

AGRADECIMENTOS

Para a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de mestrado código 4892065.



CONFLITO DE INTERESSES

Nenhum declarado.

REFERÊNCIAS

- Abdulrehman, M. S. (2017). Reflections on native ethnography by a nurse researcher. *Journal of Transcultural Nursing*, 28(2), 152-158.
- Alves, P. C. (2015). Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. *Política & Trabalho*, (42).
- Alves, P. C., & Rabelo, M. C. (1998). Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde/doença. In Alves, P. C., & Rabelo, M. C. (org.) *Antropologia da Saúde: Traçando Identidades e Explorando Fronteiras* (pp. 107-121). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Relume Dumará.
- Assis, C. L., & Nepomuceno, C. M. (2008). *Processos culturais: endoculturação e aculturação*. Campina Grande, PB: UEPB/UFRN.
- Boas, F. (2004). *Antropologia Cultural*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Buchillet, D. (1991). A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde. In. Buchillet, D. *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazonia*. Belem: CEJUP, 1991. p.21-44.
- Correia, M. C. B. (2009). A observação participante enquanto técnica de investigação. *Pensar enfermagem*, 13(2), 30-36.
- Diniz, D. (1997). O que é isso que chamamos antropologia da saúde no Brasil. *Revista Brasiliense de Pós-Graduação em Ciências Sociais*, 1(1), 213-234.
- Geertz, C. (2001). *Nova luz sobre a antropologia*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- Geertz, C. (2017). *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: LTC.
- Goldman, M. (1999). *Alguma Antropologia*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Helman, C. (2006). Why medical anthropology matters. *Anthropology Today*, 22(1), 3-4.
- Helman, C. G. (1991). Limits of biomedical explanation. *The Lancet*, 337(8749), 1080-1083.
- Helman, C. G. (2005). Cultural aspects of time and ageing. *EMBO reports*, 6(S1), S54-S58.
- Helman, C. G. (2009). *Cultura, saúde e doença*. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed.
- Langdon, E. J., & Wiik, F. B. (2010). Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 459-466.
- Laraia, R. B. (1986). *Cultura: um conceito antropológico*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Lenardt, M. H., & Michel, T. (2013). As pesquisas em enfermagem e o método etnográfico de Spradley e McCurdy. In Melo, L. P., Gualda, D. M. R., Campos, E. A. (Organização), *Enfermagem, antropologia e saúde* (pp. 105-146). Barueri: Manole.



- Lenardt, M. H., Michel, T., & Pereira De Melo, L. (2011). The nursing ethnographic research into complex societies. *Colombia Médica*, 42(2), 70-77.
- Li, S., Easterby-Smith, M., Lyles, M. A., & Clark, T. (2016). Tapping the power of local knowledge: A local-global interactive perspective. *Journal of World Business*, 51(4), 641-653.
- Loyola, M. A. (1984). Medicina popular. In: Guimarães, R. (Org.), *Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate*. Rio de Janeiro: Graal.
- Maksud, I. (2015). Doenças/adoecimentos/sofrimentos de longa duração: diálogos das Ciências Sociais com a Saúde Coletiva. *Revista de Ciências Sociais - Política & Trabalho*, 1(42).
- Malinowski, B. (1978). *Os Argonautas do Pacífico Ocidental*. São Paulo: Abril Cultural.
- Maués, R. H. (1990). Doenças naturais e não-naturais: causas. In Maués, R. H. *A Ilha Encantada – Medicina e Xamanismo numa comunidade de pescadores* (pp. 35-64). Belém: Universidade Federal do Pará.
- Minayo, M. C. S. (1998). Construção da identidade da antropologia na área de saúde: o caso brasileiro. In: Alves, P. C., & Rabelo, M. C. (orgs.), *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras [online]* (pp. 29-46). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Nilson, C. (2017). A journey toward cultural competence: The role of researcher reflexivity in indigenous research. *Journal of Transcultural Nursing*, 28(2), 119-127.
- Oliveira, R. C. (1998). O trabalho do antropólogo: Olhar, ouvir, escrever. In: Oliveira, R. C. *O Trabalho do antropólogo* (p. 17-35). São Paulo: UNESP.
- Queiroz, M. D. S. (1980). Estudos sobre medicina popular no Brasil. *Religião e Sociedade*, 5, 241-50.
- Renedo, A., & Marston, C. (2015). Developing patient-centred care: an ethnographic study of patient perceptions and influence on quality improvement. *BMC health services research*, 15(1), 122.
- Rising, M. L. (2017). Truth telling as an element of culturally competent care at end of life. *Journal of Transcultural Nursing*, 28(1), 48-55.
- Roberts, L. R., Jadalla, A., Jones-Oyefeso, V., Winslow, B., & Taylor, E. J. (2017). Researching in collectivist cultures: Reflections and recommendations. *Journal of Transcultural Nursing*, 28(2), 137-143.
- Santos, J. L. (1996). *O que é cultura*. 14ª ed. São Paulo: Brasiliense.
- Van der Geest, S. (2014). Medical anthropology. *The Wiley Blackwell encyclopedia of health, illness, behavior, and society*, 1313-1324.
- Wawzyniak, J. V. (2009). Agentes Comunitários de Saúde: Transitando e atuando em diferentes racionalidades no rio Tapajós, Pará, Brasil. *Campos-Revista de Antropologia*, 10(2).

NOTA

[1] Neste artigo não nos preocuparemos com desambiguações das terminologias, por encarmos como questões de escolas de pensamento americana e francesa.



Convertirse en padre: la experiencia de transición a la paternidad en el prenatal

Become a father: the experience of transition to fatherhood in prenatal care

Tornar-se pai: a experiência da transição para a paternidade no pré-natal

Catarina Sofia Maia da Silva^{1*}; Cristina Araújo Martins²

¹Maestría en Salud Materna y Obstétrica. Matrona en USF Ara de Trajano/ACES Alto Ave. Profesora contratada de Enfermería en la Universidad de Minho, Escuela Superior de Enfermería (Portugal). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7597-9343>; Correo electrónico: catsilva@gmail.com

²Doctora en enfermería. Profesora de Enfermería en la Universidad de Minho, Escuela Superior de Enfermería (Portugal) e investigadora en la Unidad de Investigación en Ciencias Sociales (UICISA: E). Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2047-6607>; Correo electrónico: cmartins@ese.uminho.pt

*Correspondencia: Rua dos Prados N.º 16, 1º esquerdo. 4715-595 Tenões - Braga. Correo electrónico de contacto: catsilva@gmail.com

Cómo citar este artículo: Silva, C. S. M., & Martins, C. A. (2023). Convertirse en padre: la experiencia de transición a la paternidad en el prenatal. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(65). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.65.14>

Received: 09/11/2022
Accepted: 02/01/2023.



Copyright: © 2023. Remitido por los autores para publicación en acceso abierto bajo los términos y condiciones de Creative Commons Attribution (CC/BY) license.

Abstract: Objective: To understand the experiences of men in the transition to paternity during the prenatal period. Methodology: Qualitative, exploratory, descriptive, cross-sectional and retrospective study. Theoretical sampling, with the participation of 10 men experiencing, for the first time, the partner's pregnancy. Data collection performed using semi-structured interview. Data analysis using content analysis technique, semantic categorization and inductive approach. Results: The theme of (de)constructing bridges for transition emerges from the data and seeks to clarify the conditions that favour or otherwise inhibit the experience of a positive transition experience by men, along the path to paternity. It encompasses seven categories: support received, seeking information, previous experience with babies, feeling prepared to be a father, having a child is a life goal, meaning attributed to the transition and exclusion from the father figure. Conclusion: Men take a proactive stance during pregnancy and try to prepare for and overcome the transition experience, but encounter several obstacles in the process. What is required of modern man (greater sensitivity and exercise of a more responsible and participatory paternity) is not reflected in clinical practices, which perpetuate the exclusion of the father figure, weakening the exercise of paternity.

Keywords: Men; paternity; prenatal care; nursing

Resumen: Objetivo: Comprender las vivencias de los hombres en la transición a la paternidad durante el período prenatal. Metodología: Estudio cualitativo, exploratorio, de carácter descriptivo, transversal y retrospectivo. Muestreo teórico, con participación de 10 hombres viviendo, por primera vez, el embarazo de la pareja. Recogida de datos realizada utilizando la entrevista semiestructurada. Análisis de datos con técnica de análisis de contenido, con categorización semántica y enfoque inductivo. Resultados: El tema (de)construcción de puentes para la transición emerge de los datos y busca evidenciar las condiciones que favorecen o, contrariamente, obstaculizan la vivencia de una experiencia de transición positiva para los hombres a lo largo del camino hacia la paternidad. Engloba siete categorías: soporte recibido, búsqueda de información, experiencia previa con bebés, sentirse preparado para ser padre, el hijo como objetivo de vida, significado atribuido a la transición y exclusión de la figura paterna. Conclusión: Los hombres asumen una postura proactiva durante



el embarazo e intentan prepararse y superar la experiencia de transición, pero encuentran varios obstáculos en el proceso. Lo que se requiere del hombre moderno (mayor sensibilidad y ejercicio de una paternidad más responsable y participativa) no se refleja en las prácticas clínicas, que perpetúan la exclusión de la figura paterna, debilitando el ejercicio de la paternidad.

Palabras clave: Hombres; paternidad; atención prenatal; enfermería

Resumo: Objetivo: Compreender as vivências dos homens na transição para a paternidade durante o período pré-natal. Metodologia: Estudo qualitativo, exploratório, de carácter descritivo, transversal e retrospectivo. Amostragem teórica, com participação de 10 homens a vivenciar, pela primeira vez, a gravidez da parceira. Recolha de dados realizada com recurso à entrevista semiestruturada. Análise de dados com técnica de análise de conteúdo, com categorização semântica e abordagem indutiva. Resultados: O tema (des)construção de pontes para a transição emerge dos dados e engloba sete categorias: suporte recebido, procura de informação, experiência prévia com bebés, sentir-se preparado para ser pai, filho um objetivo de vida, significado atribuído à transição e exclusão da figura paterna. Conclusão: Os homens assumem uma postura pró-ativa durante a gravidez e tentam preparar-se e superar a experiência de transição, mas encontram vários obstáculos neste processo. O que se exige do homem moderno (maior sensibilidade e exercício de uma paternidade mais responsável e participativa) não se reflete nas práticas clínicas, que perpetuam a exclusão da figura paterna, fragilizando o exercício da paternidade.

Palavras-chave: Homens; paternidade; cuidado pré-natal; enfermagem.

INTRODUCCIÓN

La transición hacia la paternidad es un viaje desafiante y excitante de metamorfosis del hombre a padre, que se inicia aún durante el embarazo (Lima, Carvalho, Lima, Alencar, Sousa, & Pereira, 2021). Como período emocionalmente exigente para el hombre, el embarazo incita al hombre a un proceso cognitivo de aceptación e integración del proyecto de paternidad en su vida (Robert, Garbay, Gonnaud, Letrillart, Iwaz, & Ecochard, 2021) y el principio de la construcción de su nueva identidad como padre (Perelman, Missonnier, & Guéguen, 2020). En la paternidad contemporánea, los hombres quieren involucrarse en el embarazo y el parto (Hodgson, Painter, Kilby, & Hirst, 2021) e intentan romper con los modelos estereotipados del pasado en lo que respecta a los papeles parentales, buscando demostrar actitudes y comportamientos de una paternidad involucrada (Lewington, Lee, & Sebar, 2021). El compromiso de los hombres durante el embarazo se traduce en su disposición a aprender sobre el proceso de gestación, a brindar apoyo emocional y físico a su pareja, así como protección a su pareja y al niño en el útero (Johnsen, Stenback, Halldén, Svalenius, & Persson, 2017), aunque, en la literatura, este involucramiento masculino sigue siendo medido más frecuentemente por acciones instrumentales, como la presencia en los servicios de salud, el apoyo económico o la provisión de transporte (Tokhi, Comrie-Thomson, Davis, Portela, Chersich, & Luchters, 2018).

Estar involucrado en el embarazo minimiza el impacto de la experiencia de transición paterna, promueve sentimientos de seguridad (Werner-Bierwisch, Pinkert, Niessen, Metzinger, & Hellmers, 2018), beneficia las relaciones que establece tanto conyugal como parental (Lindstedt, Korja, Vilja, & Ahlqvist-Björkroth, 2021; Trahan, 2018) y mejora la salud materna y fetal (Surkan et al., 2019; Tokhi et al., 2018; Xue, Shorey, Wang, & He, & 2018) y la salud propia (Hodgson et al., 2021).



Aunque la implicación de los hombres durante la gestación y parto ha sido declarada por la Organización Mundial de la Salud en 2015 (WHO, 2015) una prioridad para los servicios de salud materna en todo el mundo y los beneficios de la participación masculina se describen extensamente en la literatura, crear un espacio para los hombres e involucrarlos en la salud materna sigue siendo un desafío (Hodgson et al., 2021). Los servicios prenatales continúan centrados en la mujer y en el feto (Baldwin, Malone, Sandall, & Bick, 2019; Darwin et al., 2017) y las matronas expresan poca competencia profesional para afrontarlo (Rominov, Giallo, Pilkington, & Whelan, 2017).

Por otro lado, la bibliografía es unánime al subrayar que los hombres sufren dificultades psicológicas en el período perinatal (Baldwin, Malone, Sandall, & Bick, 2018; Livingston et al., 2021), pero a menudo son reacios a expresar sus necesidades de soporte o buscar ayuda frente a sus preocupaciones (Darwin et al., 2017; Livingston et al., 2021).

El estudio de las transiciones requiere particular atención en el ámbito de la salud porque la vulnerabilidad de las personas en transición puede repercutir en su salud y bienestar. En la adaptación a la paternidad, en particular, además de los riesgos que derivan del proceso de transición (como en cualquier otra), se añade la contingencia de la calidad de la interacción/relación padre-hijo poder quedarse comprometida.

Esta investigación busca dar respuesta a la cuestión de investigación "¿Cómo es vivido el proceso de transición a la paternidad durante el período prenatal?". Se pretende comprender las vivencias de la transición a la paternidad, durante el período prenatal, de hombres que se convierten en padres por primera vez.

METODOLOGÍA

Estudio exploratorio, de carácter descriptivo, transversal y retrospectivo, integrado en el paradigma de investigación cualitativa. La investigación cualitativa permite la comprensión de los comportamientos a partir de la perspectiva de las personas bajo investigación y la recogida de datos ricos en detalles descriptivos, asumiendo el significado una función estructurante (Turato, 2005) y posibilitando el acceso a la riqueza de la experiencia humana (Bogdan & Biklen, 2013).

El estudio se llevó a cabo con padres que estaban realizando el curso de preparación para la parentalidad (CPP) en una unidad de cuidados del norte de Portugal. La elección de esta unidad de salud se debió a un criterio de conveniencia, por la proximidad geográfica del lugar donde la investigadora principal desarrolla su práctica profesional.

En cuanto a los participantes, se siguieron los criterios de inclusión: hombres que vivían por primera vez el embarazo de la pareja, en el último trimestre de embarazo, en régimen de cohabitación y gestación sin patología materno-fetal, y que aceptaron participar en el estudio.



En el estudio participaron 10 hombres, con edades comprendidas entre los 27 y los 40 años, 8 casados y 2 en régimen de pareja de hecho, con profesiones diversas (2 empresarios, 1 profesor de educación física, 1 enfermero, 1 médico, 1 electricista, 2 agentes inmobiliarios, 1 vendedor y 1 operario de fábrica) y grado de escolaridad entre el bachillerato y la licenciatura. Las compañeras embarazadas tenían edades gestacionales entre las 33 y 38 semanas, en el momento de la recogida de datos.

La representatividad de la muestra se determinó por saturación de datos, o sea, cuando no se encontró ningún elemento nuevo y la adición de nueva información ya no era necesaria, porque no modificaba la comprensión del fenómeno estudiado (Fortin, 2009).

Como técnica de recogida de datos se utilizó la entrevista semiestructurada, iniciada por la pregunta abierta "¿Cómo ha sido su experiencia desde el momento en que supo que sería padre?". Cada participante fue entrevistado solamente una vez. Las entrevistas se desarrollaron de febrero a abril de 2017, en el espacio donde se desarrollaba el CPP, lugar que fue seleccionado por los participantes. Las conversaciones se grabaron en un dispositivo MP3. Concluida cada entrevista, la investigadora principal escribió anotaciones de campo y transcribió la grabación.

Las entrevistas fueron analizadas por la técnica de análisis de contenido según Bardin (Bardin, 2018), con categorización semántica (tema como unidad de registro) y enfoque inductivo (sin categorías creadas a priori). El análisis cumplió con las tres fases preconizadas: preanálisis, exploración del material/codificación, y tratamiento de resultados, inferencia e interpretación. En el preanálisis se organizó el material a analizar, operativizando y sistematizando las ideas iniciales. En la fase siguiente se definieron las categorías y su codificación, procediendo a la transformación sistemática de los datos brutos y la agregación en unidades que permitan la descripción de las características relevantes del contenido del texto. Y, por fin, en la última fase del análisis de contenido, se resaltó la información proporcionada por el análisis, realizando inferencias que dieron lugar a interpretaciones, relacionando los datos obtenidos con la fundamentación teórica.

En el proceso de análisis de datos utilizamos el programa Qualitative Solutions Research (QSR) NVivo, versión 11.0.

Todos los participantes confirmaron las entrevistas y la precisión de las interpretaciones. Dos investigadores externos, con amplia experiencia en investigación cualitativa y enfermería materno-infantil, revisaron las interpretaciones y conclusiones para garantizar credibilidad.

Los principios éticos se han cumplido, en particular, el consentimiento informado, la participación voluntaria y el derecho de los participantes a desistir del estudio. La aprobación ética fue obtenida por la Comisión Nacional de Protección de Datos y por la Comisión de Ética de la Administración Regional de Salud del Norte. Para salvaguardar el anonimato de los



participantes, así como la confidencialidad de los datos obtenidos a través de ellos, las entrevistas fueron codificadas (E1 a E10) y destruidas tras la conclusión del estudio.

RESULTADOS

Los resultados del estudio evidencian el tema (de)construcción de puentes para la transición, que explicita las condiciones que favorecen o, contrariamente, obstaculizan la vivencia de una experiencia de transición positiva para los hombres, a lo largo del camino hacia la paternidad. Las categorías que integran este tema figuran en la tabla 1.

Tabla 1. Tema, categorías y subcategorías resultantes del análisis de datos

Tema	Categorías	Subcategorías (unidades de enumeración)
(De)construcción de puentes para la transición	Soporte recibido	Amigos (5)
		Cónyuge (10)
		Familia (23)
		Profesionales de la salud (22)
		Curso de preparación para la parentalidad (28)
	Búsqueda de información	Amigos con hijos (2)
		Libros (3)
		Internet (13)
	Experiencia previa con bebés	Con experiencia (8)
		Sin experiencia (3)
	Sentirse preparado para ser padre	Creyente y confiado (3)
		Predisuesto y emocionalmente preparado (12)
	Hijo, un objetivo de vida	No totalmente preparado (8)
		Proyecto de vida (14)
	Significado atribuido a la transición	Planificación del embarazo (10)
		Bueno cambio (10)
Exclusión de la figura paterna	Bendición divina (1)	
	Exclusión aceptada (15)	
	Prácticas poco inclusivas (9)	
	Prácticas que excluyen (23)	
		Sugerencias de mejora (6)

Fuente: Elaboración propia

Soporte recibido

Esta categoría evidencia las principales fuentes de apoyo del hombre a lo largo del embarazo, resaltando el tipo de apoyo proporcionado y de qué forma se convierte en una plusvalía o un bloqueo para la transición a la paternidad.

Los hombres apuntan como más importante fuente de apoyo a su esposa/pareja; un apoyo que es recíproco entre la pareja y es reconocido como un buen pilar.



La familia proporciona apoyo emocional, pero también presta un apoyo más tangible, concretado en compras y regalos, que reconforta al progenitor.

Los amigos son también reconocidos como una importante fuente de apoyo emocional, y los que ya son padres ofrecen consejos prácticos, basados en la experiencia adquirida, lo que es realmente valorado por el hombre.

El apoyo se hace también patente por parte de los profesionales de la salud, que refuerzan positivamente la experiencia masculina y proporcionan, además, información considerada relevante y creíble. Sin embargo, la utilización de términos científicos por los profesionales de la salud, en el contacto con los hombres, dificulta la comprensión del discurso profesional: "La médica hablando en términos técnicos y yo no entiendo nada, tenía que traducirme todo aquello" E(6).

El Curso de Preparación para la Parentalidad, como estructura de soporte informativo, permite el esclarecimiento de dudas relacionadas con el proceso del embarazo y la deconstrucción de mitos. Los hombres describen a la matrona que imparte este curso como poseedora de un conocimiento técnico-científico esencial para la capacitación paterna y destacan sus características, interpersonales y técnico-pedagógicas, y la proximidad que crea durante las sesiones: "creo que ella es muy solícita y pertinente. Creo que la forma en que da las clases es adecuada realmente, deja a la gente a gusto, realmente no crea distancias, está cerca, deja a la gente a gusto para hacer cualquier pregunta, creo que sí, que es un buen apoyo." E(4).

Sin embargo, hay quienes consideran el CPP poco provechoso porque está pensado para la embarazada y sus necesidades: "Ayuda a la mujer, a mí no me ayuda en nada (...) he estado allí haciendo prácticamente nada, ellas allí enseñan lo que las madres tienen que hacer para el parto, algunos movimientos, algunas respiraciones y nosotros estamos allí simplemente mirando, esperando que el tiempo pase para marcharnos" E(9).

A pesar de que la mayoría de los hombres consideran la asistencia al CPP una experiencia positiva, plantean algunas sugerencias de mejora, en lo que se refiere a cuestiones relacionadas con accesibilidad al curso, tipo de información divulgada, público objetivo, grupos de apoyo y espacio para aclarar dudas.

La sugerencia de que haya clases sólo para hombres, que promuevan el contacto entre iguales masculinos, sobresale en los testimonios de los futuros padres. Permitirían aclarar dudas entre iguales y mejorar el apego hacia la situación del embarazo: "debería haber clases propias para los padres, sólo para padres (...) porque entre ellos a veces también hay dudas, que pueden ser aclaradas unos con otros, de la misma forma que hay para las mujeres embarazadas también debería haber para los hombres embarazados, y creo que si los padres estuvieran en un ambiente con otros padres podrían incluso mejorar su agrado por la maternidad y el embarazo" E(1).



Se destaca, asimismo, la importancia de la transmisión de información simple, como puntos clave; de exploración de la temática de la "sexualidad en el embarazo"; de contacto con hombres que acaban de ser padres, que permitiría anticipar el futuro y vivir el presente con menor aprehensión; y de la realización del CPP en horario post-laboral, que permitiría una mayor participación masculina.

Búsqueda de información

Traduce la inversión realizada por los hombres en la búsqueda de conocimiento, en el sentido de optimizar la respuesta a los desafíos de la paternidad. Los hombres canalizan energías y toman la iniciativa de buscar información en internet, libros y junto a amigos que ya son padres: "Tengo algunos amigos que ya son padres y otros del área de la salud y de ellos intento sacar el máximo de información posible (...) y eso nos va ayudando para que el camino del embarazo sea visto de una forma más tranquila, si no buscamos información, si no nos preocupamos con nada y si sucede algo, nos vemos entre la espada y la pared y es asustador." E(9).

A pesar de toda la gama de información disponible actualmente, la información escrita sobre el papel del padre en el embarazo y el posparto se considerada una laguna: "Podría realmente haber más artículos sobre el papel del padre, ¿qué es lo que puede hacer, tanto en el embarazo, o en el posparto, no es así?" E(4).

Experiencia previa con bebés

Expresa la influencia de las vivencias anteriores de los hombres, en lo que se refiere al contacto y prestación de cuidados a niños pequeños, en la transición para la paternidad.

La mayoría de los futuros padres dice tener alguna experiencia con niños, no sólo en términos de interacción, sino también de atención directa, como cambiar el pañal, alimentar, dormir, pasear; y ese conocimiento basado en la experiencia les hace sentirse más capacitados para el desempeño del papel de padre. En contraposición, experiencias muy limitadas o la ausencia de experiencias de cuidado de niños también son descritas por algunos participantes, despertando ansiedad en la transición: "Realmente no tengo esa experiencia de cuidar bebés. La experiencia que tengo es de quedarme un rato, pero no ser responsable de ellos y realmente, esto, provoca más ansiedad." E(4).

Sentirse preparado para ser padre



Traduce el posicionamiento del hombre frente a su preparación para la paternidad inminente. El hecho de que se trate de un primer embarazo no permite que los hombres se sientan completamente preparados para ser padres: "Nadie está preparado para ser padre, al menos por primera vez creo que nadie lo está, nadie sabe lo que es, sólo sabemos lo que nos cuentan" E(6).

La percepción de una preparación que no cubre el ámbito de la atención cuidados del bebé, en particular para cambiar pañales a un niño, no invalida que el hombre se siente emocionalmente apto: "desde el punto de vista de cambiar pañales..., ahí no me siento nada preparado, nada, nada, completamente des preparado, soy el padre más des preparado del mundo, pero creo que las cosas se van haciendo... Estoy preparado emocionalmente para ser padre, totalmente preparado. Se basa en las diferentes etapas de la vida, en el crecimiento, y me siento preparado para dar lo mejor de mí como padre a mi hijo." E(7).

La preparación para ser padre también aparece estrechamente asociada al hecho de ser un embarazo planificado y deseado, o a la fe que caracteriza la postura de estar en la vida y superar obstáculos: "Siento que estoy preparado porque tengo fe, la fe es una cosa que es parte de mi vida desde pequeño, por lo que pienso que estoy preparado para ser padre" E(5).

Hijo, un objetivo de vida

Esta categoría muestra que el deseo de tener un hijo, como proyecto de vida, y la planificación del embarazo promueven la adaptación a la transición a la paternidad. Tener un hijo forma parte del objetivo de vida de las parejas, "Es un proyecto de vida" E(2), e incita a una motivación extra, incluso en otros ámbitos: "Me gusta mucho trabajar, trabajo con muchos objetivos y saber que voy a tener una hija, la sensación de tener una heredera, es decir, las ganas con las que salgo de casa para trabajar son enormes, o sea, era lo que me faltaba, tener a alguien que... tener un heredero." E(1).

La planificación del embarazo es colateral en todas las entrevistas y, en algunos casos, si la decisión fuera unilateral, la gestación habría ocurrido mucho antes: "Tengo 40 años, quiero ser padre hace relativamente 5 años, yo luchaba contra un medicamento pequeñito que ustedes usan, las mujeres usan, y no lo conseguía, pero ella sabía que yo quería" E(6).

Significado atribuido a la transición

La forma en que la transición a la paternidad es percibida por los hombres, el significado atribuido a la transición, favorece la fundación de expectativas positivas acerca del proceso de convertirse en padre. El adjetivo que más caracteriza esta transición es "bueno": "Ser padre es algo que nunca he experimentado, va a ser diferente, pero claro que esto es una cosa buena, esto es un cambio que va a ser un bueno, no va a ser un cambio malo, tener un hijo es bueno. En mi perspectiva es una cosa buena que vendrá" E(5).



La transición hacia la paternidad es considerada como una bendición divina y algo que forma parte de la naturaleza humana: "El ser padre es la bendición que Dios nos da, que forma parte de la naturaleza, cuidar de la mejor forma y no estar agarrado a los bienes materiales." E(9).

Exclusión de la figura paterna

La práctica del cuidado en las consultas prenatales es, en la perspectiva de los futuros padres, una práctica poco inclusiva de la figura paterna. Los profesionales de salud no están preparados para el hombre que participa, cuestiona y responde, es decir, no están preparados para recibirlo y atenderlo en las consultas. Algunos profesionales, en el contacto que tienen con los hombres en las consultas, los hacen sentirse extraños por estar presentes: "Ya me he encontrado con varias situaciones en que las enfermeras me dicen "usted acompaña siempre a su mujer, está de enhorabuena" i yo hasta me siento raro por decirme eso y pienso que no hago más que mi obligación." E(9).

Otros testimonios masculinos exploran prácticas profesionales que excluyen al hombre. Destacan un discurso profesional dirigido a la mujer, con foco en la madre y el niño, siendo el hombre dejado aparte: "Cero, ¿qué es lo que hay para el hombre? No hay nada, al menos que yo haya notado, es todo para la madre o para el niño, no hay nada, cero. "Es el padre esto, y el padre aquello y poco más", por lo demás (...) creo que no hay nada dirigido a los padres." E(8).

La distancia sentida con respecto a los profesionales de la salud y a los cuidados que prestan hace que el hombre se identifique como el "personaje" secundario de la historia: "Siento que estoy allí haciendo mi papel de padre, y que me miran sólo como alguien que está al lado de la madre, no tengo otro tipo de participación (...) en la práctica nosotros somos el personaje secundario de la historia" E(7).

Sin embargo, la exclusión parece ser aceptada por los hombres, que consideran lógico y normal que el discurso profesional se dirija hacia la mujer embarazada: "Creo que es natural, no hay vueltas que darle. En realidad, la preocupación es con la madre, está bien, y creo que resulta natural (...) son cosas que ni siquiera nos planteamos porque estamos formateados para una consulta para la madre, ni siquiera estamos esperando a que pregunten nada, ya ni esperamos eso, ya ni exigimos" E(4).

DISCUSIÓN

Los hallazgos de esta investigación muestran que la mayoría de los futuros padres se sienten apoyados en la transición a la paternidad. La importancia de la red de apoyo familiar, la pareja y los amigos como proveedores de apoyo emocional, informativo y tangible se



describe en la bibliografía (Lagarto & Duaso, 2021; Wiklund, Wiklund, Pettersson, & Boström, 2018). La pareja y la familia constituyen una red de seguridad que permite a los hombres ser entendidos y confirmados como futuros padres, facilitando así la transición a la paternidad (Barimani, Vikström, Rosander, Frykedal, & Berlin, 2017; Wiklund et al., 2018).

Los profesionales de la salud también brindan apoyo a los hombres en transición, lo que refuerza positivamente su recorrido durante el embarazo. El apoyo brindado por los profesionales de la salud permite a los hombres lidiar con sus sentimientos y, si se proporciona de forma individual, les permite prepararse y aumentar su participación y apoyo para las mujeres durante el período gestacional (Rominov, Giallo, Pilkington & Whelan, 2018; Werner-Bierwisch et al., 2018). Si bien los profesionales de la salud son importantes fuentes de información (Ngai & Lam, 2020; Pålsson, Persson, Ekelin, Hallström, & Kvist, 2017), por veces ofrecen consejos inconsistentes y contradictorios (Baldwin et al., 2019; Wiklund et al., 2018), que pueden despertar incertidumbre en los hombres. Dado que el soporte informativo influye significativamente en la participación de los hombres en el embarazo y el parto, es esencial que los profesionales utilicen un discurso perceptible, adopten actitudes flexibles, dispongan de tiempo, dialoguen, confirmen y reconozcan a los hombres como futuros padres (Xue, He, Chua, Wang, & Shorey, 2018).

La perspectiva favorable del CPP, relatada por la mayoría de nuestros participantes, está en línea con los resultados de otros estudios (González-Sanz, González, Martín, Hidalgo, & López, 2017; Lagarto & Duaso, 2021; Reinicke, 2020), que identifican que la educación prenatal dirigida por matronas es considerada valiosa. Niveles más altos de apoyo de la matrona contribuyen positivamente a una transición positiva a la paternidad, lo que representa una importante fuente de apoyo para los hombres (Pålsson et al., 2017). La participación positiva y auténtica por parte de las matronas tiene el potencial de aumentar la confianza masculina y reducir el miedo. Las matronas reconocen que involucrar a los hombres en el cuidado es parte de su trabajo y que sus habilidades interpersonales son importantes para lograrlo; sin embargo, enfatizan la necesidad de entrenamiento en el desarrollo de conocimientos y habilidades para fomentar la participación masculina (Rominov et al., 2017; Wynter, Di Manno, Watkins, Rasmussen, & Macdonald, 2021). En gran parte de la bibliografía, lo que sobresale son testimonios de hombres que describen el CPP de forma negativa, lo que también se refleja en el discurso de nuestros participantes. Los hombres identifican que la educación prenatal se enfoca en la preparación de la madre para el parto, descuidando sus necesidades en la transición a la paternidad (Baldwin et al., 2018; Lau & Hutchinson, 2020; Vidaurreta et al., 2021).

Los hombres desean sesiones prenatales solo para hombres, diseñadas para sus necesidades, así como contactos con iguales masculinos, tanto antes como después del parto. La bibliografía confirma que estas experiencias influyen positivamente en la transición a la paternidad (Barimani et al., 2017; Nash, 2018; Parry et al., 2019).

La manera en que los hombres se enfrentan para prepararse para ser padres es diversa, enfatizando que la dimensión emocional puede superponerse a la preparación instrumental para el ejercicio del papel, al igual que la espiritualidad puede facilitar este proceso de



transición. La fertilidad de las concepciones asociadas con el sentimiento de estar preparado (desde un punto de vista emocional o espiritual) nos hace reflexionar sobre el hecho de que esta construcción es muy individual y sobre la importancia de no tener que ser observada por una lente estereotipada, que decida, en la práctica clínica, lo que es más importante para los hombres en su preparación para la transición.

Pensando en lo que facilita e inhibe la experiencia de transición a la paternidad (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2010), nos parece que el hecho de que el hombre se sienta preparado para ser padre, la experiencia previa con niños, la planificación del embarazo, así como la perspectiva de ser padre como una parte natural de la vida o como gracia divina, son factores que promueven la transición (Barimani et al., 2017; Bawadi, Qandil, Al-Hamdan, & Mahallawi, 2016; Noh, 2021; Villamor, de Guzman, & Matienzo, 2016).

La evidencia científica sobre la participación temprana de los hombres en la atención prenatal es clara, al asumir ventajas en varios niveles; sin embargo, su transferencia a la práctica clínica no se produce y los hombres continúan sintiéndose extraños y personajes secundarios, como han reflejado los participantes. La actitud de los profesionales de la salud, al fomentar el papel pasivo del hombre o tratarlo como un personaje invisible en la atención prenatal, puede contribuir a mantener la visión de un hombre tradicional, lejos de los aspectos relativos a la atención y cuidados durante el embarazo.

Los hombres relatan que sus necesidades emocionales y psicológicas están desatendidas, se sienten excluidos de las evaluaciones y directrices prenatales (Hodgson et al., 2021), y esto parece afectar la percepción de seguridad para asumir las funciones paternas. Muchos acaban utilizando internet como estrategia para prepararse para la paternidad y mejorar su salud física y mental (Costa et al., 2017). Estar preparado para la paternidad reduce las expectativas poco realistas e impacta positivamente en el sufrimiento en la transición a la paternidad (Hodgson et al., 2021).

Las descripciones masculinas aluden a una actitud que impregna los servicios prenatales con un enfoque sólo en la mujer y el feto (Xue et al., 2018). Responder a las necesidades de los hombres durante el embarazo puede funcionar como una intervención temprana en el sistema familiar, fortaleciendo la alianza entre madre y padre (Walsh, Carpenter, Costanzo, Howard & Reynders, 2021). La inclusión de los hombres en el seguimiento del embarazo suaviza la experiencia de la transición a la paternidad, lo que, como resultado, beneficia no sólo a ellos, sino también a las relaciones que establecen con la pareja y el hijo (Lindstedt et al., 2021; Trahan, 2018) y el fortalecimiento de la identidad paterna (Hodgson et al., 2021; Pålsson et al., 2017) y su involucramiento en la coparentalidad (Hodgson et al., 2021).

Por otro lado, la brecha entre lo que la sociedad espera y exige del "nuevo padre", como modelo masculino que participa activamente en el proyecto de tener un hijo, y las prácticas profesionales observadas en los cuidados prenatales, que excluyen a los padres; puede



dejar a los hombres divididos y más confusos acerca de su papel, lo que dificulta asumir las responsabilidades parentales.

CONCLUSIONES

Las conclusiones, que emergen y sintetizan la comprensión del estudio realizado, muestran que, en la experiencia de transición a la paternidad, los hombres se sienten apoyados por la esposa/pareja (principal fuente de apoyo) y también por familiares, amigos y profesionales de la salud. La experiencia previa con niños facilita la transición a la paternidad. Los hombres recurren activamente a amigos con hijos, libros y, especialmente, internet en busca de información para prepararse para la paternidad. Su posicionamiento a respecto de la preparación es diverso, destacando que la dimensión emocional puede superponerse a la preparación instrumental para el ejercicio del rol paterno, así como la espiritualidad puede facilitar este proceso de transición. Lo que se requiere del hombre moderno (mayor sensibilidad y ejercicio de una paternidad más responsable y participativa) no se refleja en las prácticas clínicas, que perpetúan la exclusión de la figura paterna, debilitando el ejercicio de la paternidad.

Es importante repensar la vigilancia prenatal, adoptando un enfoque activo y más asertivo para interactuar con los hombres, brindando apoyo y respondiendo a sus necesidades, ofreciendo orientación y apoyo anticipado y permitiendo que desarrollen habilidades para el ejercicio del nuevo rol. A nivel de formación de enfermería, sugerimos promover la integración del tema de la paternidad en los currículos de los diferentes niveles de formación de enfermería, para promover el desarrollo de nuevas prácticas profesionales que apunten a preparar, ampliar y desarrollar dinámicas que promuevan una transición más positiva hacia la paternidad.

Como limitaciones del estudio, podemos señalar el hecho de que la población objeto de este estudio es sólo hombres que asistieron al CPP, lo que no nos permite saber si los que no asisten tienen las mismas experiencias; por lo tanto, como sugerencia, sería pertinente ampliar el estudio a esta población de padres. También podrían desarrollarse estudios comparativos con padres primíparos y padres con experiencia, en una búsqueda continua por comprender las experiencias de los futuros padres en el período prenatal.

Agradecimientos

Nos gustaría agradecer a Marcelo Silami y Lorena Conde Rodríguez por sus valiosas contribuciones en la traducción de este artículo.



BIBLIOGRAFÍA

- Alio, A. P., Lewis, C. A., Scarborough, K., Harris, K., & Fiscella, K. (2013). A community perspective on the role of fathers during pregnancy: a qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth*, 13(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-60>
- Baldwin, S., Malone, M., Sandall, J., & Bick, D. (2018). Mental health and wellbeing during the transition to fatherhood: a systematic review of first time fathers' experiences. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 16(11), 2118-2191. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003773>
- Bardin, L. (2018). *Análise de conteúdo (Edição revista e atualizada)*. Lisboa: Edições 70.
- Barimani, M., Vikström, A., Rosander, M., Frykedal, K. F., & Berlin, A. (2017). Facilitating and inhibiting factors in transition to parenthood—ways in which health professionals can support parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(3), 537-546. <https://doi.org/10.1111/scs.12367>
- Baldwin, S., Malone, M., Sandall, J., & Bick, D. (2019). A qualitative exploratory study of UK first time fathers' experiences, mental health and wellbeing needs during their transition to fatherhood. *BMJ Open*, 9, e030792. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030792>
- Bawadi, H. A., Qandil, A. M., Al-Hamdan, Z. M., & Mahallawi, H. H. (2016). The role of fathers during pregnancy: A qualitative exploration of Arabic fathers' beliefs. *Midwifery*, 32, 75-80. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.10.006>
- Bogdan, R. C., & Biklen, S. K. (2013). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Costa, D., Zelkowitz, P., Letourneau, N., Howlett, A., Dennis, C.-L., Russell, B., Grover, S., Lowensteyn, I., Chan, P., & Khalifé, S. (2017). HealthyDads. ca: what do men want in a website designed to promote emotional wellness and healthy behaviors during the transition to parenthood? *Journal of Medical Internet Research*, 19(10), e7415. <https://doi.org/10.2196/jmir.7415>
- Darvill, R., Skirton, H., & Farrand, P. (2010). Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery*, 26(3), 357-366. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.07.006>
- Darwin, Z., Galdas, P., Hinchliff, S., Littlewood, E., McMillan, D., McGowan, L., & Gilbody, S. (2017). Fathers' views and experiences of their own mental health during pregnancy and the first postnatal year: a qualitative interview study of men participating in the UK Born and Bred in Yorkshire (BaBY) cohort. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1229-4>
- Ekström, A., Arvidsson, K., Falkenström, M., & Thorstensson, S. (2013). Fathers' feelings and experiences during pregnancy and childbirth: A qualitative study. *Journal of Nursing & Care*, 2(2), 1-5. <https://doi.org/10.4172/2167-1168.1000136>
- Fortin, M. (2009). *O processo de investigação: da concepção à prática* (3a ed.). Loures: Lusociência.
- González-Sanz, J. D., Barquero González, A., Sánchez Martín, M., Hidalgo Hidalgo, M., & León López, R. (2017). Satisfacción de gestantes y acompañantes en relación con el Programa de Educación Maternal en Atención Primaria. *Matronas Profesión*, 18(1), 27-33. Recuperado de http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/18625/Satisfaccion_de_gestantes_y_acompanantes.pdf?sequence=2



- Hodgson, S., Painter, J., Kilby, L., Hirst, J. (2021). The experiences of first-time fathers in perinatal services: Present but invisible. *Healthcare*, 9(2), 161. <https://doi.org/10.3390/healthcare9020161>
- Johnsen, H., Stenback, P., Halldén, B.-M., Svalenius, E. C., & Persson, E. K. (2017). Nordic fathers' willingness to participate during pregnancy. *Journal of reproductive and infant psychology*, 35(3), 223-235. <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1297890>
- Kowlessar, O., Fox, J. R., & Wittkowski, A. (2015). First-time fathers' experiences of parenting during the first year. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33(1), 4-14. <https://doi.org/10.1080/02646838.2014.971404>
- Lagarto, A., & Duaso, M. J. (2021). Fathers' experiences of fetal attachment: A qualitative study. *Infant Mental Health Journal*, 1-12. doi: <https://doi.org/10.1002/imhj.21965>
- Lau, R., & Hutchinson, A. (2020). A narrative review of parental education in preparing expectant and new fathers for early parental skills. *Midwifery*, 94, 102644. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102644>
- Lewington, L., Lee, J., & Sebar, B. (2021). "I'm not just a babysitter": Masculinity and men's experiences of first-time fatherhood. *Men and Masculinities*, 24(4), 571-589. <https://doi.org/10.1177/1097184X21993884>
- Lima, K. S. V., Carvalho, M. M. B., Lima, T. M. C., Alencar, D. C., Sousa, A. R., & Pereira, A. (2021). Father's participation in prenatal and childbirth: contributions of nurses' interventions. *Investigación y Educación en Enfermería*, 39(2), e13. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n2e13>
- Lindstedt, J., Korja, R., Vilja, S., & Ahlqvist-Björkroth, S. (2021). Fathers' prenatal attachment representations and the quality of father-child interaction in infancy and toddlerhood. *Journal of Family Psychology*, 35(4), 478-488. <https://doi.org/10.1037/fam0000813>
- Livingston, J. D., Youssef, G. J., StGeorge, J., Wynter, K., Dowse, E., Francis, L. M.,... Macdonald, J. A. (2021). Paternal coping and psychopathology during the perinatal period: A mixed studies systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 88, 102028. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102028>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. L. (2010). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. In *Transitions theory middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 52-64). New York: Springer publishing company. Recuperado de https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Ngai, F.-W., & Lam, W. (2020). The experience of first-time Hong Kong Chinese fatherhood: A qualitative exploratory study. *Nursing & Health Sciences*, 22, 723-731. <https://doi.org/10.1111/nhs.12719>
- Nash, M. (2018). Addressing the needs of first-time fathers in Tasmania: A qualitative study of father-only antenatal groups. *Australian Journal of Rural Health*, 26, 106-111. <https://doi.org/10.1111/ajr.12371>
- Noh, N. I. (2021). First-time fathers' experiences during their transition to parenthood: A study of Korean fathers. *Child Health Nursing Research*, 27(3), 286-296. <https://doi.org/10.4094/chnr.2021.27.3.286>
- Pålsson, P., Persson, E. K., Ekelin, M., Hallström, I. K., & Kvist, L. J. (2017). First-time fathers experiences of their prenatal preparation in relation to challenges met in the early parenthood period: Implications for early parenthood preparation. *Midwifery*, 50, 86-92. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.021>



- Parry, Y. K., Ankers, M. D., Abbott, S., Willis L., Thorpe, L., O'Brien, T., Richards, C. (2019). Antenatal dads and first year families program: a qualitative study of fathers' and program facilitators' experiences of a community-based program in Australia. *Primary Health Care Research & Development*, 20(e154), 1-9. <https://doi.org/10.1017/S1463423619000768>
- Perelman, O., Missonnier, S., & Guéguen, C. (2020). Paternal, parental and conjugal identities: becoming a father. *Cliniques Méditerranéennes*, 101, 193-205. <https://doi.org/10.3917/cm.101.0193>
- Reinicke, K. (2020). First-time fathers' attitudes towards, and experiences with, parenting courses in Denmark. *American Journal of Men's Health*, 14(5), 1557988320957546. <https://doi.org/10.1177/1557988320957546>
- Robert, M., Garbay, R., Gonnaud, F., Letrilliart, L., Iwaz, J., & Ecochard, R. (2021). Men's experience of first fatherhood discovery: a descriptive study based on free hierarchical evocation by associative networks. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39(4), 342-357. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1720910>
- Rominov, H., Giallo, R., Pilkington, P. D., & Whelan, T. A. (2017). Midwives' perceptions and experiences of engaging fathers in perinatal services. *Women and Birth*, 30(4), 308-318. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.12.002>
- Rominov, H., Giallo, R., Pilkington, P. D., & Whelan, T. A. (2018). "Getting help for yourself is a way of helping your baby:" Fathers' experiences of support for mental health and parenting in the perinatal period. *Psychology of Men & Masculinity*, 19(3), 457-468. <https://doi.org/10.1037/men0000103>
- Surkan, P. J., Dong, L., Ji, Y., Hong, X., Ji, H., Kimmel, M.,... Wang, X. (2019). Paternal involvement and support and risk of preterm birth: findings from the Boston birth cohort. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 40(1), 48-56. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2017.1398725>
- Tokhi, M., Comrie-Thomson, L., Davis, J., Portela, A., Chersich, M., & Luchters, S. (2018). Involving men to improve maternal and newborn health: a systematic review of the effectiveness of interventions. *PLoS One*, 13, e0191620. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191620>
- Trahan, M. H. (2018). Paternal self-efficacy and father involvement: A bi-directional relationship. *Psychology of Men & Masculinity*, 19(4). <http://dx.doi.org/10.1037/men0000130>
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>
- Vidaurreta, M., Lopez-Dicastillo, O., Serrano-Monzó, I., Belintxon, M., Bermejo-Martins, E., & Mujika, A. (2021). Placing myself in a new normalized life: The process of becoming a first-time father. A grounded theory study. *Nursing & Health Sciences*, 1-11. <https://doi.org/10.1111/nhs.12906>
- Villamor, N. J. E., de Guzman, A. B., & Matienzo, E. T. (2016). The ebb and flow of Filipino first-time fatherhood transition space: A grounded theory study. *American Journal of Men's Health*, 10(3), N51-N62. <https://doi.org/10.1177/1557988315604019>
- Walsh, T. B., Carpenter, E., Costanzo, M. A., Howard, L., & Reynders, R. (2021). Present as a partner and a parent: Mothers' and fathers' perspectives on father participation in prenatal care. *Infant Mental Health Journal*, 42(3), 386-399. <https://doi.org/10.1002/imhj.21920>
- Werner-Bierwisch, T., Pinkert, C., Niessen, K., Metzging, 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), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2096-3>

Wiklund, I., Wiklund, J., Pettersson, V., & Boström, A.-M. (2018). New parents' experience of information and sense of security related to postnatal care: A systematic review. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 17, 35-42. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.06.001>

Wynter, K., Di Manno, L., Watkins, V., Rasmussen, B., & Macdonald, J. A. (2021). Midwives' experiences of father participation in maternity care at a large metropolitan health service in Australia. *Midwifery*, 101, 103046. doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103046>

World Health Organization (2015). *WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health*. Geneva: World Health Organization

Xue, W. L., He, H.-G., Chua, Y. J., Wang, W., & Shorey, S. (2018). Factors influencing first-time fathers' involvement in their wives' pregnancy and childbirth: A correlational study. *Midwifery*, 62, 20-28. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.002>

Xue, W. L., Shorey, S., Wang, W., He, H.-G. (2018). Fathers' involvement during pregnancy and childbirth: an integrative literature review. *Midwifery*, 62, 135-145. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.013>



Cultura del cuidado de los indígenas con niños

Culture of caring for indigenous people with children

Cultura dos cuidados do povo indígena com as crianças

Laudineia Barros da Costa Bomfim^{1*}, Cleiry Simone Moreira da Silva², Fernando Porto³

¹Enfermeira, pós graduada em UTI, Segurança do paciente, saúde coletiva, Linhas de cuidado materno e neonatal, Universidade Federal do Rio de Janeiro UNIRIO. Orcid: <https://orcid.org/00000002-6457-5933>; Correo electrónico: laudineiabarros@edu.unirio.br

²Enfermeira. Prof^a. Dr^a. Universidade Estadual de Roraima- UERR Orcid: <https://orcid.org/00000002-5398-4926>; Correo electrónico: cleiry.simone@uerr.edu.br

³Enfermeiro. Prof^a. Dr^a. da Universidade Federal do Rio de Janeiro- UNIRIO. Orcid: <https://orcid.org/00000002-2880-724x> ; Correo electrónico ramosporto@openlink.com.br

*Correspondencia: Rua Hélio Magalhaes, 656, Aeroporto, Boa Vista -RR, Brasil, CEP: 69310063, fone: (95) 981270611.

Cómo citar este artículo: da Costa Bomfim, L.B., Moreira da Silva, C.S., & Porto, F. (2023). Culture of caring for indigenous people with children. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(65). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.65.15>.

Received: 22/10/2022

Accepted: 21/01/2023.



Copyright: © 2023. Remitido por los autores para publicación en acceso abierto bajo los términos y condiciones de Creative Commons Attribution (CC/BY) license.

Abstract: Objective: to present the care lifestyles of indigenous peoples with an emphasis on children for transfer in health institutions. Methodology: documental investigation, in the aspect of the culture of care, through four indigenous communities circumscribed in Roraima. The discussion in four axes: hygiene, food, evacuations to eat and sleep, and care for injuries to children under and over 1 year old. Results: This gave rise to three tables: indigenous people, lifestyle of care for children under 1 year old and another with children over 1 year old. Contributions to practice: these were traces of how difficult it is to care for the indigenous population, which deserves training for health professionals. Final Considerations: They pointed to interculturality, the process of cultural heritage, in principle, through Catholicism and the need for training health professionals, especially nursing with the proposal of transculturality.

Keywords: Habits; mores; care; indigenous.

Resumen: Objetivo: presentar los estilos de vida de cuidado de los pueblos indígenas con énfasis en los niños para las adecuaciones en las instituciones de salud. Metodología: investigación documental, en el aspecto de la cultura del cuidado, a través de cuatro comunidades indígenas circunscritas en Roraima. La discusión en cuatro ejes: higiene, alimentación, artefactos para comer y dormir y cuidado de niños menores y mayores de 1 año. Resultados: Esto dio origen a tres mesas: indígenas, estilo de vida de cuidado de niños menores de 1 año y otra con niños mayores de 1 año. Aportes a la práctica: evidencia de lo difícil que es atender a la población indígena, que amerita formación por parte de los profesionales de la salud. Consideraciones Finales: Señalaron la interculturalidad, el proceso de acumulación cultural, en principio, a través del catolicismo y la necesidad de formar profesionales de la salud, especialmente de enfermería con la propuesta de la transculturalidad.



Palabras clave: Hábitos; costumbres; cuidado; indígena.

Resumo: Objetivo: apresentar os estilos de vida dos cuidados dos povos indígenas com ênfase nas crianças para adaptações nas instituições de saúde. Metodologia: investigação documental, na vertente da cultura dos cuidados, por meio de quatro comunidades indígenas circunscrita em Roraima. A discussão em quatro eixos: higiene, alimentação, artefatos de comer e dormir e cuidados aos agravos as crianças menores e superiores de 1 ano. Resultados: Este originou três quadros: povo indígena, estilo de vida dos cuidados com as crianças menores de 1 ano e outro com as crianças maiores que 1 ano. Contribuições para a prática: foram os vestígios sobre quão é difícil cuidar da população indígena, o que merece capacitação dos profissionais de saúde. Considerações Finais: Elas apontaram para a interculturalidade, o processo de acumulação cultural, a princípio, pelo catolicismo e a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde, especialmente, a enfermagem com a proposta da transculturalidade.

Palavras-chave: Hábitos; costumes; cuidados; indígenas.

INTRODUCCIÓN

O Brasil é um país de grande diversidade, onde habitam vários povos, cada um com sua cultura. O estado de Roraima não é diferente, sua população, além dos indígenas que já habitavam esta terra, o que significa ser difícil definir qual é realmente a cultura roraimense.

O estado de Roraima é composto por pessoas de várias partes do Brasil e do exterior, como Venezuela e Guiana Inglesa e por indígenas que estão presentes em várias partes da cidade de Boa Vista e dos demais municípios do estado. Ele é uma das 27 unidades federativas do Brasil. Está situado na Região Norte do país, sendo o estado mais setentrional (ao norte) da federação. Tem por limites a Venezuela, ao norte e noroeste; Guiana, ao leste; Pará, ao sudeste; e Amazonas, ao sul e oeste. Ocupa uma área aproximada de 224.300,506 km², pouco maior que a Bielorrússia, sendo o décimo quarto maior estado brasileiro. Em Boa Vista, única capital brasileira totalmente no Hemisfério Norte (IBGE, 2022).

A história roraimense está ligada ao Rio Branco, foi através desse rio que chegaram os primeiros colonizadores portugueses. Ele foi cobiçado por ingleses e neerlandeses, que adentraram no Brasil pelo Planalto das Guianas em busca de indígenas para serem escravizados. Pelo território da Venezuela, os espanhóis chegaram a invadir a parte norte do rio Branco e no rio Uraricoera. Os portugueses derrotaram e expulsaram todos os invasores e estabeleceram a soberania de Portugal sobre a região de Roraima e de parte do Amazonas (INFORESCOLA, 2022).

O estado é o menos populoso do país, com uma população de 664.988 habitantes. É também, o que apresenta a menor densidade demográfica na federação, com 224301,04 km² 2,01 hab/km². Sua economia se baseia na agricultura, na pecuária e no extrativismo. Possui o menor Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil, o que de certa forma se deve à grande parte de sua área que constitui território indígena ou de preservação ambiental, registra uma alta taxa de crescimento, embora seu ele tem variação de 2,6% - menor do país (IBGE, 2022).



Roraima apresenta uma cultura com influência indígena bastante expressiva. Marcada pela influência dos colonizadores e dos mestiços que habitam e habitaram a região. O artesanato é um dos marcos centrais. Os Yanomami - grupo indígena do estado - produzem diversos produtos artesanais, como cestas, leques, joias e redes. Muitos destes são comercializados na Feira de Artesanato da capital (BRASILCHANNEL, 2022).

A palavra “Roraima” vem de línguas indígenas. Sua etimologia emprega três significados: “Monte Verde”, “Mãe dos Ventos” e “Serra do Caju” (REVISTA GALILEU, 2003) Seria a junção de roro (papagaio) e imã (pai, formador). Nela o roro - ou também rora – significa verde, e imã significa serra, monte, formando, portanto, a palavra “serra verde”, que reflete a paisagem natural da região específica (Dannemann, 2011).

Atualmente, o estado de Roraima conta com 879 estabelecimentos de saúde. Destes, 186 unidades destinadas a atenção a saúde do indígena, com 1.320 leitos gerais, 96 leitos complementares instalados em Boa Vista capital do estado, os demais distribuídos nos municípios 23, totalizando em Alto Alegre, Bonfim 9 leitos, Caracará 15, Caroebe 14, Mucajá 15, Normandia 26, Pacaraima 16, Rorainópolis 83, São João da Baliza 16 e São Luís 14 (Ministério da Saúde, 2019).

A composição dos povos indígenas é dos grupos étnicos, Makuxí, Taulipáng (Pemong), Ingarikó, Wapichana, Waiwái, Yekuána (Mayongóng), Waimirí-Atroari e Patamóna (Kapóng). Estes são grupos de origem linguística da família de línguas Karíb; existem também os Wapichána pertencentes à família linguística Arawák, e os Yanomámi, cuja família linguística possui quatro ramificações ou “subfamílias” (Yanomámi, Yanomám, Ninám e Sanumã) e, nesta composição, são contabilizadas nove etnias (Rodrigues, 2013).

A historiografia oficial acerca do surgimento da cidade de Boa Vista aponta que esta nasceu de uma fazenda de gado no século XIX, localizada numa região antes habitada por indígenas Paraviana, Makuxí e Wapichána. Estes eram os antigos habitantes que viviam em malocas denominadas Kuwai Kirí, cuja tradução refere à teso de buritizais, conforme a concepção indígena Wapichána (Oliveira, 2010).

O estado de Roraima conta com apenas um hospital infantil. Trata-se de unidade de saúde, considerada como centro de referência de procedimentos de Média e Alta Complexidade no Estado, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde – SMSA, localizado na capital Boa Vista/RR.

O hospital infantil é de médio porte, da assistência municipal, no qual realiza atendimentos de Urgências e Emergências, internação hospitalar e atendimento ambulatorial, por demanda espontânea e referenciada nas especialidades: Anestesiologia, Bucomaxilo, Cardiologia, Cirurgia geral, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Torácica, Dermatologia, Endocrinologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Gastroenterologia, Nefrologia, Triagem Neonatal, Neurocirurgião, Neuropediatria, Nutrologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria, Reumatologia, Radiologia, Urologia, Cirurgia Vascular. A assistência hospitalar oferece



ainda, cuidados intensivos através dos leitos nas Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica, enfermarias de internação e unidade de Cuidados Prolongados (Roraima, 2021).

Na assistência ambulatorial, atendem-se crianças e adolescentes a partir de 29 dias de nascida até 15 anos, 11 meses e 29 dias e são referenciadas de todas as unidades de saúde, nas internações e atendimento emergencial de 29 dias de nascida até 12 anos, 11 meses e 29 dias, à população infantil do Estado de Roraima bem como a de países vizinhos: Venezuela e Guiana Inglesa, incluindo entre os países os indígenas aldeados e desaldeados (Roraima, 2021).

O hospital conta com um serviço de urgência e emergência com 5 consultórios para pronto atendimento, 5 leitos de trauma, 41 leitos para observação, 5 blocos de internação com total de 126 leitos, 10 leitos de UTI pediátrica, um centro cirúrgico com três salas operatórias sendo destes, com enfermarias destinadas as crianças indígenas adaptada, respeitando os hábitos e costumes dos mesmos com instalação de redário e banheiro com lousa fixa ao piso com similaridade ao hábito de realizar as necessidades fisiológicas conforme a cultura. Ele também fornece alimentação conforme a cultura indígena para as crianças e acompanhantes internados (Roraima, 2021).

O Ministério da Saúde, recentemente estabeleceu novas diretrizes, para que os serviços de saúde prestados às populações indígenas respeitem as tradições e culturas específicas de cada uma. Entre elas, a presença de intérpretes, dieta adaptada às restrições e hábitos da etnia, presença de cuidadores tradicionais e enfermarias exclusivas para povos de recente contato, uma vez que eles são mais vulneráveis a doenças. A Portaria n. 2.663, de 11 de outubro de 2017, é direcionada aos estabelecimentos de saúde em nível ambulatorial e hospitalar, como contrapartida à qualificação dos serviços de saúde prestados aos pacientes indígenas garantir dieta especial ajustada aos hábitos e restrições alimentares de cada etnia, sem da observação do quadro clínico do paciente (Ministério da Saúde, 2012).

Pesquisadores Pontes, Garnelo e Rego (2014) relatam a internação em hospitais ou permanência nas Casa de Saúde do Índio (CASAI) gera, também, a ruptura de regras dietéticas, bastante restritivas que alguns grupos indígenas mantêm. Entre outros aspectos, os hábitos alimentares dos indígenas se diferem dos não indígenas. Aqueles têm um elo de respeito e equilíbrio com a natureza, pois reconhecem que dela provém seu alimento, ervas medicinais, até os instrumentos utilizados para caçar.

Em Roraima o único hospital infantil recebe, diariamente, indígenas para atendimentos e possíveis internações. Em síntese, das 9 etnias – Yanomami (2.284), Wapixana (531), Yecuana (3.773), Makuxi (1.035), Taurepang (2.844), Ingariko (1.017), Patamona (125), Wai Wai (416), totalizando 11.884 em atendimentos, internação no período de janeiro de 2020 a setembro de 2022 (Prontuário Eletrônico, 2022).

Isso posto, para atender, especialmente, as crianças indígenas, mesmo diante das iniciativas do Ministério da Saúde cursos de capacitações são necessários, mas entendemos que para melhor planejá-los, precisamos buscar os estilos de vida destas comunidades. Para tanto, temos por objetivo



apresentar os estilos de vida dos cuidados dos povos indígenas com ênfase nas crianças para adaptações nas instituições de saúde.

MÉTODO

Pesquisa do tipo descritiva e exploratória com base na análise documental, na vertente antropológica, o que tem por efeito a cultura dos cuidados (Siles, 2016). Para tanto, delimitamos as buscas estilos de vida de 4 comunidades indígena circunscritas no estado de Roraima.

Cabe destacarmos que entendemos cultura dos cuidados, por meio do estilo de vida, aqui aplicado aos povos indígenas. Isto significa que são comportamentos ou fatos visíveis, seus conhecimentos, crenças e valores (Siles & Solano, 2022).

Nessa perspectiva, criamos um instrumento para a coleta de dados, a saber: Dados de identificação: nome da comunidade indígena/ etnia; estilo de vida infantil, organizados em menos de até 1 anos e outro com mais de 1 ano; dados dos estilos de vida sobre: higiene, alimentação, artefatos de comer e dormir, e cuidados com crianças adoecidas (ritos e medicações) com busca nas literaturas de aderência.

Assim sendo, os dados coletados foram discutidos na perspectiva da cultura articulada aos cuidados em quatro eixos selecionados, a saber: higiene, alimentação, artefatos de comer e dormir e os cuidados as crianças doentes. Isto deu origem as limitações e contribuições para se chegar as considerações finais.

RESULTADOS

Mediante o exposto no método apresentamos os quadros a seguir (Quadro n.1).

Imagen 1 Grupo perteneciente a la Comunidad Yanomami





Quadro n.1 – Síntese da trajetória das comunidades indígenas localizadas em Roraima

Comunidade indígena	Síntese das trajetórias
Comunidade da Jawarí /Macuxi da etnia Ingaricó, Patamona e Wapichana	<p>O território macuxi, em área brasileira hoje está recortado em três grandes blocos territoriais: a Terra Indígena (TI) Raposa Serra do Sol, a TI São Marcos, ambas concentram a grande maioria da população, e pequenas áreas que circunscrevem aldeias isoladas no extremo noroeste do território macuxi, nos vales dos rios Uraricoera, Amajari e Cauamé. As fronteiras étnicas na região são bastante tênues, em função de arranjos residenciais entre parentelas cognáticas integradas por homens de diferentes procedências, sobretudo em aldeias nas zonas de intersecção entre as etnias, em que há agrupamentos compostos por famílias extensas mistas entre Macuxi e Ingaricó; ou entre Macuxi e Patamona: os Macuxi e os Wapichana, entre outros. Localização da comunidade em Roraima - habitam a região das Guianas, entre as cabeceiras dos rios Branco e Rupununi, território atualmente partilhado entre o Brasil e a Guiana. Os Macuxi praticam a agricultura de coivara, cultivando basicamente mandioca, milho, cará, batata-doce, banana, melancia, ananás, entre outros gêneros em menor proporção, que variam a cada aldeia. A derrubada da mata, a queima da área e o plantio são tarefas realizadas pelos homens. A partir de então, cabe sobretudo às mulheres manter a roça limpa e proceder à colheita, bem como preparar os alimentos. Os homens se ocupam de trazer a caça, pesca e frutos silvestres, empreendendo expedições de exploração econômica muito além dos limites da aldeia.</p>
Comunidade Darôra da etnia Macuxi	<p>Fundada em 1940 pelo seu Paulo Augusto Silva, a comunidade fica situada na beira do rio itacutú e tem aproximadamente 300 pessoas. língua materna: macuxi e português. DARÔRA é uma árvore típica da região. Localização da comunidade em Roraima - Á 95 km de boa vista, sentido BR-174, entrada do passarão.</p>
Comunidade do Milho de etnia Wapichana	<p>Comunidades do milho região baixo são Marcos, povo da etnia wapichana. Localização da comunidade em Roraima - Fica localizado na área rural do estado de Roraima e no município de Boa Vista, região baixo são Marco.</p>
Comunidade Yanomami do subgrupo da etnia Sanômã	<p>O povo Yanomami é migrante. Essas viagens a outras aldeias e regiões se dão por motivos diversos, como visitar familiares, caçadas individuais e/ou coletivas, festividades, incluindo as celebrações fúnebres, entre outras. Tal como o povo Sanumá, o qual são tidos como subgrupo dos Yanomami, sua rica cultura inclui não apenas os vários idiomas presentes em sua linguagem, mas também seus ritos, danças, cosmovisões, culinária indígena, saberes ancestrais e outros. Jabur (2014) contará ainda que os Yanomami habitam uma área conhecida como Orinoco-Amazonas, um interfluvial entre o Brasil e a Venezuela. Localização da comunidade em Roraima - Roraima (municípios de Amajari, Mucajaí, Iracema, Alto Alegre e Caracarái).</p>

Fuente: Elaboración propia



Quadro n.2 – Estilos de vida das comunidades indígenas com crianças de até 1 ano

Comunidades indígenas	Jawarí /Macuxi (Ingaricó, Patamona e Wapichana)	DARÔRA/ macuxi	Região baixo São Marcos / wapichana	Yanomami /Yanomami e etnia Sanömâ
Estilos de vida das comunidades indígenas com crianças de até 1 anos				
Higiene pessoal	Realizada pelos mais velhos por meio de banho com água de água de Poço, rios, lagos e riachos	Banho em bacias com água natural ou com água morna com a erva salva de campo do lavado.	Realizada com água do poço ou igarapé	Banho no rio ou na chuva
Alimentação e utensílios para alimentação	Leite materno. Utensílios - cuias, vasilhas de barros, cerâmicas para se alimentar.	Leite materno, leite de gado, mingau de macaco/ goma, caldos - de feijão, peixe e carne ou mingau. Utensílios - pratos, cuia, bacia pequenas canecas.	Leite materno, de vaca, mingau de goma Utensílios – mamadeira.	Leite materno. Utensílios, cuias, vasilhas de barros, cerâmicas.
Artefato para dormir/descansarem	Redes	Redes	Cama ou rede	Redes
Cuidados, medicações destinadas as crianças adoecidas	A base de planta, reza, banho, defumação, “bate folha” e conversa Os remédios para curar o quebranto de tektõ podem ser o chá de couro de jacuruaru e a defumação de crueira debaixo da rede do doente.	Medicamentos de posto de saúde ou ervas medicinais da natureza.	Chás caseiros ou remédios adquiridos no posto de saúde.	Remédios da floresta, chá, remédio caseiro, cipó de alho.
Ritos adotados para as crianças adoecidas	Orações católica e evangélicas.	Depende muito de cada cultura. Os macuxis e os wapixanas já são mais aculturados.	Orações dos pajés	Xapiripê, por meio da ingestão de rapé alucinógeno chamado yakoana ou yãkõana.

Fuente: Elaboración propia.

Quadro n.3 – Estilos de vida das comunidades indígenas com crianças maiores de 1 ano

Comunidades indígenas	Jawarí /Macuxi (Ingaricó, Patamona e Wapichana)	DARÔRA/ macuxi	Região baixo São Marcos / wapixana	DSEI-Yanomami /Yanomami e etnia Sanömâ
Estilos de vida das comunidades indígenas com crianças maiores de 1 ano				
Higiene pessoal	banho de água de poço quando próximo da habitação usam banheiro construídos de palha e nos rios, lagos e riachos e usam sabão industrializados.	Banho no Igarapés, rios, lagoas ou poço, usam sabão em barra de cebo ou sabonetes industrializados.	Banho no igarapé ou no banheiro que geralmente fica perto do poço artesiano, usam sabão de sebo ou industrializado.	Banho de rio ou riacho não usam nenhum tipo de sabão.
Alimentação e utensílios para alimentação	Fritura, pão, mingau, macaxeira, arroz, feijão, carnes, farinha e sopas. Utensílios - pratos de plástico, colher, copo e panela de barro.	Mingau de arroz, goma e trigo, frito de orelha de macaco, caldo de peixe, macaxeiras, batata doce, chá de capim santo, peixe, caça, pirão, paçoca de carne, beiju, peixe frito e a assado, caldeirada de caça. Utensílios - pratos, panelas, bacias e/ou cuias.	Mingau de arroz ou macaxeira, peixe cozido ou frito, feijão, arroz, farinha, bolo feito de farinha de trigo, frituras e canja. Utensílios -prato de plástico ou prato de alumínio.	Banana-verde, aipim, milho, frutas, mel, larvas e alguns tubérculos, como batata, mandioca, carne de caças, peixes, raízes, frutas silvestres, palmito, castanhas, cocos de palmeiras e algumas folhas. Utensílios - vasilhas de barro, cerâmicas e cuia.
Artefato para dormir/descansarem	redes	redes	redes	redes
Cuidados, medicações destinadas as crianças adoecidas	Banhos, rezas, chás, pimenta nos olhos, uso de ervas, reza, defumação e medicações dos postos de saúde.	Banhos, rezas, chás, pimenta nos olhos, uso de ervas, reza, defumação e medicações dos postos de saúde.	Chás ou remédios industrializados.	Xamanismo e remédios da floresta.
Ritos adotados para as crianças adoecidas	Orações católica e evangélicas.	Pajelanças, orações, rezas por meio das igrejas e hospitais.	Pajelanças, orações, rezas por meio das igrejas.	Pajelança/ O xamanismo.



Mediante os quadros 2 e 3 organizamos a discussão para desencadear as limitações, contribuições para a prática e apresentarmos as considerações finais.

DISCUSIÓN

Mediante aos resultados apresentados dos estilos de vida do povo indígena centrados nas circunstâncias de Boa Vista -Roraima, organizamos a discussão em higiene, alimentação, artefatos de comer e dormir, e cuidados com crianças com agravos a saúde. Logo, quatro eixos básicos foram traçados para a discussão para uma futura proposta de curso de cuidados para atender as crianças do povo indígena.

Higiene

Para tanto, iremos iniciar com o aspecto da higiene. Os achados evidenciaram que as crianças das localidades indígenas no estado e Roraima, quando sem agravamento, elas são banhadas em bacias com água em temperatura natural de origem dos rios, poços, lagos, riachos ou diretos nos ambientes, para as crianças com menos e /ou mais de 1 ano.

Estudo de Silva (2014) relata que as crianças da aldeia aprendem cuidado por meio do corpo. Isto ocorre desde o primeiro banho, que marca o nascimento social, a intensidade do contato corporal com outras pessoas, especialmente com a mãe. A proximidade e a comunicação fazem-se pelo contato de pele-a-pele, produzindo aprendizagens afetivas em que a sensibilidade é acionada como eixo principal na confecção da pessoa guarani.

Os resultados apontaram pelos indícios textuais serem água fria, podendo ser aquecida para os menores de 1 ano. Como tivemos a oportunidade de identificar alguns povos usam ervas, mas quando as crianças são maiores de 12 meses podem usar sabão de sebo ou industrializados. Isto nos apontam no sentido de não determinar, mas sim respeitar os hábitos e costumes.

Nesse contexto, uma pesquisa de Corsaro(2017) observou a preocupação dos adultos sobre a intensidade do contato das crianças com o que vem de fora – o juruá, o que não é indígena. A pesquisadora inseriu-se, tanto nos grupos infantis, como fase adulta atípica, o que para eles trata-se de uma espécie de criança grande - pessoa que embora detenha as mesmas características físicas dos adultos que compõem a sociedade daquela criança, possui comportamento diferente, especialmente no sentido de não ter autoridade sobre as mais novas, mas que transmitem conhecimentos para elas.

Os hábitos e costumes higiênicos como estilos de vida estranhos, por exemplo, uso de sabão industrializado, entendemos como processo de acumulação de novos padrões culturais, Isto implica que para decodificar o significado dos signos (mesmo que higiênicos) se faz necessário conhecer quem os criou e seus argumentos/fundamentos na perspectiva das crenças estabelecidas pelo grupo(Laraira, 1986).

Alimentação

Os achados revelaram que a alimentação dos povos indígenas é bem variada, mas quando crianças menores de 1 ano o aleitamento materno é unânime. Contudo, eles também usam leite de vaca, mingau de goma e os mais velhos possuem hábitos alimentares diversos, desde caldos,



frituras, cereais, frutas, mas podemos identificar a predominância da macaxeira de modos diversos no preparo.

A macaxeira, também, conhecida como aipim, trata-se de uma raiz usado há séculos. Darcy Ribeiro(1995) na obra *O Povo Brasileiro: a formação e o sentido do Brasil*. Ele registra as matrizes étnicas na formação do povo brasileiro – indígena, negro e lusitano - e o uso da raiz tem o seu registro com uma das bases alimentarem, especialmente, as duas primeiras.

A nutrição adequada e o acesso aos alimentos seguros e nutritivos são componentes cruciais e universalmente reconhecidos como direito da criança para atingir os mais altos padrões de saúde, conforme estabelecido na Convenção sobre os Direitos da Criança, de 1989(ECA, 1990) e a Portaria n.º 1.920 de 5 de setembro de 2013(Brasil, 2017). Práticas alimentares inadequadas nos primeiros anos de vida estão relacionadas à morbidade de crianças, caracterizada por doenças infecciosas, afecções respiratórias, cárie dental, desnutrição, excesso de peso e carências específicas de micronutrientes como as de ferro, zinco e vitamina A (Brasil, 2012).

Os hábitos alimentares da população indígena diferem de acordo com a etnia e a região geográfica em que está localizada, mas, de modo geral, as mais isoladas como é o caso dos Yanomamis, utilizam a colheita silvestre e a plantação de coivara como fontes de alimentação. Além disso, costumam se alimentar de macaxeira e banana com frequência e, esporadicamente, de pupunha, açai, cacau, mel e ovos de tartarugas, além da caça e da pesca.

Destarte, os aspectos alimentares precisam ser entendidos como estilos de vida para atender na cultura dos cuidados na integralidade do ser humano, individualizado. Isto em virtude prevenir a incorrência ou obscurecer no entendimento de aspectos que possam estimular a adesão de práticas ou determinações instituídas que rejeitam os hábitos e costumes do povo indígena (Pellon, 2011).

Artefatos de comer e dormir

Desdobrando o aspecto alimentar, mas no sentido dos artefatos usados, tais como: pratos, cuias, vasilhames em cerâmicas, talhares e copos. Alguns destes artefatos, como pratos e talheres nos faz remeter a obra de Norbet Elias (1994), intitulada *Processo civilizador* (1993 e 1994), quando o refinamento da sociedade francesa passou a potencializar boa parte da Europa como civilidade.

Pensar nessa perspectiva é entender como os povos indígenas brasileiros passaram a incorporar tais costumes durante a alimentação, considerando que eles aprendem com os mais velhos pela tradição oral, tendo por efeito o que identificamos nos resultados. Neste aspecto, a endoculturação pode ser uma das maneiras de elucidar. Em outras palavras, o comportamento humano depende de aprendizado. Em síntese, da educação recebida (Laraira, 1986). Logo, entendemos que o contato externo ao estilo de vida do povo indígena reconfigura os hábitos e costumes.

No aspecto das políticas públicas, o Ministério da Saúde recomenda garantir dieta especial ajustada aos hábitos e restrições alimentares de cada etnia, sem prejuízo da observação do quadro clínico do paciente, por meio da Portaria n. 2.663(Brasil, 2017), de 11 de outubro de 2017, contemplado pelo a Incentivo de Custeio para Estruturação e Implementação de Ações de Alimentação e Nutrição pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde com Base na Política Nacional de Alimentação e Nutrição.



As redes em detrimento das camas convencionais tivemos o resultado de forma unanime. Estudo apresentado por Ramos (Ramos, 2018) realizado sobre este aspecto no ambiente hospitalar, apontou que os doentes indígenas rejeitam a cama com as justificativas de desconforto. Logo, é razoável afirmar que ela não faz parte do estilo de vida deles.

Cuidados com crianças com agravos a saúde

As crianças quando adoecidas são cuidadas e tratadas pelos experientes da comunidade, bem como algumas são assistidos pelos profissionais de saúde. Nesta perspectiva, a população indígena tem por tradição cuidar/tratar, por meio de ervas, rezas, banhos, defumações e chás. Isto, algumas vezes associadas a pajelança em ritos específicos pela crença de cada grupo.

Historicamente, a religião católica influenciou em diversos aspectos nas tradições, especialmente, com as crianças no sentido de civilizá-las na perspectiva da Europa. Isto, por exemplo de aderência pode se identificar nas décadas de 1940 a 1970 realizada pela Missão Católica Consolata (Machado, Amorim e Porto, 2019).

Destacamos que a Missão Consolata após a experiência no Quênia (1948), o destino foi Brasil, no Território Federal do Rio Branco. A ordem religiosa designou grupo missionários em substituição à Ordem Beneditina – com atuação desde 1909 – para fortalecer o catolicismo com seus hábitos e costumes, inclusive no campo da saúde. Neste sentido, podemos citar a estratégia adotada por meio do cuidado para aproximação no sentido de alento, consolo, respeito às tradições e depois a inserção de remédios que aliviavam as dores e combatiam verminoses, por exemplo, (Machado, Amorim e Porto, 2019). Logo, o que podemos entender é que houve de alguma maneira a endoculturação.

Pensar nessa linha de raciocínio, é entender a reconfiguração de outros hábitos e costumes que influenciaram o estilo de vida da população indígena, sejam eles: vestuário, brinquedos, dentre outros. Isto posto, o efeito na interferência da cultura dos cuidados dos indígenas não ocorre aqui e/ou agora. Ela advém de processo, que arriscamos em adjetivá-lo como civilizatório. Isto em decorrência das leituras de Norbert Elias (1994) que mostra aderência no entendimento do que o feito no passado e atualmente, podemos identificar certas mudanças no estilo de vida da população indígena.

Apesar das tradições e crenças indígenas, elas também são articuladas aos procedimentos e medicações industrializadas. Isto se deve em virtude da promoção ao uso adequado e racional de medicamentos promovida pela política nacional de saúde contemplada nas ações de assistência farmacêutica no contexto da saúde indígena. Isto nos faz compreender a realidade de cada distrito frente ao controle e vigilância nas necessidades e da epidemiológica distrital sanitário. Estas orientam para garantir os medicamentos necessários, bem como compor às ações práticas de saúde tradicionais dos povos indígenas (Brasil, 2002).

Pensar no envolvimento do conhecimento, o uso de plantas medicinais e demais produtos da farmacopeia tradicional no tratamento de doenças e outros agravos a saúde, é valorizar e incentivar as ações de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Brasil, 2002).

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas tem por objetivo garantir o acesso à atenção de média e alta complexidades. Esta deve ser definida por procedimentos de referência, contrarreferência e incentivada nas unidades de saúde por serviços diferenciados. Isto



implica em adotar o processo de recuperação e cura dos indígenas ao respeitar as tradições, sendo negociáveis com o prestador de serviço.

No sentido de referência e contrarreferência desde década de 1970 e 1980, o governo para sanar o problema de atendimento à população indígena instituiu a CASAI, é um exemplo, ocorrido em Boa Vista (Roraima). À época houve resistência dos indígenas frente aos ataques que sofreram voltados aos direitos de sobrevivência ao reivindicarem ao Estado tratava de política indígena que pudesse assisti-los de acordo com seus costumes, cultura e língua (Amorim, 2018). Pensar em estratégias para atender requer certas reflexões, pois ter estrutura física sem a capacitação profissional carece de saber como acolher.

Mediante ao exposto até aqui, a interculturalidade é fato (Pellon, 2011), com referência na Organização Mundial de Saúde. Este articula como envolvimento das inter-relações das distinções políticas, culturais, entre os povos tradicionais, em prol de determinantes sociais. Ademais, afirma a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para erradicar assimetria e discriminações das minorias étnicas e culturais em prol da qualidade de vida da humanidade.

Limitações do estudo

Neste momento, não podemos deixar de assumir algumas lacunas deixadas sobre a cultura dos cuidados referente ao povo indígena, a saber: brincadeiras, vestes, outros artefatos cotidianos, credo, vestuário e a comunicação entre eles. Contudo, indiretamente em alguns momentos tangenciamos, mas não o suficiente, motivo que apresentamos com limitações.

Contribuições do estudo para enfermagem e/ou saúde

Apesar das limitações assumidas, podemos afirmar que a investigação contribuiu para evidenciar alguns aspectos da cultura dos cuidados do povo indígena. A discussão trouxe vestígios sobre quão é difícil cuidar da população indígena, o que merece capacitação dos profissionais de saúde em cuidá-los, para além e no estado de Roraima, considerando as matrizes do povo brasileiro.

CONCLUSÃO

Os estilos de vida dos cuidados dos povos indígenas com ênfase nas crianças para adaptações nas instituições de saúde foi nosso objetivo. Trilhamos por caminhos, talvez, não pensado por muitos, quando fomos em busca de dados antropológicos, por meio da cultura dos cuidados com vistas a interculturalidade para entender e mais adiante tê-los como suporte para capacitar os profissionais de saúde, especialmente, em Roraima.

A ideia central que apreendemos da investigação mediante aos resultados na discussão foi que ocorreu processo, a princípio, iniciado pela religião católica até chegarmos aonde chegamos com o assistencialismo, por meio de internação e cuidados prestados. Isto teve por efeito instituir políticas públicas para tentar mitigar os conflitos, na perspectiva de atender os interesses do Estado, considerando que o contato dos indígenas com os não indígenas agravos à saúde foi inevitável.



Enfim, não para pôr fim nas análises e discussões da temática, mas sim pela limitação das laudas e síntese necessária para atender as normas e o método proposto. Logo, ratificamos o que foi dito nas contribuições, trouxemos na pesquisa, quiçá, a ponta do ice berg para além da implementação das políticas públicas, mas sim materializadas de forma consciente com vistas a capacitação dos profissionais de saúde na perspectiva da teoria do Cuidado Transcultural, de autoria de Madeleine Leninger.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFIA

- Am, H., Salih, A.A., Adam, S., Khattab, A., & Burma, A.B. (2021). Knowledge, Attitude and Practices among Pupils towards Hand Washing in Basic Schools-Ombadda Locality-Khartoum State. *Journal of Epidemiology and Public Health Reviews*. Recuperado de <https://www.sciforschenonline.org/journals/epidemiology-public-health/JEPHR213.php>
- Armeaga, S., & Ruiz, A. (2014). Educación para la salud, desde la teoría de la acción, en educación primaria del Estado de México. *Psicología Iberoamericana*, 22(2), 46-53p. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133938134006>
- Babatope, B. (2013) Water, sanitation and hygiene practices among primary-school children in Lagos: a case study of the Makoko slum community. *Water International*, 38(7), 921-9, Recuperado de <https://doi.org/10.1080/02508060.2013.851368>
- Bashirian, S., Seyedzadeh, S., Shirahmadi, S., Reza, A., Karimi, A., & Vahdatinia, F. (2018). Sociodemographic determinants as predictors of oral hygiene status and gingivitis in schoolchildren aged 7-12 years old: A cross-sectional study. *Plos One*, 13(12), 1-16. Recuperado de <https://doi.org/10.1371/journal.pone.020888>
- Cerrato, K., Cruz, B., Quintana, L., Martel, B., Sierra, M., & Espinoza, I. (2016). Prevalencia de dermatosis en niños escolares en Honduras. *Med Cutan Iber Lat Am*, 44 (3): 177-182p. Recuperado de <https://cutt.ly/EonA7u>
- Escobar, B., Paravic, T. (2017). La transculturalidad, elemento esencial para mejorar la atención en salud y de enfermería. *Revenf*; 1(33):1-15. <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i33.29627>
- UNICEF. (2012). *Tres Practicas Claves de Higiene en Comunidades y Escuela Rurales de Bolivia. Estudio sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Higiene en Comunidades Rurales Menores a 2000 Habitantes*. Ginebra: UNICEF, 1, 25-6,41,57-8p.
- Gaeta, M., Cavazos, J., & Cabrera, M. (2017). Habilidades autorregulatorias e higiene bucal infantil con el apoyo de los padres. *Rev. latinoam. cienc. soc. niñez juv*, 15 (2), 965:978. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/biblio-901872>
- Grove, S., Gray, J., & Burns, N. (2016). *Investigación en enfermería: desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. 6a ed. Barcelona: Elsevier.
- Herazo, Y., Campo, L., García, F., Suarez, M., et al. (2017). Estilos de vida saludables de niños, niñas y adolescentes de Barranquilla. *Salud Uninorte*, 33(3), 419-28. Recuperado de <https://search.proquest.com/scholarly-journals/estilos-de-vida-saludables-niños-niñas/docview/1984782591/se-2?accountid=37610>
- Hernández, R., Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México: McGraw-Hill Education. 714p.



- Klar, K., Knaack, D., Kampmeier, S., Hein, A., et al. (2022). Knowledge about Hand Hygiene and Related Infectious Disease Awareness among Primary School Children in Germany. *Children*; 9(2):190. Recuperado de: <https://doi.org/10.3390/children9020190>
- Kottak, C. (2011). *Antropología Cultural*. 14ªed. México: McGrawHill.
- Leininger, M. (1999). Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. *Cultura de los cuidados*, 2(6), 5-12. <https://doi.org/10.14198/cuid.1999.6.01>
- Leininger, M. (2015). Teoría de los cuidados culturales. En: Raile M. *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona: Elsevier, pp.784.
- Leininger, M., & McFarland, M. (2015). *Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory*. Tercera Edición. NY: Jones & Bartlett Learning.
- López, N. (2018). *Implementando el correcto lavado de manos a través del uso de la tecnología en 4º de primaria: investigación - acción* [tesis de maestría]. México DF: Universidad de Quintana Roo. Recuperado de <http://ri-sisbi.uqroo.mx/handle/20.500.12249/1579>
- Maguiña, M. (2018). *Prevalencia y factores socioeconómicos, demográficos, culturales y educativos en Giardiasis lamblia, en niños de 1 a 5 años del Centro de Salud Valle alto, Villa María del Triunfo* [tesis de licenciatura en Internet]. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Recuperado de <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/2587>
- Millán, A., Morales, O., León, M., & Bermúdez, R. (2017). Saberes culturales sobre prevención y tratamiento de enfermedades bucales en la comunidad Warao del Delta del Orinoco. *Rev Venez Invest Odont IADR*; 5(1), 5-28. Recuperado de: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/rvio/article/view/7968>
- Ministerio de Salud. (2015). *Promoción de prácticas saludables de higiene*. Recuperado de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3431.pdf>
- Ministerio de Salud. (2017). *85% de niños menores de 11 años tiene caries dental por inadecuada higiene bucal*. Recuperado de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/13055-minsa-85-deninos-menores-de-11-anos-tiene-caries-dental-por-inadecuada-higiene-bucal>
- Ministerio de Salud. (2015). *Cartilla informativa para la promoción de la salud bucal: Dirigida a padres*. Dirección General de Promoción de la Salud. Dirección de Educación para la salud. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3430.pdf>
- Ministerio de Salud. (2017). *Directiva Sanitaria para promocionar el lavado de manos social como práctica saludable en el Perú*. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4243.pdf>
- Mlenga, F., & Mumghamba, E. (2021). Oral hygiene practices, knowledge, and self-reported dental and gingival problems with rural-urban disparities among primary school children in Lilongwe, Malawi. *Int J Dent*. 1–10. Recuperado de <https://doi.org/10.1155/2021/8866554>
- Morocho, A., & Espinoza, C. (2017). Diarrea aguda por parasitosis intestinal en niños de 5 a 10 años de edad de la etnia shuar en una comunidad indígena amazónica del Ecuador. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. 36(5), 192-6. Recuperado de http://190.169.30.98/ojs/index.php/rev_aavft/article/view/14467
- Ñaupas, H., Palacios, J., Valdivia, M., & Romero, H. (2018). *Metodología de la Investigación: Cuantitativa, Cualitativa y redacción de la tesis*. 5º ed. Bogotá: Ediciones de la U.



- Ordoñez, L. (2018). Situación epidemiológica de las enfermedades diarreicas agudas (EDA) en el Perú. *Boletín Epidemiológico del Perú*; 27 (41),958-9p. Recuperado de <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/41.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Enfermedades diarreicas*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Salud Bucal*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
- Palomino, J., Peña, J., Zevallos, G., & Orizano, L. (2017). *Metodología para la Investigación: Guía para elaborar un proyecto de salud y educación*. Lima: San Marcos.
- Pengpid, S., & Peltzer, K. (2021). Prevalence and associated factors of oral and hand hygiene behaviour among adolescents in six Southeast Asian countries. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 33(6), 421-427. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2019-0177>
- Rengifo, H., & Muñoz, L. (2019). Creencias, conocimientos y prácticas de madres respecto a la salud bucal en Popayán, Colombia. *Univ Odontol*, 38(80). Recuperado de <https://doi.org/10.11144/Javeriana>
- Sánchez, M., Galvis, J., Álzate, S., Lema, D., et al. (2018). Conocimientos y prácticas de las agentes educativas y condiciones de salud bucal de niños del municipio de Santa Rosa de Cabal, Colombia. *Univ. Salud*; 21(1), 27-37. <http://dx.doi.org/10.22267/rus.192101.137>
- Suarez, V. (2020). *Efecto de un programa educativo sobre conocimientos y prácticas del lavado de manos en una comunidad rural en Paramonga* [tesis de licenciatura en Internet]. Barranca: Universidad de Barranca. Recuperado de <https://repositorio.unab.edu.pe/handle/20.500.12935/86?show=full>
- Sgreccia, E. (2012). *Manual de Bioética*. Madrid: biblioteca de autores cristianos.
- Siles, J., & Solano, C. (2022). Structural Dialectic Model of Care: A Guide to Beliefs, Scenarios and Social Actors Analysis in Nursing Research. *J Relig Health* 61, 1792–1815. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01183-z>
- Tesen, Y. (2018): *Prácticas de las madres para el control y prevención de parasitosis intestinal en menores de 11 años – Mitobamba*. Tesis de maestría en Internet. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Recuperado de <http://hdl.handle.net/20.500.12423/1565>
- Treviño, M. (2018). Cultura sanitaria bucal de la familia y enfermedad bucodental en preescolar. *Contexto Odontológico*. 1(1), 32:9p. Recuperado de <https://1library.co/document/z1294mey-cultura-sanitaria-bucal-familia-enfermedad-bucodental-preescolar.html>
- Valle, E., Serrano, D., Herrera, E., Rivas, J., Moncada, F., Ponce, L., et al. (2018). Caracterización del biotipo facial, caries, hábitos de higiene oral y dieta alimenticia en originarios de Lenca de Intibucá, Honduras. *Rev Odontológica Mexicana*, 22(4), 221-230. Recuperado de, <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1014424>



Folklore y “medicina tradicional”. Rituales de sanación del “mal de ojo” en el municipio de Cehegín

Folklore and “traditional medicine”. Rituals for healing the “evil eye” in the municipality of Cehegín

Folclore e “medicina tradicional”. Rituais de cura para o “mau-olhado” no município de Cehegín

Baldomero de Maya Sánchez¹, José Manuel Hernández Garre^{2*}

¹Doctor en Antropología Social. Profesor Departamento de Ciencia Política, Antropología Social y Hacienda Pública de la Universidad de Murcia. <https://orcid.org/0000-0002-8950-295X>; Correo electrónico: baldo@um.es

²Doctor en Antropología Social. Profesor Departamento de Ciencia Política, Antropología Social y Hacienda Pública de la Universidad de Murcia. <https://orcid.org/0000-0002-2144-356X>; Correo electrónico: jmhernandez@um.es

*Correspondencia: Facultad de Filosofía, Edificio 12. Campus de Espinardo. Calle campus universitario nº 11, 30100, Murcia. Correo electrónico: jmhernandez@um.es

Cómo citar este artículo: De Maya Sánchez, B., & Hernández Garre, J.M. (2023). Folklore y “medicina tradicional”. Rituales de sanación del “mal de ojo” en el municipio de Cehegín. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(65). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.65.16>

Received: 02/11/2022

Accepted: 22/01/2023.



Copyright: © 2023. Remitido por los autores para publicación en acceso abierto bajo los términos y condiciones de Creative Commons Attribution (CC/BY) license.

Abstract: Objective: the article investigates the healing practices linked to the religious framework in the municipality of Cehegín, focusing on the symbolic analysis of the healing rituals of the “evil eye”. Methodology: an ethnographic approach was used based on the performance of a participant observation lasting thirty-three hours and fifteen interviews with healers-shamans. Results: the results show the persistence of a series of ritual procedures linked to the prayer of the “evil eye” that serve for issues as diverse as the training of healers or the determination of the etiology, diagnosis, symptomatology or remedy of the condition. Conclusions: the set of rituals carried out in the context of study has as a link the use of liturgical structures that include prayers to Christian deities, and where symbolic elements such as the cross, the three, water or oil, serve to load semantic meaning the ritual healing process.

Keywords: Anthropology of care; traditional medicine; popular medicine; folk medicine; healing rituals.

Resumen: Objetivo: el artículo investiga las prácticas de curación ligadas al marco creencial en el municipio de Cehegín, centrándose en el análisis simbólico de los rituales de sanación del “mal de ojo”. Metodología: se utilizó un enfoque etnográfico basado en la realización de una observación participante de treinta y tres horas de duración y quince entrevistas a sanadores-ensalmadores. Resultados: los resultados muestran la persistencia de una serie de procedimientos rituales ligados al rezo del “mal de ojo” que sirven para cuestiones tan diversas como la capacitación de los sanadores o la determinación de la etología, diagnóstico, sintomatología o remedio del padecimiento. Conclusiones: el conjunto de rituales realizados en el contexto de estudio tiene como nexo de unión la utilización de estructuras litúrgicas que incluyen oraciones a deidades cristianas, y donde elementos simbólicos como la cruz, el tres, el agua o el aceite, sirven para cargan de sentido semántico el proceso ritual de curación.



Palabras clave: Antropología del cuidado; medicina tradicional; medicina popular; medicina folk; rituales de sanación.

Resumo: Objetivo: o artigo investiga as práticas de cura vinculadas ao quadro de crenças no município de Cehegín, com foco na análise simbólica dos rituais de cura do “mau-olhado”. Metodologia: utilizou-se uma abordagem etnográfica a partir da realização de trinta e três horas de observação participante e quinze entrevistas com benzedeiros-salmistas. Resultados: os resultados mostram a persistência de uma série de procedimentos rituais ligados à oração do “mau-olhado” que servem para questões tão diversas quanto a formação de curandeiros ou a determinação da etiologia, diagnóstico, sintomas ou remédio da doença. Conclusões: O conjunto de rituais realizados no contexto de estudo tem como elo o uso de estruturas litúrgicas que incluem orações a divindades cristãs, e onde elementos simbólicos como a cruz, os três, água ou óleo, servem para carregar significado semântico ao ritual processo de cicatrização.

Palavras chave: Antropologia do cuidado; medicina tradicional; medicina popular; medicina popular; rituais de cura.

INTRODUCCIÓN

La medicina tradicional, etnomedicina, medicina folk o medicina doméstica comprende todo un conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas mágicas, religiosas o empíricas populares, basadas en teorías, creencias y experiencias foráneas de las diferentes culturas, sean o no explicables, usadas para la prevención, mantenimiento, diagnóstico, mejora o tratamiento de enfermedades físicas o mentales reales o imaginadas (Zhang, 2000). Se trata de un campo heterogéneo al margen de la teoría médica oficial donde se recogen las descripciones, interpretaciones y experiencias acumuladas ancestralmente por la tradición oral de la gente común implicada en los cuidados de salud. Hablamos de un corpus complejo que tiene su base en la experiencia, la magia, el tabú y la religión con un fin curador, protector, terapéutico o, incluso, maléfico (Pérez, 1989). Hablamos de un rasgo cultural específico de un grupo humano, diferenciado de las prácticas universales y hegemónicas de la biomedicina. La sanación popular escapa, pues, a los cánones de la medicina oficial al basarse en prácticas tradicionales y antiguas transmitidas por la tradición oral, transmisión que está impregnada de tres componentes: el mágico, interesado en manipular fuerzas sobrenaturales para producir efectos positivos (magia blanca) o negativos (magia negra); el religioso, implicado en realizar intermediaciones con lo sagrado, con los entes celestiales a través de invocaciones a deidades o santos; y el natural, que incluye la utilización de productos vegetales, animales y minerales que integran el arsenal curanderil (Ratier, 1972).

Tiene, así, esta “medicina tradicional” un componente marcadamente religioso, por ello sus especialistas hacen gala de una actitud espiritual que subyace a los meros ritos curativos. Utiliza un enfoque holístico e integrador que considera la enfermedad como algo global que compromete las potencias que rigen el universo y el destino humano, que sobrepasa el trastorno meramente corporal. Sus grafías se apartan de la racionalidad científica occidental al reunir algo del saber de curandero, de las artes de brujo, de los poderes del chamán y de la capacidad intercesora del sacerdote, convirtiéndose en un medio de relación con lo sagrado que propicia la reconstrucción del equilibrio y el sentido de la vida (González, 1993). Su poder vinculativo y sagrado, su construcción como un sistema solidario de creencias y prácticas tiene un poder cohesivo y solidario que se impone a la experiencia y análisis racional individual (Durkheim, 1982). Su eficacia no se sitúa solo en el campo



de lo empírico, sino en el clima de la fe manifestada a través de una triple vertiente: la creencia del sanador en la efectividad de sus rituales, la fe del enfermo en que puede ser curado, y el consenso social de que es posible la sanación (Lévi-Strauss, 1949). No estamos ante “un hecho religioso `puro`, sino ante un hecho cultural, sociológico, psicológico e histórico” (Eliade, 1999: 36), no se trata de un mero suceso irracional, sino que esconde su propia visión del mundo, y, por caótico o demoniaco que resulte a los ojos del profano, revela la diferencia entre lo real y lo significativo, cobrando en su seno sentido las apariciones o desapariciones más fortuitas y carentes de sentido (Eliade, 1980). Su carácter simbólico, en función de su éxito, sirve para establecer penetrantes y vigorosos estados de ánimo a través de la formulación de concepciones de orden general de la existencia, que se revisten de tal efectividad que lo ocurrido parece de un realismo único (Geertz, 1992). La experiencia de lo sagrado se convierte, pues, en un fenómeno universal que, con mayor o menor complejidad y riqueza mítica, ritual, doctrinal o institucional, atraviesa todas las culturas (Frazer, 2006), constituyéndose, junto a otros elementos de lo social, en un elemento capital de todo el conjunto de sistemas simbólicos que las configura (Lévi-Strauss, 1949).

Comprender el proceso de salud-enfermedad en la trama social de los sanadores tradicionales requiere entrar en el ámbito mágico-religioso, supone realizar la interpretación de los significados de las enfermedades descritas, sus causas y tratamientos desde sus propias claves explicativas. Significa acceder a ese sistema abierto, que desde su constitución incompleta, limitada y contingente, se pregunta por la totalidad de la existencia, buscando respuestas a sus interrogantes fundamentales en algo que trasciende la comprensión de su propia humanidad (García Alandete, 2009: 115-126). Compromete ese “conjunto completo de comportamientos, ritos, concepciones, vivencias, representaciones sociales y símbolos de carácter [místico] que en un marco concreto, espacial y temporalmente, sustentan unos individuos también concretos” (Prat, 1983: 63). De esta manera, la sanación popular se sitúa entre los lugares “bajos” del sistema de estratificación religiosa, incapaces de acceder a la sofisticación del discurso teológico aceptado (Delgado, 1993), sin que por ello deje de funcionar socialmente como sagrada, como una modalidad de acción colectiva vehículo de expresión vehemente de la ideología cultural (Gutiérrez, 1984). La sanación ritual se convierte en un arquetipo, en un modelo divino (Eliade, 1988), en una experiencia de apertura que nos hace comprender lo que antes nos parecía confuso e inaccesible, en un proceso que abre una nueva luz que penetra aspectos esenciales que hasta entonces permanecían irreconocibles (Duch, 1979). O, en muchos casos, se acude a sanadores curanderas, etc. buscando solución que la farmacomedicina no provee adecuadamente.

En este marco de las prácticas de sanación tradicionales se encuentra una de las creencias más primitiva de las que perdura en la medicina folk europea, el “mal de ojo”, es decir la creencia popular de que las personas tienen la capacidad consciente o inconsciente de producir, daño, enfermedad, desgracia, o incluso la muerte, con la simple mirada. Sus precedentes se encuentran en el propio Galeno, que sostenía que la mirada era capaz de emitir una energía maligna; encontrando también mención a ella en la tradición judeocristiana y siendo utilizada por la Inquisición como causa acusatoria en diferentes litigios. Las formas creenciales y rituales del “mal de ojo” son muy



variopintas, aunque suelen tener varios elementos en común: la creencia en que el daño se puede producir a personas, animales e incluso plantas, el pensamiento de que el daño es mayor en los niños pequeños y mujeres embarazadas; la convicción de que la persona que produce el mal puede ser o no consciente de su influjo y la acusación de que las personas que lo infligen son frecuentemente personas mayores, forasteros, gitanos o vagos (Pollak-Eltz, 2001). Partiendo de estos precedentes el objetivo del artículo ha sido realizar una descripción y análisis simbólico de los rituales de sanación ligados al rezo del “mal de ojo” en el municipio de Cehegín (Murcia).

METODOLOGÍA

Se realizó una investigación cualitativa tipo etnográfica realizada entre el 1 de abril de 2009 y 31 de Mayo de 2011 en la Comarca Noroeste de la Región de Murcia, en concreto en la población de Cehegín. Se trata de un municipio de 14.983 habitantes (INE, 2019) conformado, además del núcleo urbano de la ciudad, por 18 pedanías rurales con baja densidad de población: Agua Salada (141 hab.), Algezares (26 hab.) Arroyo Hurtado (15 hab.), Burete (10 hab.), Campillo de los Jiménez (161 hab.), Canara (540 hab.), Cañada de Canara (80 hab.), El Cabezo (39 hab.), Chaparral (164 hab.), Cortijo Capel (67 hab.), Cortijo de los Guapos (82 hab.), Carrasquilla (108 hab.), El Escobar (52 hab.), Gilico (2 hab.), La Pilá (87 hab.), Ribazo (78 hab.), Valentín (377 hab.) y Valdelpino (3 hab.). La investigación se desarrolló concretamente en Cehegín y dos sus pedanías: Canara y Cañada de Canara. La elección del contexto geográfico del estudio estuvo mediada por su carácter eminentemente rural y alejado de grandes núcleos urbanos de población, comarca donde la trasmisión del folklore tradicional y las prácticas de sanación de marcado carácter religioso permanecen todavía en vigor.

Para la selección de la muestra se partió de un informante clave cuyo rol era el de sanador. A partir de ahí se siguió un muestreo en bola de nieve por el que unos sanadores nos llevaron a otros, y éstos a su vez a los enfermos. La muestra final se compuso de treinta participantes, dieciocho sanadores (tres hombres y quince mujeres), con edades comprendidas entre los treinta y tres y los noventa años, y doce enfermos (seis hombres y seis mujeres), con edades comprendidas entre los diez meses y los sesenta años, de ellos seis eran niños y seis adultos. De la muestra de sanadores ocho pertenecían a la localidad de Cehegín, cinco a la pedanía de Canara y cinco a la pedanía de Cañada de Canara; respecto a los pacientes, cinco eran de Cehegín, tres de Canara y cuatro de Cañada de Canara. (Tabla 1).

Las técnicas de investigación elegidas fueron la observación participante y las entrevistas no estructuradas a los sanadores y aquellos enfermos que tenían la edad suficiente para ello (>5 años), centrado el análisis en los principales rituales mágico-religiosos desplegados para la sanación del “mal de ojo” y en el significado simbólico de los mismos. Las técnicas permitieron investigar la diversidad de formas que adoptan los rituales captando las interacciones que se daban entre los sanadores y los sanados, así como las atribuciones rituales y de cura que se le daban a cada una de las praxis sanadoras. Antes de comenzar la investigación se obtuvieron de forma sistemática las autorizaciones pertinentes, tanto de los sanadores como de sus pacientes, no revelándose ningún elemento identificativo de los actores del proceso ritual. Por petición expresa de los sanadores se eliminaron algunas palabras o frases de cada oración ritual, ya que para ellos su reproducción íntegra es la clave de acceso a la deidad y no deben ser difundidas íntegramente.



Participantes	Nº	Sexo/Edad (años)	Lugar de observación
Sanadores	18	3 hombres Edades: 79-80-83 15 mujeres Edades: 33-43-48-48-51-55-55-67-70-72-73-85-86-88-90	Cehégín centro: 8 sanadores Canara: 5 sanadores Cañada de Canara: 5 sanadores
Enfermos	12	6 hombres Edades: 10 meses-1-3-5-9-60 6 mujeres Edades: 2-18-30-40-45-50	Cehégín: 5 pacientes-21 sesiones Canara: 3 pacientes -11 sesiones Cañada de Canara: 4 pacientes-9 sesiones

Fuente: elaboración propia

La observación participante se realizó de manera no encubierta, adoptando el investigador el rol de neófito (aprendiz) e intentando realizarla de un modo sistemático y no intrusivo. Se partió de la asunción de un doble rol, el de observador y participante, disminuyendo, así, las limitaciones referidas a la invisibilidad del espectador (Taylor y Bogdan, 1984). Se partió del axioma de que la observación rigurosa es una técnica de recogida de datos fidedigna, ofreciendo múltiples ventajas al permitir la presencia en los lugares y ambientes naturales donde tienen lugar los rituales, praxis y discursos de los agentes sociales implicados en el proceso (Jorgensen, 1989; K. DeWalt & M. DeWalt, 2011). El contexto físico de las observaciones fueron los domicilios de los sanadores, salvo en dos excepciones que se realizó en los domicilios de los enfermos, llevándolas a cabo siempre los viernes, ya que es el día asignado para las sanaciones por su conexión con la onomástica cristiana de la muerte de Cristo. Durante el análisis se puso el foco de atención en diversos aspectos como: la estructura de los rituales, el material utilizado para los mismos, los salmos y formulas utilizadas, la posición y actitud de los actores del proceso durante el ritual, las fórmulas de gratitud e intercambio entre los implicados, el simbolismo de los elementos utilizados en el proceso etc. Se pretendía reflexionar sobre el valor que subyacía a las praxis rituales, penetrando en la comprensión simbólica de las liturgias y efusiones de poder que se escondían detrás de los mismos. En todo momento se buscó una implicación en los escenarios, complementando la reflexión con la información informal suministrada por los actores, desde una perspectiva crítica (Taylor y Bogdan, 1984). Se observaron cuarenta y cuatro sesiones de unos cuarenta y cinco minutos de media de duración para un total de 33 horas de observación.

En cuanto a las entrevistas, fueron realizadas a los sanadores de forma individual, antes o después de las sesiones, y adoptando un carácter informal, abierto y no estructurado. Para dar validez al discurso se siguió el principio de intersubjetividad, utilizando como criterios de homogeneidad la pertenencia al mismo contexto geográfico-cultural y la consideración de sanador por parte de la comunidad, y como criterios de heterogeneidad, el sexo de los sanadores (tres hombres y doce mujeres) y las edades (comprendidas entre los treinta y tres y los noventa años). Las entrevistas no fueron grabadas para disminuir el efecto inhibitorio que pudiera producir la grabación, pero sí se tomaron notas durante las mismas. Respecto al análisis, se realizó en base a las siguientes categorías de estudio: origen del padecimiento, síntomas, diagnóstico, rituales de sanación y simbolismo de los elementos utilizados. Para su interpretación se intentó introducir un orden en el mismo: toma de notas durante la entrevista, lectura intensiva, análisis e interpretación de éstas y, finalmente,



codificación y agrupación de las notas en categorías temáticas. Durante el proceso se intentó analizar la eficacia simbólica de los alegatos en los contextos en los que se producían (Legard, Keegan y Ward, 2003; H. Rubin y I. Rubin, 2011). Las entrevistas pretendieron vislumbrar los simbolismos y rituales ligados al padecimiento, profundizando en la etiología y mecanismos de sanación del mismo.

Se partió de la base de que las relaciones durante la investigación cualitativa nunca son totalmente neutras ni simétricas, sino que responden inevitablemente a los posicionamientos de los implicados en el estudio, entre ellas las de los investigadores, los resultados no pretenden, pues, ser totalmente categóricos ni extrapolables a todos los casos (Romaní, 1992), pero sí orientativos de los principales rituales de sanación del “mal de ojo” que se aplican en la Comarca del Noroeste de la Región de Murcia. Al respecto cabe destacar también como posible limitación el hecho de que los datos se recogieron entre el 2009 y el 2011, pese a ello, la imbricación de las prácticas y rituales en el tejido social de la comunidad, y sus lentas transformaciones, al estar ligadas a la tradición, hacen que aún hoy día persistan.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En las sociedades tradicionales católicas como es el municipio de Cehegín se observa todavía la persistencia de un modelo mágico-religioso basado en la creencia de que seres sobrenaturales, en este caso los ligados a teología cristiana (Dios, la Santísima Trinidad, la Virgen, los Santos), poseen un poder terapéutico para sanar enfermedades. De estas creencias deviene toda una serie de sanadores, y rituales para paliar las enfermedades. Destacando entre los padecimientos la entidad del “mal de ojo” que juega un papel central en la mayoría de las representaciones folk de los rituales de sanación de esta comarca; desprendiéndose de su análisis tres categorías exegéticas: las referentes a los sanadores y las características del padecimiento, las relativas a la tipología de rituales, y las correspondientes al análisis simbólico de los ritos curativos.

Los sanadores y el padecimiento

En la zona de Cehegín se suele utilizar la palabra de ensalmador para referirse al sanador, se entiende por tal a quienes utilizan los rezos, oraciones y plegarias (ensalmos) como principal recurso terapéutico. La explicación al predominio de este tipo sanador, ligado a la sanación a través del uso de fórmulas religiosas derivadas de la creencia en deidades cristianas, es que la comunidad ceheginera ha sido desde antaño una comarca extremadamente religiosa, relacionando, aún hoy en día, las enfermedades con creencias mágico-religiosas. Los ensalmadores atribuyen su capacidad curadora a una cualidad especial de la que hacen hincapié ante sus conciudadanos para que estos depositen la confianza en ellos. Esta cualidad puede derivar de factores muy variados, como haber nacido en un día señalado, ser el séptimo hijo de una familia de varones (el siete está ligado a la divinidad en la creencia judeocristiana), haber sido enseñado e iniciado por otro sanador, recibir la capacidad de curar de algún antecesor famoso, recibir este don de Dios, la Virgen o algún santo etc. Los ensalmadores de Cehegín utilizan prácticas enmarcadas en la “medicina creencial”, actuando como mediadores con el mundo sobrenatural, entrando en contacto con lo divino. Se trata de personas comunes, personajes de nuestra vida cotidiana que reciben la revelación y/o aprenden sus saberes en los días de Semana Santa. En este sentido, la transmisión del saber, así como la revelación de los ensalmos y oraciones, está circunscrita al jueves y viernes santo antes de las tres de la tarde, hora de la muerte de Cristo, según la tradición cristiana. Además, se consideran el jueves, viernes y sábado santo como días muertos en los que no se puede sanar, la razón esgrimida es que Jesucristo ha fallecido y no puede comunicar su gracia. La transmisión del saber ancestral tiene un carácter iniciático, estando envuelto en cierto secretismo y clandestinidad, por lo que la mayoría de



los sanadores muestran algunas condiciones a la hora de transmitir el conocimiento. La razón la encontramos en la creencia arraigada de que si revelaban el saber a la persona inadecuada ellos podían ser despojados de su gracia. Trasmisión que se hace de forma oral, repitiéndose hasta ser memorizada, y que ha de acompañarse de la adquisición de una serie de gestos rituales para que el aprendiz quede capacitado. En algunos casos los ensalmadores no tuvieron inconveniente en que se apuntaran las oraciones, siempre que se hiciera un buen uso de ellas. La mayoría de los ensalmadores son mujeres, fundamentalmente amas de casa o trabajadoras del campo, existiendo ciertos valores patriarcales compartidos, por los que se considera que los ensalmadores hombres tienen más fuerza a la hora de curar que las mujeres. La fuerza de la palabra y la recreación de un ambiente apropiado son el recurso terapéutico que posee mayor fuerza, ello lo convierte en un procedimiento casi psicoterapéutico. Los males que solucionan son variopintos, albergando, según los informantes, entidades tan dispares como “la culebrina”, el “herpes”, “la carne cortá”, el “aliacán”, las verrugas, el “mal de la boca”, el “mal de los ojos”, las hernias o los “quebraos”, pero sin duda la entidad más común y que tiene mayor peso es el “mal de ojo”, suponiendo la mayor parte de las consultas.

En este sentido, todos los sanadores refieren como causa del “mal de ojo” la presencia de una fuerza maléfica en la mirada que daña al que es mirado. Subyace, pues, una concepción mágico-religiosa ligada al embrujamiento maléfico como origen de la enfermedad, que sólo puede ser subsanada mediante la intermediación de lo divino: «Divina pastora que al monte fuiste quita tus ojos de donde los pusiste. Santísima trinidad tres lo habéis echado, tres lo habéis de quitar» (Sanadora, 72 años, Rito 1).

Los informantes refieren respecto al “mal de ojo”, que existen dos tipos de personas, las fuertes, que lo echan, y las débiles, que lo sufren; siendo el daño mayor si la persona que lo echa es de la misma sangre:

«Existen unas personas más fuertes (las que lo echan) y otras más débiles (las que lo sufren), no quiero decir que este tipo de mala energía sea con mala fe, lo que sí está comprobado es que esta mala energía hacia algunas personas se produce con solo mirarlas, se arraiga más si la persona que lo echa es de la misma sangre» (Sanadora, 86 años).

Los informantes apuntan que el emisor puede ser o no consciente de que está infligiendo el mal e incluso, a veces, cuando es conocedor, evita mirar para no causar daño: «Cuando sabe que puede echar el “mal de ojo”, y va a elogiar a una persona, intenta retirar la mirada, para no causarle daño, por eso, dicen, es necesario ponerlo bajo la protección de Dios o de algún santo protector» (Sanador, 80 años). En otras ocasiones recurren a otras prácticas como pellizcar o hacer daño al receptor para ahuyentar el “mal de ojo”. Los sanadores cuentan que los niños son más vulnerables, afirmando que son los casos que con más frecuencia atienden. Pero el “mal de ojo” no es una afección que afecte exclusivamente a humanos, sino que también puede afectar a animales y plantas. En este sentido, varios informantes coinciden en acontecimientos vividos por ellos en los que algunas plantas o flores, tras ser elogiadas o admiradas por determinadas personas, se marchitaron de golpe, y tras rezarle volvieron a renacer frondosas.

Todos los sanadores entrevistados coinciden en la nominación de la enfermedad y en la designación de toda una serie de síntomas con los que cursa, que incluyen: fatiga, dolor de cabeza, vómitos, ojos tristes, debilidad y malestar general. Los enfermos acuden al sanador ante determinadas dolencias para las que no encuentran explicación natural, a veces tras consultar al médico, y otras no; la razón la sitúan en la asignación de una gracia especial del sanador por medio de la cual



puede eliminar este mal. Independientemente de que desaparezcan o no los padecimientos, la mayoría de los dolientes muestran alivio, sobre todo en el caso de los niños, en los que las madres sienten que el niño queda protegido, los adultos también sienten seguridad, afirmando que los rezos nunca les pueden hacer mal, sino un bien. En esta misma línea, los ensalmadores coinciden en los poderes de curación del ritual y en la gravedad que puede llegar a tener el cuadro si no se trata: «Cuando el niño llega a la casa, llega muy apagado, y tras rezarle el “mal de ojo” recupera una vitalidad escalofriante, el “mal de ojo” ha podido costarle la vida a más de uno» (Sanador, 83 años).

Con frecuencia los sanadores afirman distinguir el “mal de ojo” de un solo vistazo, no resultándoles difícil su dictamen: «Identificar esta enfermedad por parte del ensalmador no es nada difícil ya que los casos que una encuentra a lo largo de su vida son muy similares» (Sanadora, 88 años). Pero también utilizan rituales de diagnóstico del padecimiento ligados al uso del agua y el aceite. Normalmente se vierte aceite en un tazón de agua; en cuanto a su interpretación, es variopinta, en ocasiones se interpreta que la enfermedad se presenta si las gotas se disgregan, en otras se considera que ésta está presente si se forman tres círculos grandes y uno pequeño, muchos de estos rituales sirven a la vez para sanar y para diagnosticar. La mayoría de los curanderos distinguen entre si el “mal de ojo” se profirió mientras se estaba de pie o cuando estaba en movimiento. Si estaba de pie se establece un ritual rítmico de nueve días consecutivos hasta la remisión de los síntomas. Si, por el contrario, se adquirió en movimiento se prescribe el rezo de tres ensalmadores a la vez para más efectividad. Otra regla generalmente establecida es la conveniencia de rezar la dolencia antes del viernes siguiente a su adquisición: «Una vez echado el “mal de ojo”, se debería rezar antes del primer viernes, ya que, si se pasa de éste, es mucho más difícil de curar» (Sanadora, 85 años).

Los rituales

La mayoría de los ensalmadores de la Comarca Noroeste de la Región de Murcia coinciden en apuntar que el ritual es más efectivo si el afectado está presente, aunque también se puede ejecutar a modo de magia simpática utilizando un cabello o prenda del implicado. Como ya se ha comentado, el ritual se realiza los viernes, salvo el Viernes Santo que está reservado a la iniciación, aunque si la afección es muy aguda se puede realizar cualquier día de la semana. Independientemente de ello, todo afectado tiene un seguimiento hasta la desaparición de la enfermedad. El ritual es también escenografiado por el ensalmador, en el sentido de que durante el mismo aparecen escenificaciones rituales como escalofríos, bostezos u ojos llorosos. La explicación la hallamos en los mecanismos metafísicos a través de los cuales se supone que se produce la sanación: «Para separar el mal de la persona que lo tiene, éste entra en mi cuerpo, yo siento el daño y después lo saco fuera al aire» (Sanador, 79 años).

Los rituales etnografiados difieren en factores tan variopintos como los salmos u oraciones empleadas, los materiales utilizados, el uso de los mismos o los simbolismos que se aplican a las diferentes señales rituales, aunque todos coinciden en su carácter eminentemente religioso. Tras las observaciones, se pudieron tipificar en el contexto de estudio diez formas rituales diferentes, éstas se exponen en el orden secuencial en que se han de realizar las praxis según el ritual, y distinguiendo entre los utensilios, las oraciones y las liturgias asociadas. Por petición expresa de los ensalmadores se eliminaron algunas palabras o frases, éstos consideran que su reproducción íntegra da acceso a la deidad, y por ello no deben de ser expuestas en su integridad.

Ritual 1:

Utensilios: Tazón blanco lleno de agua, candil con aceite.



Oración: «En el huerto de José y María entré, y había doce trabajadores: tres regando, tres cavando, tres segando y tres el “mal de ojo” cortando. Divina Pastora que al monte (...). Santísima trinidad tres lo habéis echado y tres lo hemos de quitar, el “mal de ojo” de (Nombre y apellidos)».

Liturgia: Santiguarse tres veces y con el dedo corazón echar tres gotas de aceite de oliva simulando la cruz en el tazón del agua. Si el aceite se pierde o se expande tiene “mal de ojo” y si las gotas quedan condensadas no tiene o se le ha ido. Como vemos, es al mismo tiempo un ritual para diagnosticar y para tratar. El ritual se puede hacer tres veces al día.

Oración: para finalizar se reza un Padrenuestro, un Avemaría y un Credo.

Ritual 2:

Utensilios: Pelo del lado derecho del enfermo, ½ vaso de agua, un tapón de aceite de oliva.

Liturgia: El pelo se moja en el aceite y se expanden 3 gotas en el agua. Si el aceite se pierde o se expande tiene “mal de ojo” y si las gotas quedan condensadas no tiene o se le ha ido. Después, santiguarse tres veces y decir (Nombre y apellidos del ensalmado).

Oración: «En el nombre de la Santísima Trinidad, Padre, Hijo y Espíritu Santo, a (nombre y apellidos) córtale el “mal de ojo”. Cordero divino (...) quítale a este hijo el “mal de ojo”».

Se repite el ritual tres veces, tirando el agua cada vez a un lugar soleado y la última vez se deja.

Oración: se finaliza rezando un Credo.

Ritual 3:

Utensilios: Tazón blanco de agua, vaso pequeño con aceite de oliva

Liturgia: Santiguarse y se ponen tres gotas de aceite de oliva en el vaso y se recita el nombre y apellidos del ensalmado. Sobre el tazón de agua con las tres gotas de aceite se dice la siguiente oración:

Oración: «Jesús» (se dice a la vez que se simula una cruz)

Liturgia: así hasta diez veces, a continuación, se vuelve a realizar el mismo ritual haciendo la señal de la cruz de forma inversa desde la señal número diez hasta volver al uno. Así se repite 3 veces en el mismo vaso. Después Santiguarse y tirar.

Oración: para finalizar el ritual rezar un Padrenuestro y un Credo.

Ritual 4:

Utensilios: la mano del ensalmador.

Liturgia: Se reza haciendo la señal de la cruz sobre la palma de la mano izquierda del ensalmado. Antes de comenzar el ritual se da unas pasadas a la mano a utilizar.

Oración: «Ante el Cristo que el mal sea visto. Muera el mal y viva Cristo, como lo manda nuestro señor Jesucristo. Si es por la tarde Salve a la Virgen del Carmen. (...) El “mal de ojo” que te he rezado, el santo que te lo haya echado, el santo que te lo haya quitado».

Se finaliza santiguándose y rezando el Credo.

Ritual 5:

Utensilios: tazón de agua, tazón de aceite de oliva (Imagen 1).

Imagen 1. Utensilios rituales del “mal de ojo”. Tazones de agua y aceite (Ritual 5)



Fuente: elaboración propia. Fotografía del trabajo de campo

Liturgia: Santiguarse tres veces y con el dedo corazón poner tres gotas de aceite de oliva en el vaso y decir el nombre del ensalmado, si las gotas se disgregan hay mal de ojo (Imagen 2).

Oración: «Jesús, José y María pon tu mano que yo pondré la mía, tres te han puesto el mal, tres te lo han de quitar, que son las personas de la Santísima Trinidad. Si te lo hacen por la mañana que te lo quite Santa Ana, (...), si te lo hacen en los ojos que te lo quite San Alfonso (Nombre y apellidos ensalmado) Muera el mal y viva Cristo que así lo manda nuestro Señor Jesucristo. Amén”».

Liturgia: Mientras se reza la fórmula se realiza la imposición de manos en el lugar indicado por ella.

Oración: Rezar tres Padrenuestros.

Liturgia: se repite seguidamente hasta tres veces.

Imagen 2. Ritual diagnóstico del “mal de ojo”(Ritual 5).



Fuente: elaboración propia. Fotografía del trabajo de campo

Ritual 6:

Utensilios: Vaso de agua, tapón de aceite de oliva.

Liturgia: Santiguarse y echar tres gotas en el agua con el dedo corazón.

Oración: «Jesús, José y María (santiguarse) pon tu mano que yo pondré la mía. Ángel de Dios (santiguarse) tres te han puesto el mal, tres te lo han de quitar, que son las personas de la Santísima Trinidad. (Se esboza la cruz en el agua) Si te lo hacen por la mañana que te lo quite Santa Ana, (...), si te lo hacen en los ojos que te lo quite San Alfonso (Nombre y apellidos ensalmado) Muera el mal y viva Cristo que así lo manda nuestro Señor Jesucristo».

Liturgia: Mientras se reza la fórmula se realiza la imposición de manos en el lugar indicado por ella.

Oración: Se termina rezando tres Padrenuestros y un Credo.

Liturgia: El ritual se repite seguidamente hasta tres veces, en el último se deja el agua y no se tira. Finaliza el ritual santiguándose.

Ritual 7:

Utensilios: Tres tazones blancos con agua, un tapón de aceite de oliva.

Ritual: santiguarse.

Oración: «En el nombre de la Santísima Trinidad (simulando la cruz sobre el agua, Nombre y apellidos del ensalmado) y un solo Dios verdadero (simulando la cruz sobre el agua) (...). En el nombre del Padre, del hijo y del Espíritu Santo. Amén».

Se reza un Padrenuestro y un Credo.

Liturgia: para terminar, se santigua el ensalmador.

Ritual 8:

Utensilios: Vaso de agua, vasito de aceite de oliva.

Liturgia: Santiguarse y (nombre y apellidos del ensalmado).

Oración: «Jesús, María»

Liturgia: se realiza una vez sobre el agua la señal de la cruz y así hasta ocho veces y la partición de la cruz a la derecha. Después lo mismo pero la partición de la Cruz a la izquierda.

Oración: Un credo y se santigua el ensalmador. Se reza un Padrenuestro y se santigua el ensalmador. Amén.

Ritual 9:

Utensilios: tazón de loza blanco sin dibujos, medio lleno de agua. Un vasito pequeño con aceite de oliva. Una figura del niño Jesús.

Liturgia: El ritual comienza santiguándose en presencia de una figura del niño Jesús, se vierten con el dedo unas gotas de aceite en el tazón de agua, si las gotas se disgregan hay mal de ojo, y se continúa con la siguiente oración (Imagen 3).

Imagen 3. Ritual diagnóstico del “mal de ojo”. Ritual 9.



Fuente: elaboración propia. Fotografía del trabajo de campo

Oración: «A la viña de Dios entré, nueve ángeles me encontré, tres arando, tres podando y tres “mal de ojo” quitando. (Nombre y apellidos del paciente) Si te lo han hecho por la mañana que te lo quite Santa Ana. (...). Si te lo han hecho por la tarde, Jesús y su madre. Si te lo han hecho de noche, San Roque. Entre dos (el informante advierte que se refiere a los ojos) te lo han echado, tres te lo han de quitar, diciendo las palabras de la Santísima Trinidad, Padre, Hijo y Espíritu Santo. Amen (Nombre y apellidos del enfermo)».

Para finalizar se reza un Padrenuestro.

Liturgia en ausencia del paciente: le llevan el cabello del mismo y se hace una cruz con el cabello y se reza sobre él. En este caso el final del rito es santiguarse nueve veces.



Ritual 10:

Utensilios: un vaso de agua, un tapón con aceite de oliva.

Liturgia: El ritual comienza santiguándose y continúa con la siguiente la oración.

Oración: «Jesús, José y María, (...). Dos te han causado el mal (en referencia a los dos ojos) y tres te lo han de quitar, que son las tres personas de la Santísima Trinidad, padre, Hijo y Espíritu Santo. Si antes hubiera nacido Cristo este mal no hubiéramos visto, (...). Este (Niño/a, Hombre o mujer) tiene el mal (enumera dónde) y en todas las zonas del cuerpo, tenga o no tenga que sea curado en nombre de las tres personas de la Santísima Trinidad, Dios Padre, Hijo y Espíritu Santo».

A continuación, se reza el Padrenuestro, el Avemaría y el Gloria.

Liturgia: se termina el ritual santiguándose.

Como podemos observar todos los ritos comparten elementos en común; en cuanto a los utensilios, todos emplean el agua y el aceite, dos elementos asociados al simbolismo judeocristiano del bautismo y la unción del primogénito; en cuanto a las oraciones, todas hacen referencia a deidades cristianas como la Santísima Trinidad, Jesucristo o la Virgen María, apareciendo también en alguno de ellos la referencia a santos cristianos; finalmente, en cuanto a las liturgias, todas tienen algún tipo de estructura donde suelen destacar actos introductorios y finales como el santiguarse, o el rezo de oraciones cristianas comunes como el Padrenuestro, el Avemaría o el Credo, también es un elemento común de las liturgias la repetición de actos donde el tres, en referencia a la Santísima Trinidad, cobra capital importancia, siendo el elemento simbólico central que da cabida a todo el ritual el empleo sistemático de la señal de la cruz. Pasemos en el siguiente apartado la exégesis de los elementos simbólicos de los rituales.

Exégesis simbólica

Los rituales de crisis que acabamos de describir corresponden a ese conjunto de recursos que el individuo moviliza ante la experiencia de su frágil condición humana, ante los avatares incontratables que lo zarandean en su existir, constituyendo proyecciones, agencias, fuerzas o poderes, devenidas de su precaria situación, a las que dirigir una súplica con la oración, la penitencia, o el sacrificio ritual (Tolosana, 2012). Se trata de rituales de aflicción con carácter contingente, que muestran una secuencia estereotipada de actos que comprende gestos, palabras y objetos, cuyo objeto es influir en las fuerzas sobrenaturales. Pero para entender el rito debemos decodificar la estructura semántica de los símbolos que lo constituyen, entendiendo éstos como unidades mínimas del ritual, inmersas en un proceso social dinámico que pueden ocupar una posición central o instrumental dentro del mismo (Turner, 1995). En este sentido, el elemento principal en los rituales del “mal de



ojo” descritos aquí es el símbolo de la cruz, señal presente en todos los tiempos del rito, tanto en las oraciones, como en las liturgias, como en los objetos, otorgándole una estructura circular al abrir y cerrar el mismo. El simbolismo de la cruz es polisémico; por un lado sustituye al árbol cósmico de la vida, símbolo cristiano temprano, presente en las obras de los apologistas cristianos, cuyo carácter cíclico de muerte y regeneración facilita la comunicación entre los tres niveles del cosmos: cielo, tierra e infierno. La señal de la cruz presente en el inicio y final del rito remite al ciclo cósmico, produciendo durante la celebración la abolición del tiempo histórico para entrar en el tiempo cíclico. De otra parte, simboliza el mito de Jesús, remedio que salva al hombre del pecado y la muerte; por ello, las oraciones rituales contienen la invocación al mito que, como acabamos de exponer, hace referencia a Jesucristo, o a entidades asociadas como la Santísima Trinidad, su madre la Virgen María u otros Santos intercesores ante Dios. La invocación de la cruz nos sustrae al concepto de regeneración, al vencimiento de la muerte, a la resurrección que da acceso a lo eterno, que da sentido al cristiano y que el ensalmador utiliza como acceso a la curación. La cruz también simboliza la conjunción de los contrarios, lo positivo y lo negativo, lo superior y lo inferior, la vida y la muerte, estar crucificado es vivir la esencia del antagonismo, base que constituye la existencia. Conjunción de los contrarios que se repite en los gestos de los ensalmadores; así, por ejemplo, en el ritual tres se hace la señal de la cruz hasta diez veces sobre el vaso de agua con aceite, para luego emprender el camino opuesto hasta llegar al primero. Por último, la cruz también hace referencia al mito del Paraíso, en el sentido de que el sacrificio en la cruz devuelve a los participantes del ritual al tiempo mítico, al tiempo anterior a la caída producida por la transgresión, momento anterior a la aparición de la enfermedad que nos retrotrae al estadio anterior de felicidad, inocencia y pureza del que Jesús, nuevo Adán, es su máxima expresión. De esta forma, el ensalmador se conecta con el tiempo mítico de la creación, del paraíso, para que en ese tiempo y espacio libres de padecimientos el mito opere a través de él. Esta realidad se constata en varias oraciones litúrgicas como las del ritual 1 y 9 donde aparecen diferentes metáforas del paraíso:

«En el huerto de José y María entré y habían 12 trabajadores, 3 regando, 3 cavando, 3 segando y 3 el “mal de ojo” cortando. Divina pastora que al monte fuiste quita tus ojos de donde los pusiste...(Ritual 1)“A la viña de Dios entré, nueve ángeles me encontré, tres arando, tres podando y tres “mal de ojo” quitando» (Ritual 9).

La polaridad normativa del símbolo de la cruz, como árbol de la vida y mito del paraíso, ofrece a los enfermos creyentes una guía de comportamiento, y si fue la transgresión la que provocó la caída y enfermedad del hombre al romper las normas que garantizaban la cohesión e identidad



social, recibiendo por ello la enfermedad como castigo divino. Es precisamente el ritual el que restablece el equilibrio perdido. Por tanto la cruz, como símbolo central de los rituales de sanación del “mal de ojo”, condensa sobre sí múltiples referencias (árbol de la vida, mito de Jesús, conjunto de los contrarios, mito del paraíso) que lo convierten en un símbolo polisémico: vida, muerte, resurrección, enfermedad, salud.

Otro de los elementos que cobra capital importancia en los rituales del “mal de ojo” es el simbolismo del número tres; éste se repite en los gestos de la liturgia, en los elementos y en las oraciones. Así en el rito 1 se reza tres veces al día, en el rito 2 y 3 se repite la liturgia tres veces, en el rito 5 y 6 se reza el Padrenuestro tres veces al finalizar, en el rito 7 se utilizan tres tazones blancos, en el rito 9 se santiguan 9 veces, es decir tres veces tres, y en el rito 1 se reitera el uso simbólico del número en las fórmulas de oración: «En el huerto de José y María entré y habían 12 trabajadores, 3 regando, 3 cavando, 3 segando y 3 el “mal de ojo” cortando....Santísima Trinidad 3 lo habéis realizado, 3 lo habéis de quitar, el “mal de ojo” de» (Ritual 1).

En este sentido el número tres se convierte en un símbolo auxiliar de la cruz, asociándose por analogía con la Santísima Trinidad y el triángulo que la representa, la conexión de los tres mundos: tierra, cielo e infierno. El tres representa la hipostasis, según la escuela pitagórica, la tensión entre el par y el impar que se resuelve dando origen a un nuevo impar, es decir es símbolo de la generación a partir de la unión entre dos complementarios, del macho y la hembra que dan origen al hijo.

Pero el proceso ritual no es tan sólo lenguaje simbólico, sino también una fusión de los poderes que se creen inherentes a los objetos representados por los símbolos del ritual. Las cosas no son, pues, meras cosas abstractas, sino que participan de los poderes y virtudes que representan (Turner, 1982). En este sentido, en el ritual destaca la intervención de dos objetos: el agua y el aceite. El agua es un símbolo cargado de valencias significativas eficaces y de gran fuerza en todas las culturas y religiones. El agua limpia y da vida y fertilidad a personas, animales y a la tierra y las plantas. Aguas de ciertas fuentes tenidas por medicinales, y demostradas empíricamente eficaces para ciertos males, siguen siendo consumidas y utilizadas para beber o para bañarse o frotarse. Este elemento, universal y necesario para la vida, se convierte en transmisor de efectos benéficos para la salud si el poder de un especialista le transmite virtudes especiales (ej. agua bendita de los templos). Como apunta Eliade, el agua simboliza tanto la muerte como el renacimiento, la inmersión en ella equivale a una disolución de las formas que da la opción de un nuevo regenerar a la enfermedad. El agua de



nuestros ritos es utilizada tanto metafóricamente como metonímicamente, por su propio poder disolvente y limpiador, pero también de forma simbólica como depósito para la disolución del “mal de ojo”. Algunas de nuestras informantes cuentan que ellas mismas actúan de vehículo de las malas energías, las cuáles circulan del enfermo hacia el ensalmador y éste las deposita en el agua del tazón, donde se disuelven para desaparecer. Otros relatan que el agua y el aceite atraerían los malos espíritus del “aojado” al agua, en donde se ahogarían y de esta forma se sanan; por ello en algunas de las modalidades expuestas, el agua es expulsada o tirada a la calle o un lugar alejado donde será pisada. El aceite también es un símbolo de la tradición judeocristiana, es un elemento que en la liturgia católica se usa en el sacramento de la unción de enfermos en peligro de muerte, por el que le es concedida al enfermo una gracia especial, eficaz para fortalecerlo y reconfortarlo en su enfermedad, y prepararlo para el encuentro con Dios. Al aceite se le ha otorgado históricamente una importancia ceremonial, de manera que los ungidos en aceite quedaban consagrados para el servicio al Señor y limpiados para un uso no mundano. A Jesús se le da el título de Cristo, porque la palabra griega «Cristos» significa ungido, el aceite es, pues, usado tanto por su poder de curación como por su representación simbólica del mito de Jesús o del Espíritu Santo.

La exégesis realizada sobre la carga de significación de símbolos como la cruz, el número tres, el agua o el aceite, constituye una muestra de la inmensa carga simbólica de los elementos de los rituales, de la riqueza de sus asociaciones por analogía u oposición. Lógicamente la interpretación realizada no agota todos los significados y asociaciones, el sentido hermeneúutico de la interpretación impide la omnicomprensión de la totalidad de significados del material recogido, no obstante pensamos que sí representa una muestra de los aspectos fundamentales de los ritos de aflicción que practican los ensalmadores sanadores de la comarca de Cehegín.

CONCLUSIONES

En las prácticas folklóricas de sanación del municipio de Cehegín se observa la persistencia de un patrón mágico-religioso basado en imaginarios sobrenaturales ligados a la teología cristiana. En este sentido, la creencia en “el mal de ojo”, y las praxis rituales que se vertebran para hacer frente a este padecimiento etnocultural, dan cuenta de ello. El “mal de ojo” se convierte en esta región en un síndrome culturalmente delimitado en el que se estructuran toda una serie de procedimientos rituales que determinan la capacitación y asignación de los ensalmadores, la etiología del padecimiento, los síntomas de sus manifestaciones, así como la forma de diagnosticarlo y hacerle frente. En este marco creencial cobran vida toda una serie de rituales cuyo nexo de unión es la utilización de elementos como el agua y el aceite, la delimitación de una estructura litúrgica con actos



introdutorios y finales, o el uso de oraciones que hacen referencia a deidades cristianas (Jesucristo, Santísima Trinidad, Virgen María etc.). Rituales que están atravesados por todo un conjunto de símbolos donde el eje central es la señal de la cruz en sus diversas variantes polisémicas (árbol de la vida, el mito de Jesús, el conjunto de los contrarios, el mito del paraíso), pero donde elementos como el uso semántico del número tres, asociado a la Trinidad beatísima, o la utilización de elementos instrumentales de gran significación ritual, como el agua y el aceite, sirven para cargar de sentido litúrgico el proceso de sanación creencial.

BIBLIOGRAFÍA

- Delgado, M.I. (1993). La religiosidad popular. En torno a un falso problema. *Gaceta de Antropología*, 10(8).
- DeWalt, K.M. & DeWalt, B.R. (2011). *Participant observation. A guide for fieldworkers*. Maryland: AltaMira Press.
- Duch, L. (1979). *La experiencia religiosa en el contexto de la cultura contemporánea*. Madrid: Editorial Bruño.
- Durkheim, É. (1982). *Las formas elementales de la vida religiosa*. Madrid: Akal.
- Eliade, Mircea. (1980). La prueba del laberinto. Madrid: Ediciones Cristiandad.
- Eliade, M. (1988). *Lo sagrado y lo profano*. Barcelona: Ed. Labor.
- Eliade, M. (1999). *La búsqueda. Historia y sentido de las religiones*. Madrid: Editorial Kairós.
- Frazer, J. (2006). *La rama dorada. Magia y religión*. México: Fondo de Cultura Económica.
- García-Alandete, J. (2009). Sobre la experiencia religiosa, aproximación fenomenológica. *Folios. Revista de la facultad de Humanidades*, 30, 115-126. <https://doi.org/10.17227/01234870.30folios115.126>
- Geertz, C. (1992). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- Gutiérrez-Malrás, M. (1984). Entorno al estudio comparativo de la pluralidad católica. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 27, 137-174. <https://doi.org/10.2307/40183073>
- González, J.L. (1993). Catolicismo popular y tejido cultural. *Revista Estudios-Instituto Tecnológico Autónomo de México*, 62-63, 99-119. <https://doi.org/10.5347/01856383.0062.000173161>
- Jorgensen, D. (1989). *Participant Observation: A Methodology for human studies*. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781412985376>
- Lisón-Tolosana, C. (2012). Rito, funciones y significado. *Música oral del Sur: Música hispana y ritual*, 9, 22-28.



-
- Lévi-Strauss, C. (1949). L'efficacité symbolique. *Revue de l'histoire des religions*, 1, 135-136.
- Lévi-Strauss, C. (1949). Le sorcier et sa magie. *Les Temps Modernes*, 41, 385-406.
- Pollak-Eltz, A. (2001). *La medicina tradicional venezolana*. Caracas: Universidad Católica Andrés-Belló.
- Prat, J. (1983). Religió popular o experiència religiosa ordinària. Estat de la qüestió i hipòtesis de treball. *Arxiu Etnogràfic de Catalunya*, 2, 143-170. <https://doi.org/10.17345/aec2.48-69>
- Pérez de Nucci, A. (1989). *Magia y chamanismo en la Medicina Popular del Noroeste Argentino*. San Miguel de Tucumán: Editorial Universitaria de Tucumán. <https://doi.org/10.30972/crn.23233571>
- Ratier, H.E. (1972). *La Medicina Popular*. Buenos Aires: CEAL.
- Romaní, O. (1992). Marginación y drogodependencias. Reflexiones en torno a un caso de investigación. En F. Álvarez-Uría (Coord.), *Marginación e inserción. Los nuevos retos de las políticas sociales* (pp. 259-284). Madrid: Eudymión.
- Scheper-Hughes, N. (1993). *Death Without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley: University of Carolina Press. <https://doi.org/10.2307/2074492>
- Taylor, S. & Bogdan, R. (1984). *Introduction to qualitative research methods: the search for meaning*. Ann Arbor: University of Michigan.
- Turner, V. (1982). *La selva de los símbolos*. México: siglo XXI.
- Valtueña, J.A. (2003). Medicinas tradicionales y alternativas . *Offarm*. 22(11),62-66
- Zhang, X. (2000). *General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine*. Ginebra: OMS.



Conocimiento del VIH-SIDA en estudiantes que visitan el pabellón de la universidad en un evento popular en Évora-Portugal

HIV-AIDS knowledge among students visiting the university pavilion at a popular event in Évora-Portugal

Sensibilização para o VIH-SIDA entre estudantes que visitam o pavilhão universitário num evento popular em Évora-Portugal

Ana M^a Aguiar Frias¹; Luís Manuel Mota Sousa²; Natalia Maria Oliveira³; Maria da Luz Ferreria Barros⁴; Antónia Chora⁵; Sagrario Gómez-Cantarino^{6*}; Margarida Sim-Sim⁷

Cómo citar este artículo: Aguiar Frias, A. M., Mota Sousa, L. M., Oliveira, N. M., Ferreria Barros, M. da L., Chora, A., Gómez Cantarino, S., & Sim-Sim, M. (2023). Conocimiento del VIH-SIDA en estudiantes que visitan el pabellón de la universidad en un evento popular en Évora-Portugal. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(65). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.65.17>

Received: 12/11/2022
Accepted: 22/01/2023.



Copyright: © 2023. Remitido por los autores para publicación en acceso abierto bajo los términos y condiciones de Creative Commons Attribution (CC/BY) license.

¹Ana M^a Aguiar Frias. Centro Integral de Investigación Sanitaria (CHRC). Universidad de Évora, Escuela de Enfermería, Departamento de Enfermería. Évora, Portugal. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-9038-8576>; Correo electrónico: anafrias@uevora.pt

²Luis Manuel Mota Sousa. Centro Integral de Investigación Sanitaria (CHRC). Universidad de Évora, Escuela de Enfermería, Departamento de Enfermería. Évora, Portugal. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9708-5690>; Correo electrónico: luismm Sousa@gmail.com

³Natalia Maria Oliveira. Administración Regional de Salud del Alentejo. Unidad de Salud Pública del Cluster de Centros de Salud del Alentejo Central. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7392-7080>; Correo electrónico: natalia.oliveira@alentejocentral.min-saude.pt

⁴Maria da Luz Ferreria Barros. Centro Integral de Investigación Sanitaria (CHRC). Escola Superior de Enfermagem San Joao de Deus, Évora, Portugal. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5620-0162>; Correo electrónico: mlb@uevora.pt

⁵Antónia Chora. Centro Integral de Investigación Sanitaria (CHRC). Escola Superior de Enfermagem San Joao de Deus, Évora, Portugal. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3449-3061>; Correo electrónico: mafcc@uevora.p

⁶Sagrario Gómez Cantarino Facultad de Fisioterapia y Enfermería, Campus de Toledo. Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM). España. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9640-0409>; Correo electrónico: sagrario.gomez@uclm.es

⁷Margarida Sim-Sim Centro Integral de Investigación Sanitaria (CHRC). Escola Superior de Enfermagem San Joao de Deus, Évora, Portugal. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0028-2664>; Correo electrónico: msim-sim@uevora.pt

***Correspondencia:** Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Terapia Ocupacional, Facultad de Fisioterapia y Enfermería, Universidad de Castilla-La Mancha, Toledo, España. Correo electrónico: sagrario.gomez@uclm.es

Abstract: Introduction. HIV infects more than 2.6 million people/year, reaching 38.0 million by 2019. WHO recognized the disease as a major threat to humanity. Objective. To assess the level of knowledge of HIV-AIDS and associated factors in students during popular events, Évora-Portugal. Methods. Quantitative cross-sectional study, convenience sample, 313 students who visited the institutional pavilion, South Portugal. Sociodemographic data were collected, the HIV Knowledge



Questionnaire (HIV-KQ-18) was applied. The Kuder-Richardson test yielded a coefficient of 0.847. Data analysis SPSS version 24.0. Results. 56.9% were female (16 and 30 years). Except for 5 items, where the percentage of correct responses exceeded 50%, subjects answered incorrectly about HIV transmission. Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests detected no differences in male/female knowledge, age groups and condom availability. Cluster analysis showed two profiles: 1) higher university knowledge, being female, 19-21 years old, low or very high use. 2) low/very low knowledge with associated factors moderate alcohol consumption, represented by males (22-24 years). Conclusion. Conducting this type of survey allows education programmes to address specific HIV/AIDS gaps.

Keywords: Knowledge; health literacy; HIV; nursing research.

Resumen: El VIH infecta a más de 2,6 millones de personas/año, alcanzando en 2019 cerca 38,0 millones de infectados. La OMS reconoció la enfermedad como grave amenaza para la humanidad. **Objetivo.** Evaluar el nivel de conocimiento del VIH-SIDA y factores asociados en estudiantes durante eventos populares, Évora-Portugal. **Métodos.** Estudio cuantitativo transversal, muestra de conveniencia, 313 estudiantes que visitaron el pabellón institucional, sur Portugal. Recogieron datos sociodemográficos, se aplicó el Cuestionario de Conocimientos sobre VIH (HIV-KQ-18). La prueba de Kuder-Richardson arrojó un coeficiente de 0.847. Análisis de datos SPSS versión 24.0. Resultados. El 56.9% fueron mujeres (16 y 30 años). Excepto en 5 ítems, en los que el porcentaje de respuestas correctas superó al 50%, de sujetos que respondió incorrectamente sobre la transmisión del VIH. Las pruebas de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis, no detectaron diferencias en conocimientos de hombres/mujeres, grupos de edad y disponibilidad de preservativos. El análisis de conglomerados mostró dos perfiles: 1) mayor conocimiento universitarios, ser mujer, 19-21 años, consumo bajo o muy alto. 2) conocimiento bajo/muy bajo con factores asociados consumo moderado de alcohol, representado por varones (22-24 años). **Conclusión.** La realización de este tipo de encuestas permite que los programas de educación aborden carencias concretas sobre el VIH/SIDA.

Palabras clave: Conocimientos; alfabetización sanitaria; VIH; investigación en enfermería.

Resumo: O VIH infecta mais de 2,6 milhões de pessoas/ano, atingindo 38,0 milhões em 2019. A OMS reconheceu a doença como uma grande ameaça para a humanidade. **Objectivo.** Para avaliar o nível de conhecimento do VIH-SIDA e factores associados nos estudantes durante eventos populares, Évora-Portugal. **Métodos.** Estudo transversal quantitativo, amostra de conveniência, 313 estudantes que visitaram o pavilhão institucional, Sul de Portugal. Foram recolhidos dados sociodemográficos, foi aplicado o Questionário de Conhecimento sobre VIH (HIV-KQ-18). O teste Kuder-Richardson produziu um coeficiente de 0,847. Análise de dados SPSS versão 24.0. Resultados. 56,9% eram do sexo feminino (16 e 30 anos). Excepto em 5 itens, em que a percentagem de respostas correctas excedeu 50%, os sujeitos responderam incorrectamente sobre a transmissão do VIH. Os testes Mann-Whitney e Kruskal-Wallis não detectaram diferenças no conhecimento masculino/feminino, grupos etários e disponibilidade de preservativos. A análise de cluster mostrou dois perfis: 1) conhecimento universitário superior, sendo do sexo feminino, 19-21 anos de idade, uso baixo ou muito alto. 2) conhecimento baixo/muito baixo com factores associados consumo moderado de álcool, representado por homens (22-24 anos). **Conclusão.** A realização deste tipo de inquérito permite que os programas educativos abordem as lacunas específicas do VIH/SIDA.

Palavras-chave: Conhecimento; literacia em saúde; VIH; investigação em enfermagem.



INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la infección por VIH como uno de los problemas de salud más graves. La incidencia mundial del VIH alcanzó su punto máximo en 1997, con 3,3 millones de nuevas infecciones (intervalo de confianza del 95% [IC del 95%] entre 3,3 y 3,4 millones). La incidencia anual se ha mantenido relativamente constante en alrededor de 2,6 millones por año (rango de 2,5 a 2,8 millones) desde 2005, después de un período de rápida disminución entre 1997 y 2005. En 2019, la cantidad de personas que vivían con el VIH/SIDA fue de 38,0 millones (IC del 95% entre 31,6 y 44,5 millones). En cuanto a la mortalidad por VIH/SIDA, ha disminuido de manera constante, desde un máximo de 1,8 millones de muertes (IC del 95%: 1,7-1,9 millones) en 2005, a 690.000 muertes (500.000-970.000) en 2019 (Wang et al., 2016). Los países con un índice de desarrollo humano bajo presentan una mayor carga de VIH/SIDA en relación con la incidencia, prevalencia y mortalidad de los países con un índice de desarrollo humano medio, alto y muy alto (Prakash et al., 2018).

Portugal es el país de Europa Occidental que tiene la mayor tasa de prevalencia de la infección por VIH (2,8 casos por cada 100.000) (Mendes-Bastos et al., 2016). No obstante, en este país se han logrado los tres objetivos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el control del VIH/SIDA (ONUSIDA), conocido como el objetivo de los 90-90-90. A finales de 2017, el 92,2% de las personas que vivían con el VIH en Portugal fueron diagnosticadas, el 90,2% estaban en tratamiento médico con tratamiento antirretroviral y el 93% de estas personas tenían la carga viral del VIH suprimida (i.e., *Direção Geral de Saúde Report. Infecção VIH e SIDA em Portugal - 2019*).

Aunque los nuevos diagnósticos y los óbitos han disminuido desde el año 2000, es necesario no restringir los esfuerzos, ya que, en el marco europeo, Portugal tiene el mayor número de nuevas infecciones por el VIH, si se tiene en cuenta a los habitantes, la tasa más alta entre los 25-29 años.

A nivel mundial, a medida que los programas se acercan a los objetivos 90-90-90, el progreso continuo puede ser cada vez más desafiante. De hecho, ciertas poblaciones-clave no han sido alcanzadas en sus contextos individuales y es necesario establecer diferentes estrategias para lograr los objetivos (Jones et al., 2019). En Portugal, a través de la acción gubernamental, se han adoptado estrategias orientadas a las personas, reconociendo los factores de riesgo así como los medios para la promoción de la salud. Han surgido varias formas de actuación convergentes, con el objetivo principal de reducir el número de individuos infectados. Algunos ejemplos son el programa de intercambio de jeringas (1993: Dirección General de Salud), la despenalización del uso personal de drogas (ley nº 30/2000), la educación sexual en las escuelas (decreto ley 259/2000, después de la primera ley de 1984), el acceso a VIH (es decir, despacho nº 2522/2018). Por otro lado, bajo el mismo tema de VIH, campañas de información sobre sexo seguro y transmisión, realizadas por Organizaciones No Gubernamentales (ONG),



o proyectos universitarios (Mecugni et al., 2021) se basan en la idea de que un mayor conocimiento significa una mayor protección.

Se han estudiado los conocimientos, las actitudes y las prácticas sobre la prevención del VIH en diferentes ambientes y países con el fin de reducir las diferencias entre los conocimientos, las actitudes y las prácticas sobre el VIH de los jóvenes y los universitarios. Habitualmente en entornos formales, con usuarios, así como con estudiantes de enseñanza obligatoria o superior, también entre profesionales de la salud, y en culturas diversas o relaciones afectivo-sexuales (Ouzouni & Nakakis, 2012). Se trata de grupos o poblaciones accesibles, que acuden a instituciones o son fieles a diferentes espacios, durante mucho tiempo, en prácticas rutinarias.

Sin embargo, los contextos de fiesta, fuera de la rutina, brindan experiencias y contactos inusuales, y pueden surgir comportamientos de riesgo (Jaspal et al., 2019) y/o contactos íntimos, que requieren que los conocimientos fluyan. De hecho, en las fiestas populares los riesgos de contagio, por comportamientos sin protección, suelen ser elevados (Taquette & Souza, 2019). En un estudio multicéntrico, con recolección de datos en fiestas populares académicas se observó que la intoxicación con alcohol era común, estando asociada a una mayor probabilidad de sexo desprotegido u ocasional, ocasionando prejuicios y anulación del conocimiento para la prevención del VIH-SIDA. (Bersamin et al., 2012). Hasta donde fue posible observar, no hay estudios en Portugal que evalúen los conocimientos de los estudiantes sobre el VIH/SIDA en el contexto de las fiestas populares. El presente estudio, el cual se enmarca en el desarrollo a nivel comunitario de un proyecto universitario (registro 13009), tiene como objetivo: Evaluar el nivel de conocimiento sobre el VIH-SIDA y los factores asociados en los estudiantes que visitan el pabellón de la universidad en un evento popular en Évora-Portugal.

MÉTODO

Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal. Muestra de conveniencia, con reclutamiento de sujetos visitantes de los pabellones de la Universidad de Évora, instalados en la Feria de S. João. La recogida de datos ocurrió durante tres días en dos pabellones, en los que entraron cerca de 300 a 350 visitantes por día, estimando una población de 1000 visitantes. Considerando los 1.000 visitantes como población, hemos calculado, con un margen de error del 5% y un intervalo de confianza del 95%, (Almeida & Freire, 2017) se calculó una muestra mínima de 278 casos, tal como se realizó en Calculator.net (Maple Tech International LLC). A este cálculo añadimos un 20% de pérdidas eventuales (Suresh & Chandrashekar, 2012) lo que da como resultado una estimación de 333.

Los sujetos fueron abordados mediante tres pasos: a) antes de la invitación, se preguntó al posible participante sobre su ocupación, procediendo a la explicación del estudio cuando se presentaba como estudiante, b) edad de 16 años o más, y c) se percibió su capacidad de entender el portugués, constituyendo estos tres aspectos los criterios de inclusión. Tras estos pasos, se procedió a la solicitud de consentimiento informado firmado. Después de



invitar a 333 visitantes, se completaron 313 cuestionarios, lo que representa una tasa de respuesta del 9.9%.

El cuestionario constaba de apartados: 1) datos sociodemográficos (sexo, edad, estudiante de secundaria o universitario), 2) bebidas alcohólicas consumidas en el evento actual (vino, cerveza, licores) y cantidad, 3) si traía condones (sí/no) y 4) conocimientos relacionados con el VIH/SIDA, a través de la escala HIV-Related Knowledge (HIV-KQ-18) (Carey & Schroder, 2002; Frias et al., 2019).

Instrumento

Se aplicó la escala de conocimientos relacionados con el VIH (HIV-KQ-18) (Carey & Schroder, 2002) en una versión portuguesa (Frias et al., 2019; Martins et al., 2018). Es un instrumento con 18 ítems, que presenta enunciados correctos e incorrectos sobre el VIH, como "bañarse o lavarse los genitales después de la relación sexual evita que la persona se infecte con el VIH" o "podemos contagiarnos con VIH a través del sexo oral". La puntuación va de 0 a 18 puntos, obtenidos mediante la suma de los ítems. Cada ítem mal contestado recibe 0 puntos, al igual que las respuestas "no se". Las respuestas correctas reciben 1 punto. Todos los ítems se invierten excepto el 1, 4, 11, 14 y 17. Las puntuaciones altas indican un mayor conocimiento sobre el VIH.

Para responder a los objetivos del estudio, se sometieron a categorización tres variables cuantitativas (edad, cuantificación del consumo de alcohol y conocimiento evaluado a través del HIV-KQ-18), además de las unidades en las que se recogieron, se sometieron a una categorización. En cuanto a la edad, se utilizaron tres puntos de corte para llegar a las categorías: a) 16-18 años, b) 19-21 años, c) 22-24 años y d) 25-30 años. La variable consumo de alcohol en calidad y cantidad, fue categorizada con un punto de corte de 10gr, según la Norma 30/2012 actualizada el 18/12/2014 de la Direção Geral de Saúde (DGS). Se estimó el alcohol ingerido en la fiesta en cuatro grupos: 0-10gr; 11-20gr, 21-30gr y ≥ 31 gr. En la variable conocimiento VIH-KQ-18, la categorización se realizó a partir del procedimiento Visual Binning, Equal Percentiles based on Scanned Cases, con 3 puntos de corte (ancho del 25%). Se generaron automáticamente las cuatro categorías, a las que se asignó un orden de conocimiento: a) ≤ 6 (muy bajo), b) 7-8 (bajo), c) 9-14 (moderado) y d) ≥ 15 (alto).

El estudio se realizó como parte de un proyecto académico, el cual obtuvo un dictamen positivo del Comité de Ética, con registro 13009. Las personas que aceptaron participar en el estudio firmaron el Formulario de Consentimiento Libre e Informado, siendo debidamente conocedoras sobre el carácter justificado de la investigación, su finalidad, riesgos y beneficios, trámites a realizar, garantía de secreto y confidencialidad de la información brindada. Los datos fueron recogidos por profesores y estudiantes de la carrera de enfermería, previamente capacitados para ello, según lo determina el proyecto para los colaboradores.



RESULTADOS

Participaron 313 sujetos con edades comprendidas entre 16 y 30 años (M=20.78; DE=2.79). La mayoría eran del sexo femenino (n=178; 56.9%). La muestra se describe en la tabla 1.

Tabla 1 - Características de los sujetos

Variables		n(%)
Género	Hombre	135(43.1)
	Mujer	178(56.9)
Nivel de formación	Estudiante universitario	281(89.8)
	Estudiante de secundaria	32(10.2)
Edad	16-18 años	59(18.8)
	19-21 años	144(46.0)
	22-24 años	79(25.2)
	25-30 años	31(9.9)
Condón disponible	Sí	79(25.2)
	En	234(74.6)
Consumo de alcohol	0-10gr Alcohol	149(47.8)
	11-20gr Alcohol	20(6.4)
	21-30gr Alcohol	31(9.9)
	≥31gr Alcohol	112(35.9)
Conocimiento VIH-KQ-18	≤6(muy bajo)	132(42.2)
	7-8 (bajo)	28(8.9)
	9-14 (moderado)	98(31.3)
	≥15 (alto).	55(17.6)
Total		313(100.0)

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 2 - Respuestas a los ítems de la escala de conocimientos sobre el VIH-KQ-18

Artículo	Inco- rrecto n(%)	Co- rrecto n(%)
1-Toser y estornudar No hay transmisión del VIH	86(27.5)	227(72.5)
2-Se puede contraer el VIH compartiendo un vaso de agua con alguien infectado*.	186(59.4)	127(40.6)
3-Durante las relaciones sexuales, retirar el pene antes de eyacular evita que la mujer se infecte*.	167(53.4)	146(46.6)
4-Una mujer puede contraer el VIH si tiene sexo anal	79(25.2)	234(74.8)
5-Bañarse o lavarse los genitales después de las relaciones sexuales evita que la persona se infecte con el VIH*.	172(55.0)	141(45.0)
6-Todas las mujeres embarazadas infectadas por el VIH tendrán bebés con SIDA*.	179(57.2)	134(42.8)
7-Las personas que se infectaron con el VIH, muestran rápidamente signos graves de infección*	170(54.3)	143(45.7)
8-Existe una vacuna que puede evitar que los adultos contraigan el VIH*.	185(59.1)	128(40.9)
9-Se puede contraer el VIH en un beso íntimo si pone su lengua en la boca de su pareja, ella tiene VIH*.	161(51.4)	152(48.6)
10-Una mujer no puede contraer el VIH si mantiene relaciones sexuales durante su periodo menstrual*.	163(52.1)	150(47.9)
11-Los preservativos femeninos reducen la probabilidad de que las mujeres contraigan el VIH	62(19.8)	251(80.2)
12-Un condón de piel natural funciona mejor contra el VIH que un condón de látex*.	211(67.4)	102(32.6)
13-Las personas no contraen el VIH si están tomando antibióticos	165(52.7)	148(47.3)
14-Tener relaciones sexuales con más de una pareja aumenta las posibilidades de infectarse con el VIH	36(11.5)	277(88.5)
15-Hacerse la prueba del VIH una semana después del contacto sexual brinda información sobre si la persona está infectada o no*.	237(75.7)	76(24.3)
16-Podemos contraer el VIH si nos sentamos en una bañera o piscina, con una persona infectada con el VIH*.	176(56.2)	137(43.8)
17-Podemos infectarnos con el VIH a través del sexo oral	106(33.9)	207(66.1)
18-El uso de vaselina o aceite lubricante en el preservativo reduce la posibilidad de contraer el VIH*.	183(58.5)	130(41.5)

*ítems invertidos

Fuente: Elaboración propia.



En cuanto al conocimiento del HIV-KQ-18, la consistencia interna del instrumento, que con la conversión de la categoría "no se" para puntuación "0=incorrecto" (Carey & Schroder, 2002) revela un coeficiente de .847 mediante la prueba de Kuder-Richardson Formula 20 (KR20). Las frecuencias y porcentajes de los ítems muestran que la mayor parte de los sujetos responden correctamente a cinco ítems 1, 4, 11, 14 y 17 (27.7% las preguntas) e incorrectamente a 18 ítems (72.2% de las cuestiones) (tabla 2).

El nivel de conocimiento a través de HIV-KQ-18 tiene una puntuación media de 9.29 (DE=4.47), que va de 0 a 17 puntos, no existiendo correlación significativa entre esta variable y la edad de los participantes ($p=.754$).

Tras el análisis de datos mediante estadística inferencial, se eligieron pruebas no paramétricas, ya que no se alcanzó la distribución de la variable criterio VIH-KQ-18 ($KS=.191$, $df=.313$, $p<.001$).

Teniendo en cuenta la prueba de Mann-Whitney para dos muestras independientes, no se encontraron diferencias en la puntuación de conocimientos sobre el VIH-KQ-18 entre los participantes masculinos y femeninos ($U=13040.00$, $z=1.30$, $p=.194$). Lo mismo ocurre en los grupos que disponen o no de preservativos ($U=9406.5$, $z=.236$, $p=.813$) y en relación con el nivel de estudios secundarios o universitarios que cursan ($U=4242.50$, $z=-.525$, $p=.599$).

Mediante una prueba de Kruskal-Wallis, se observó que la puntuación de los conocimientos sobre el VIH-KQ-18 no está influida por el grupo de edad al que pertenece el participante ($H3 =3.486$, $n=313$, $p=.323$). Se utilizó el análisis de correspondencia múltiple (ACM) para perfilar los conocimientos de los participantes sobre el VIH en relación con las restantes variables. Se aseguraron supuestos como a) que todas las variables eran nominales y b) que todas las variables tenían al menos tres casos (Field, 2018).

En la primera aproximación se observó el comportamiento de la inercia (valores propios). Al solicitar el análisis del número máximo de dimensiones, destacaron las dos primeras, con valores propios más altos (1.769, 1.243), según la tabla 3.



Tabla 3 - Distribución de los valores propios y de la inercia considerando 9 dimensiones

Resumen del modelo			
Dimensión	Alfa de Cronbach	Desviación contabilizada	
		Total (valor propio)	Inercia
1	,522	1,769	,295
2	,234	1,243	,207
3	,184	1,181	,197
4	,140	1,132	,189
5	,090	1,081	,180
6	,020	1,017	,170
7	-,081	,937	,156
8	-,122	,908	,151
9	-,225	,842	,140
Total		10,110	1,685
Media	,132 ^a	1,123	,187

a. El Alfa de Cronbach medio se basa en el valor propio medio.

Fuente: Elaboración propia

El análisis se continuó con una solución bidimensional. La varianza total fue de .502 y el porcentaje de varianza explicada para la dimensión 1 fue del 58.8%, mientras que para la dimensión 2 fue del 41,2%:

$$\left(\frac{\text{inercia da dimensão 1} = .295}{\text{inercia total} = .502} \right) * 100 = 58.8\%$$

El resultado se comprueba en la tabla 4

Tabla 4 Solución dimensional

Dimen- sión	Varianza contabilizada	
	Total (Valor próprio)	Inercia
1	1,769	,295
2	1,243	,207
Total	3,012	,502
Media	1,506	,251

Fuente: Elaboración propia

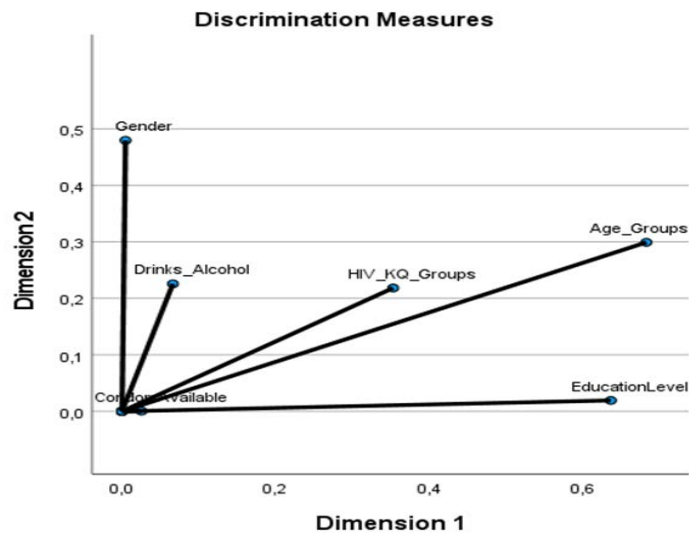
Medidas de discriminación

Las medidas de discriminación mostraron, en la primera dimensión (valor propio de .295), un peso superior a la media en las variables edad (.683 vs M=.491), nivel educativo (.637 vs M=.328) y conocimientos sobre el VIH-KQ-18 (.353 vs M=.286). En la segunda dimensión (valor propio de 0,207), las variables sexo (.480 frente a M=0,242) y consumo de alcohol (.226 vs M=0.146) son poco representativas. En cuanto al factor "disponibilidad de condones", no parece ser relevante en ninguna de las dimensiones (tabla suplementaria 3). En el gráfico de medidas de discriminación es evidente lo cerca que está esta variable del origen (figura 1).



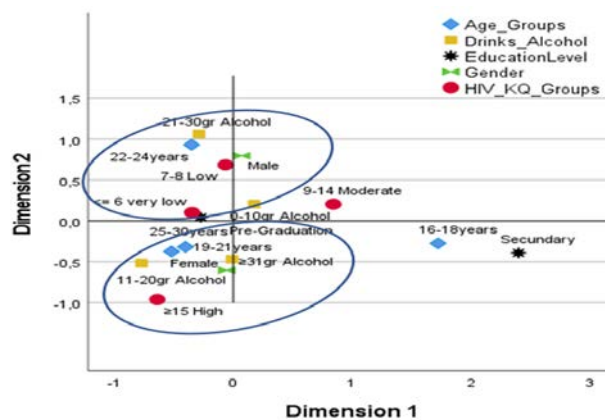
Eliminando del análisis la variable disponibilidad de preservativos, ya que no contribuye a ninguna de las dimensiones, observamos el perfil de los participantes según sus conocimientos sobre el VIH. Así, se revelan dos perfiles. Perfil 1: personas con conocimientos bajos o muy bajos sobre el VIH (7-8 o ≤ 6), con mayor edad (22-24 años), que consumen alcohol en cantidad y que son hombres. En el perfil 2: personas con alto conocimiento sobre el VIH, adultos en dos grupos de edad (19-21 y 25-30 años), estudiantes pregraduados que consumen alcohol en poca cantidad (11-20gr) pero también en gran cantidad (≥ 31 gr) y que son mujeres, según la figura 2.

Figura 1- Medidas discriminantes



Fuente: Elaboración propia

Figura 2 Gráfico conjunto de los puntos de categoría resultantes del análisis múltiple



Fuente: Elaboración propia



DISCUSIÓN

La muestra, con una mayor representación de estudiantes mujeres, sugiere que está de acuerdo con la distribución especificada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) de una mayor proporción de mujeres en la población portuguesa (52.7%). A pesar de ser una muestra de conveniencia, la proporción de mujeres en el grupo de estudio se acerca a la representación de género (53.6%) en la educación superior (Pordata, 2021. Alunos do sexo feminino em % dos matriculados no ensino superior: total e por área de educação e formação Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2021).

Características generales

Teniendo en cuenta la globalidad de los sujetos, sus conocimientos sobre el VIH presentan un nivel insatisfactorio. En un reciente estudio portugués, con una muestra de edades similares, utilizando el mismo instrumento, la media de conocimientos fue superior (Martins et al., 2018). Sin embargo, era similar a los valores encontrados en la misma zona del país en una muestra intergeneracional de estudiantes universitarios y sus padres (Frias et al., 2019). Por lo tanto, puede entenderse como una devaluación de la necesidad de conocer el VIH o una devaluación del riesgo en la población encuestada. De hecho, el documento de la OMS coincide con esta idea, al reconocer que aproximadamente la mitad de las personas que viven con el VIH en Europa son diagnosticadas tardíamente porque están alejadas del tema del VIH-SIDA (ECDC/WHO. HIV/AIDS surveillance in Europe - 2021).

Por otro lado, la escasez o inexistencia de proyectos de prevención dirigidos a la población o a grupos de edad específicos y/o la escasa oferta de pruebas gratuitas, pueden contribuir a la menor concienciación de la población o incluso al descuido de las vías de transmisión. El diagnóstico tardío tiene efectos perniciosos, tanto a nivel individual como comunitario, ya que la mayor o menor demora disminuye la calidad de vida de la persona y pone en riesgo a otras personas con las que se tiene un contacto desprotegido, mostrando un conflicto entre conocimientos, actitudes y comportamientos. De hecho, en este ámbito de la protección contra el VIH, aunque las actitudes puedan coincidir (Andrew et al., 2020), no siempre tienen una asociación positiva con los comportamientos (Choudhary et al., 2015).

Es controvertido que no existen diferencias significativas entre los sexos. Por un lado, transmite la idea de igualdad en los roles sociales y un acceso similar a la información, al contrario de lo que ocurre en los países africanos, América Latina y Asia (Mlambo-Ngcuka, 2020). Por otro lado, es preocupante, ya que si existe una mayor susceptibilidad de las mujeres al VIH, por razones biológicas (Higgins et al., 2010) se esperarían diferencias significativas en el nivel de conocimientos.

También cabría esperar que la edad tuviera cierta influencia en los conocimientos. Siguiendo el programa escolar, serían los más jóvenes los que más recientemente han tenido contacto con la información estructurada y sistematizada sobre el VIH/SIDA, ya que es



contenido de la Educación Sexual en las escuelas portuguesas (régimen de aplicación de la educación sexual en el ámbito escolar: Diário da República nº 151/2009). Por otro lado, las personas mayores, posiblemente más experimentadas en las relaciones, podrían mostrar más conocimiento, debido a la utilidad en la experiencia de su dimensión afectivo-sexual. Quizás los participantes no integraron la necesidad de conocer el VIH/SIDA, como un aspecto útil para sus vidas. Esto sugiere un conflicto entre los conocimientos escolares y la alfabetización sobre el VIH y, por tanto, la imposibilidad de movilizar los conocimientos para la promoción de su salud. En ausencia de una conversión de conocimientos, el potencial para promover las competencias de comportamiento y las prácticas de autogestión de la salud se ve socavado (Perrazzo et al., 2017). Teniendo en cuenta que la mayoría de la muestra eran estudiantes universitarios, cabría esperar una asociación entre un mayor conocimiento y la disponibilidad de preservativos. Esta expectativa se debe también al hecho de que existe un proyecto local de prevención del VIH-SIDA, que desarrolla actividades en el Campus y otras más recientes, orientadas a la educación sexual. Esto coincide con otros estudios, donde se reconoce el bajo interés de los estudiantes, siendo necesarias actividades continuas y recurrentes para mantener los conocimientos aliados a la iniciativa de protegerse con preservativos. En realidad, replicando la esencia de la Teoría de la Acción Racional, la mayor oferta, la mayor frecuencia de actividades de prevención para la salud y la susceptibilidad percibida sugieren que son la clave de un comportamiento más vinculado a la salud (López-Díaz et al., 2020).

Perfil de los participantes en cuanto al conocimiento del VIH-SIDA y los factores asociados

En este estudio, a través de ACM, se encontraron dos perfiles de conocimiento sobre el VIH/SIDA. En el perfil 1, el mayor conocimiento sobre el VIH-SIDA se enmarca en los sujetos que asisten a la universidad, quizás en los primeros años de su carrera, ya que tienen entre 19-21 años, que son mujeres y que en cuanto al consumo de alcohol, se presentan como consumidores tanto moderados como extremadamente altos. El consumo de alcohol en fiestas populares es una conducta frecuente en los universitarios y mientras algunas chicas lo hacen de forma moderada, otras se exceden (Bersamin et al., 2012). Este consumo puede tener efectos a corto y largo plazo. A corto plazo, porque la desinhibición conduce a un comportamiento impulsivo, que está bajo el control del sistema límbico, reduciendo la capacidad crítica (Begdache et al., 2020). A largo plazo, porque se reconoce que existe una asociación entre el consumo excesivo de alcohol y el bajo rendimiento académico, dados los cambios moleculares y neuroconductuales que afectan a la cognición (Begdache et al., 2020). Hay que tener en cuenta que las chicas tardan más en metabolizar el alcohol porque su producción hepática de alcohol deshidrogenasa (ADH) es menor, de ahí que los efectos sean más duraderos con una cantidad similar. (White, 2020). Además, en este perfil (19-21 años), los excesos quizá se deban al desconocimiento de la susceptibilidad al sufrimiento mental, ya que la maduración de la corteza prefrontal sólo se produce en torno a los 20 años (Somerville, 2016). Desde otra perspectiva, podemos suponer que las chicas pueden estar imitando patrones de comportamiento socialmente connotados como masculinos, más valorados en los grupos de jóvenes, concretamente en la fase inicial de sus estudios universitarios.



En ACM, el perfil que presenta con la educación de pregrado, está en concordancia con otros estudios, donde se revela que las chicas recién graduadas y de pregrado en la educación superior tienen un 80% más de propensión al consumo compulsivo de alcohol en forma mensual. Las borracheras facilitan los contactos sexuales ocasionales sin protección (White, 2020) que pueden no ser percibidos como riesgosos. El informe europeo transmite claramente una imagen de los jóvenes cercana a ésta, recordando que la infección por VIH/SIDA puede permanecer sin síntomas durante años, revelándose más tarde el efecto de la falta de conocimiento (Tavoschi et al., 2017). Tal vez podamos suponer que, en este perfil, a pesar de la mayor puntuación en el HIV-KQ-18, otros factores pueden disminuir la protección potencial que el conocimiento podría ofrecer.

En el perfil 2, el conocimiento bajo o muy bajo se enmarca en sujetos de mayor edad que en el perfil anterior, consumidores de grande cantidad alcohol, pero no extremos y varones. En general, los resultados coinciden con los estudios que muestran un menor consumo de alcohol a medida que los hombres avanzan en edad (White, 2020). El grupo de edad (22-24 años) en este perfil, es sugestivo de estar terminando la educación de grado o comenzando la educación de postgrado (República Portuguesa. Comunicado XXII Governo). Por otro lado, el contexto de edad y el nivel de consumo de alcohol sugieren un marco afectivo-sexual que abandona el preservativo en favor de otro tipo de anticoncepción. Si en una relación a largo plazo, el preservativo se entiende como un método inadecuado, en favor de la anticoncepción estrógeno-progestativa, hay que recordar que la infección por VIH/SIDA puede permanecer asintomática (Tavoschi et al., 2017). El desconocimiento no sólo se refiere a la protección personal, sino también a los malentendidos y a las actitudes intolerantes hacia las personas infectadas (Andrew et al., 2020). Aunque los resultados del presente estudio son similares a los de otras encuestas, en las que la mayoría de las personas conocen el agente causante, las medidas preventivas, pero no las utilizan (Sannathimmappa & Nambiar, 2019) la juventud local podría ganar participando en programas/proyectos de VIH/SIDA en la comunidad académica.

Portugal está entre los 10 países con más casos de transmisión heterosexual, contradiciendo el optimismo de haber alcanzado los tres objetivos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), cumpliendo la meta 90/90/90. De hecho, la pandemia del VIH sigue creciendo y, por tanto, el conocimiento y la prevención no deben debilitarse (Pandey & Galvani, 2019).

CONCLUSIONES

Este grupo se encuentra fuertemente representado por estudiantes universitarios, personas en progreso en la educación superior, se esperaría un mayor conocimiento sobre el VIH/SIDA. Las contradicciones encontradas en otros estudios con estudiantes universitarios se reflejan en el presente estudio.

Los perfiles sugieren que el alto nivel de conocimiento sobre el VIH-SIDA entre las chicas, con los factores asociados de la no disponibilidad de preservativos, el consumo de



alcohol y la temprana etapa de educación superior, puede no garantizar comportamientos más seguros.

La pandemia del VIH no está en vías de extinción. Pero el discurso sobre el aumento de la longevidad de los infectados puede conducir a una peligrosa complacencia respecto a los riesgos de la infección, devaluando finalmente el conocimiento del VIH/SIDA. Esto debilita la decisión personal de defenderse y preservar la salud. Conocimiento

sobre el VIH-SIDA parece no tener en cuenta el consumo excesivo de alcohol y la disponibilidad de preservativos. Conociendo las vías de contagio del VIH, el uso del preservativo es quizás el método indicado, si consideramos la fase experimental de las relaciones sexuales afectivas, de las monogamias secuenciales, la ocurrencia de múltiples parejas o los encuentros casuales. Dado que este grupo está fuertemente representado por los estudiantes universitarios, existe la posibilidad de un mayor conocimiento sobre el VIH/SIDA.

Implicaciones prácticas para las políticas de salud y educación

La necesidad de poner en marcha programas de educación y formación sobre el VIH y el SIDA a intervalos regulares para los estudiantes de secundaria y universitarios es transversal para reducir las lagunas de conocimiento, mejorar las actitudes y las prácticas preventivas (Andrew et al., 2020; Obarisiagbon et al., 2019). Dados los resultados obtenidos en este estudio, es importante conocer los perfiles para ajustar las intervenciones y adaptarlas a cada grupo. Los resultados sugieren que es necesario reactivar los conocimientos sobre el VIH/SIDA, ya que otros factores del entorno disminuyen la autoprotección que pueden ofrecer los conocimientos. Una vez pasada la crisis de homofobia que surgió en la época de la pandemia del VIH/SIDA, es urgente que la educación sexual forme parte de los programas escolares y se asimile el tema, reforzando la alfabetización, para que ante las primeras experiencias, todos puedan actuar de forma más responsable y saludable.

Limitaciones

La muestra de conveniencia utilizada es un obstáculo para la generalización de los resultados, ya que se trata de una muestra de calle, lo que dificulta el cumplimiento de las condiciones de otro tipo de muestreo.

La edad mínima para la invitación a participar, a partir de los 16 años, coincide con la edad de elección de la carrera profesional, quizás el motivo de la visita al pabellón universitario. Si, por un lado, en Portugal son menores de edad, por otro lado, en ese país es en la franja de edad de 14 a 16 años cuando se considera que los jóvenes son competentes para estar



de acuerdo/desacuerdo con los actos sexuales, es decir, para dar su consentimiento. Por lo tanto, será útil estar informado sobre el VIH/SIDA.

BIBLIOGRAFÍA

Almeida, L., & Freire, T. (2017). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Psiquilíbrios Edições.

Andrew, P., Bhuiyan, A., Sung, J., Mawson, A., & Shahbazi, M. (2020). Association between HIV/AIDS Knowledge and Attitudes among African American. *Asian Journal of Research in Infectious Diseases*, 3(2), 29-40.

Begdache, L., Kianmehr, H., Sabounchi, N., Marszalek, A., & Dolma, N. (2020). Common and differential associations between levels of alcohol drinking, gender-specific neurobehaviors and mental distress in college students. *Trends Neurosci Educ*, 19, 100129. <https://doi.org/10.1016/j.tine.2020.100129>

Bersamin, M. M., Paschall, M. J., Saltz, R. F., & Zamboanga, B. L. (2012). Young adults and casual sex: the relevance of college drinking settings. *J Sex Res*, 49(2-3), 274-281. <https://doi.org/10.1080/00224499.2010.548012>

Carey, M. P., & Schroder, K. E. (2002). Development and psychometric evaluation of the brief HIV Knowledge Questionnaire. *AIDS education and prevention : official publication of the International Society for AIDS Education*, 14(2), 172-182.

Choudhary, H., Ali, R., & Altaf, S. (2015). Knowledge, Behaviour and Attitudes regarding HIV/AIDS among Undergraduate Students in an Irish University. *Int J Surg Med*, 1(2), 58-66.

Frias, A., Guerrero-Martin, J., Sim-Sim, M., Barros, M., & M., C. (2019). Knowledge of HIV/AIDS. An intergenerational perspective. In C. Fonseca, M. Lopes, D. Mendes, F. Mendes, & J. García-Alonso (Eds.), *Handbook of Research on Health Systems and Organizations for an Aging Society* (pp. 176-184). IGI. Global: editorial Discovery. <https://doi.org/10.4018/978-1-5225-9818-3.ch013>

Higgins, J. A., Hoffman, S., & Dworkin, S. L. (2010). Rethinking gender, heterosexual men, and women's vulnerability to HIV/AIDS. *American journal of public health*, 100(3), 435-445. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.159723>

Jaspal, R., Lopes, B., Jamal, Z., Yap, C., Paccoud, I., & Sekhon, P. (2019). HIV knowledge, sexual health and sexual behaviour among Black and minority ethnic men who have sex with men in the UK: a cross-sectional study. *Sex Health*, 16(1), 25-31. <https://doi.org/10.1071/sh18032>

Jones, J., Sullivan, P. S., & Curran, J. W. (2019). Progress in the HIV epidemic: Identifying goals and measuring success. *PLoS Med*, 16(1), e1002729. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002729>

López-Díaz, G., Rodríguez-Fernández, A., Domínguez-Martís, E. M., Mosteiro-Miguéns, D. G., López-Ares, D., & Novío, S. (2020). Knowledge, Attitudes, and Intentions towards HIV Pre-Exposure Prophylaxis among Nursing Students in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19). <https://doi.org/10.3390/ijerph17197151>

Martins, A., Chaves, C., Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2018). Que fatores psicossociais se associam à realização do teste ao VIH? *Psicologia, Saúde & Doenças*, 19, 3-10.

Mecugni, D., Gradellini, C., Caldeira, E., Aaberg, V., Dias, H., Gómez-Cantarino, S., . . . Sim-Sim, M. (2021). Sexual Competence in Higher Education: Global Perspective in a Multicentric Project in the Nursing Degree. *Healthcare (Basel)*, 9(2). <https://doi.org/10.3390/healthcare9020166>



- Mendes-Bastos, P., Brasileiro, A., Matos-Pires, E., Rodrigues, I., Marques, C., Coelho-Macias, V., & Fernandes, C. (2016). De novo HIV infection diagnoses in a Department of Dermatology and Venereology in Lisbon, Portugal. *International Journal of STD & AIDS*, 28(9), 887-892. <https://doi.org/10.1177/0956462416679279>
- Mlambo-Ngcuka, P. (2020). *Gender Inequality and HIV*. UN Women. Retrieved 25th August from <https://www.avert.org/professionals/social-issues/gender-inequality>
- Obarisiagbon, O., Ofili, A., Isara, A., & Ighedosa, S. (2019). knowledge, Attitude, Practice and associated factors of HIV/AIDS among adolescents in Ora Community, Edo State. *Anal of Health Research*, 5(1), 51-64.
- Ouzouni, C., & Nakakis, K. (2012). HIV/AIDS knowledge, attitudes and behaviours of student nurses. *Health Science Journal*, 6.
- Pandey, A., & Galvani, A. P. (2019). The global burden of HIV and prospects for control. *The Lancet HIV*, 6(12), e809-e811. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(19\)30230-9](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(19)30230-9)
- Perazzo, J., Reyes, D., & Webel, A. (2017). A Systematic Review of Health Literacy Interventions for People Living with HIV. *AIDS and behavior*, 21(3), 812-821. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1329-6>
- Prakash, J. R., Krittika, B., Nath, R. M., & Akash, M. (2018). Incidence, prevalence and mortality of HIV/AIDS across different levels of human development index: a global perspective. *Indian J Public Health Res Dev*, 9(12), 28-33.
- Sannathimmappa, M., & Nambiar, V. (2019). HIV/AIDS and its Prevention: a cross-sectional study to evaluate knowledge, Awareness, and attitude among medical students. *Health Sciences*, 8(8), 110-106.
- Somerville, L. H. (2016). Searching for Signatures of Brain Maturity: What Are We Searching For? *Neuron*, 92(6), 1164-1167. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2016.10.059>
- Suresh, K., & Chandrashekhara, S. (2012). Sample size estimation and power analysis for clinical research studies. *Journal of human reproductive sciences*, 5(1), 7-13. <https://doi.org/10.4103/0974-1208.97779>
- Taquette, S. R., & Souza, L. M. B. d. M. (2019). HIV-AIDS prevention in the conception of HIV-positive young people. *Revista de saude publica*, 53, 80. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001174>
- Tavoschi, L., Gomes Dias, J., Pharris, A., Schmid, D., Sasse, A., Van Beckhoven, D., . . . Delpech, V. (2017). New HIV diagnoses among adults aged 50 years or older in 31 European countries, 2004–15: an analysis of surveillance data. *The Lancet HIV*, 4(11), e514-e521. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(17\)30155-8](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(17)30155-8)
- Wang, H., Wolock, T. M., Carter, A., Nguyen, G., Kyu, H. H., Gakidou, E., . . . Murray, C. J. L. (2016). Estimates of global, regional, and national incidence, prevalence, and mortality of HIV, 1980–2015: the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet HIV*, 3(8), e361-e387. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(16\)30087-X](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(16)30087-X)
- White, A. M. (2020). Gender Differences in the Epidemiology of Alcohol Use and Related Harms in the United States. *Alcohol research : current reviews*, 40(2), 01-01. <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.2.01>



TEORÍA Y MÉTODO

Intervenciones educativas para la planificación anticipada de cuidados en la adherencia a las voluntades anticipadas: revisión integradora

Educational interventions for advance care planning in adherence to advance directives of will: integrative review

Intervenções educativas de planejamento antecipado de cuidados na adesão às diretivas antecipadas de vontade: revisão integrativa

Marcela Tavares de Souza^{1*}; Cleber Affonso Angeluci²; Juliana Dias Reis Pessalacia³

¹Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), aluno de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem do Campus de Três Lagoas. Três Lagoas-MS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-6647-3711>; Correo electrónico: marcela.tavares@ufms.br.

²Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Doutor em Educação pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), professor Adjunto da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).Três Lagoas-MS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-3683-2023>; Correo electrónico: patobranco11@hotmail.com

³Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP), professora Associada II da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).Três Lagoas-MS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0468-2283>; Correo electrónico: juliana@pessalacia.com.br

Cómo citar este artículo: De Souza, M. T., Angeluci, C. A.. & Pessalacia, J. D. R. (2023). Intervenciones educativas para la planificación anticipada de cuidados en la adherencia a las voluntades anticipadas: revisión integradora. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(65). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.65.18>

Received: 10/11/2022
Accepted: 18/01/2023.



Copyright: © 2023. Remitido por los autores para publicación en acceso abierto bajo los términos y condiciones de Creative Commons Attribution (CC/BY) license.

***Correspondencia:** Rua Benedito Rodrigues Matos, 230, Alípio
CEP: 16920-000-Castilho- SP, Brasil. Correo electrónico: marcela.tavares@ufms.br

Abstract: The Advance Care Planning (ACP) is an approach that allows the individual to define goals and preferences regarding future treatments and health care, in the face of serious illnesses. Objective: To summarize the literature on ACP educational interventions to support adherence to Advance Directives (AD) in Palliative Care (PC). Methods: Integrative literature review carried out in MEDLINE, Web of Science, CINAHL and Cochrane Library databases, from 2016 to 2020; in Portuguese, English and Spanish. Results: Twelve articles were selected, which used different strategies for educational interventions. From the analysis of the data obtained, three categories emerged: importance of the family approach in the adherence to AD; professional-patient communication in the adherence to AD; in-hospital and out-of-hospital context of the ACP. Conclusion: it is recommended that ACP educational interventions use an early approach to patients diagnosed with chronic diseases, that they are centered on the patient-family unit and that they make use of effective and open communication. Thus, knowledge about these interventions will help nurses to develop effective bonding and communication strategies in approaching palliative care patients and their families.

Keywords: Advance care planning; palliative care; advance directive adherence; living wills; hospice care.

Resumen: La Planificación Anticipada de Cuidados (PAC) es un enfoque que permite al individuo definir metas y preferencias con respecto a futuros tratamientos y cuidados de salud, frente a enfermedades graves. Objetivo: Resumir la literatura sobre las intervenciones educativas de la ACP para apoyar la adherencia a las Directivas Anticipadas (DA) en Cuidados Paliativos (CP). Métodos:



Revisión integrativa de la literatura realizada en las bases de datos MEDLINE, Web of Science, CINAHL y Cochrane Library, de 2016 a 2020; en portugués, inglés y español. Resultados: Se seleccionaron 12 artículos, que utilizaron diferentes estrategias de intervención educativa. Del análisis de los datos obtenidos surgieron tres categorías: importancia del abordaje familiar en la adherencia a la DA; comunicación profesional-paciente en la adherencia a las DA; contexto intrahospitalario y extrahospitalario de la PAC. Conclusión: se recomienda que las intervenciones educativas de la PAC utilicen un abordaje temprano de los pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas, que estén centradas en la unidad paciente-familia y que hagan uso de una comunicación efectiva y abierta. Por lo tanto, el conocimiento sobre estas intervenciones ayudará a las enfermeras a desarrollar estrategias efectivas de vinculación y comunicación en el abordaje de los pacientes de cuidados paliativos y sus familias.

Palavras-clave: Planificación Anticipada de Atención; cuidados paliativos; adhesión a las Directivas Anticipadas; voluntad en vida; cuidados paliativos al final de la vida.

Resumo: Introdução: O Planejamento Antecipado de Cuidados (ACP) é uma abordagem que permite ao indivíduo definir objetivos e preferências quanto a futuros tratamentos e cuidados em saúde, mediante a doenças graves. Objetivo: Sumarizar a literatura sobre intervenções educativas ACP para apoiar a adesão às Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) em Cuidados Paliativos (CP). Métodos: Revisão integrativa de literatura realizada nas bases MEDLINE, Web of Science, CINAHL e Biblioteca Cochrane, no espaço temporal de 2016 a 2020; nos idiomas português, inglês e espanhol. Resultados: Foram selecionados 12 artigos, que se utilizaram de diferentes estratégias para as intervenções educativas. A partir da análise dos dados obtidos, emergiram três categorias: importância

da abordagem familiar na adesão à DAV; comunicação profissional-paciente na adesão à DAV; contexto hospitalar e extra-hospitalar do ACP. Conclusão: recomenda-se que as intervenções educativas de ACP utilizem-se da abordagem precoce em pacientes diagnosticados com doenças crônicas, que sejam centralizadas na unidade paciente-familiar e que façam uso de comunicação efetiva e aberta. Dessa forma, o conhecimento acerca destas intervenções auxiliará o enfermeiro no desenvolvimento de estratégias de vinculação e comunicação efetivas na abordagem a pacientes em cuidados paliativos e seus familiares.

Palavras-chave: Planejamento antecipado de cuidados; cuidados paliativos; adesão a diretivas antecipadas; testamentos quanto à vida; cuidados paliativos na terminalidade da vida.

INTRODUCCIÓN

O Planejamento Antecipado de Cuidados (ACP) é uma abordagem que permite aos indivíduos com capacidade de decisão preservada, identificar seus desejos e valores, refletir sobre o seu significado e suas consequências, definindo objetivos e preferências quanto ao seu futuro tratamento e cuidados em saúde diante de doenças graves, discutindo com sua família e cuidadores sobre estas questões. O ACP encoraja a pessoa a registrar por escrito estas decisões, a fim de que elas sejam levadas em conta, caso ela não seja capaz de expressá-las no futuro (Rietjens et al., 2017).

Recomendações relacionadas aos elementos do ACP expressas em um consenso europeu, abordam a importância do entendimento do indivíduo sobre o tema, sua adaptação, aceitação do processo, valores e objetivos relacionados aos cuidados futuros. Adicionalmente, envolve a discussão sobre a confecção de uma Diretiva Antecipada de Vontade (DAV), que é um instrumento através do qual o paciente direciona e delimita (por escrito)



a ação dos profissionais de saúde, assim como os procedimentos que gostaria ou não de se submeter em situações críticas de saúde (Rietjens et al., 2017).

Quanto à DAV é importante esclarecer que existem dois modelos: Mandato Dura-douro (MD) e Testamento Vital (TV). No MD o paciente indica um procurador de saúde, uma pessoa próxima ou familiar que ficará responsável pelas decisões relacionadas à saúde do indivíduo, se o paciente se encontrar impossibilitado de expressar suas escolhas; ou esta pessoa escolhida pode agir como representante que zelará para que as vontades do paciente sejam respeitadas, quando ele estiver permanente ou temporariamente impossibilitado de fazê-lo. Em contrapartida, TV é um documento onde o paciente registra suas escolhas relacionadas à saúde, como tratamentos e intervenções que gostaria ou não de ser submetido, valores, preferências e objetivo dos cuidados. (Monteiro & Silva Junior, 2019).

O indivíduo pode anuir ao ACP em qualquer momento da vida, mas o momento mais propício à aplicação desta ferramenta é aquele em que as suas condições de saúde se encontram mais deterioradas em função de doenças degenerativas ou devido à idade avançada, por exemplo, por isso, esta abordagem é comumente aplicada a pacientes em Cuidados Paliativos (CP). De acordo com a International Association for Hospice & Palliative Care (IAHPC), esta categoria de cuidados é caracterizada como integral e envolve os aspectos físicos, psíquicos, sociais e espirituais, a fim de aprimorar a qualidade de vida de pacientes e suas famílias (IAHPC, 2018).

Estudo de revisão sistemática (Houben et al., 2014), demonstra que as intervenções educativas ACP, voltadas a DAV, além de aumentar a adesão à confecção desta última, elevam e aprimoram as discussões de fim de vida entre pacientes e profissionais e promovem a concordância entre as preferências relacionadas ao tema e o recebimento de CP (Houben et al, 2014). Quando tratamos de intervenção educativa, neste contexto, ela deve decorrer da implementação de ações, por parte dos profissionais de saúde, que considerem as vivências do indivíduo em sua aplicação e que ao mesmo tempo incentivem-no a participar ativamente, adotando abordagens que utilizam um modelo dialógico de educação à saúde, problematizando, enquanto constrói conhecimentos, mas dando espaço para a autonomia do paciente (Imazu et al., 2015).

Um estudo de revisão sistemática de metanálise (Houben et al., 2014) identificou que pacientes que participam de grupos de intervenções de ACP completaram a DAV mais frequentemente que o grupo controle; receberam cuidados em concordância com suas vontades, mais vezes; foram menos propensos a morrer em hospitais e que tiveram mais discussões sobre fim de vida com profissionais, do que o outro grupo.

Entretanto, devido à diversidade de intervenções voltadas para o aumento de adesão às DAVs, tornam-se relevantes estudos de revisão integrativa que explorem as diferentes estratégias educativas e comportamentais utilizadas. Portanto, embasados na Prática Baseada em Evidências (PBE), este estudo visou buscar na literatura estratégias de



intervenção em ACP voltadas às DAVs, ou seja, intervenções que almejam a adesão a este instrumento pelos pacientes em CP. Desse modo, os profissionais de saúde, principalmente enfermeiros e médicos, poderão apropriar-se das evidências aqui levantadas e aplicá-las aos seus pacientes, à sua prática a fim de que eles tenham conhecimento acerca do assunto, discutam sobre ele e o conduzam à adesão às DAVs.

MÉTODOS

Trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura (RIL), realizada entre abril e junho de 2021, que contempla a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais propiciando uma compreensão integral do fenômeno analisado. Devido à possibilidade de geração de uma ampla amostra, permite uma perspectiva sólida e acessível de conceitos complexos, teorias e problemas relevantes para área (Souza et al., 2010).

Para a construção do estudo, utilizamos os seis passos necessários para este propósito, sendo eles: elaboração da pergunta norteadora; busca ou amostragem na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos incluídos; discussão e a apresentação da revisão integrativa (Souza et al., 2010)

A pergunta norteadora do estudo foi elaborada de acordo com a estratégia PICO que representa um acrônimo para Paciente, Intervenção, Comparação e Outcome (desfecho). Por vezes, um quinto elemento pode ser acrescentando à pergunta, que seria o tipo de estudo, incluindo no anagrama a letra S, do inglês study type (Galvão & Pereira, 2014). Neste estudo, nosso “P” serão os pacientes em CP; o “I”, intervenções ACP para apoiar a adesão às DAVs; o “C”, sem comparação; o “O”, registro ou verbalização de DAVs; e por fim, o “S”, estudos que contemplem intervenções educativas, com delineamentos experimentais ou quase experimentais (Quadro 1). Sendo a questão: “Quais são as intervenções educativas para apoiar a adesão às DAVs em pacientes em cuidados paliativos?” O quadro abaixo apresenta o acrônimo e os descritores utilizados:

Quadro 1. Estratégia PICO

Acrônimo	Objeto de pesquisa	Descritores
P (problema ou paciente)	pacientes em CP	<i>“palliative care”</i> <i>“hospice care”</i> <i>“terminal care”</i>
I (intervenção ou fenômeno de interesse)	intervenções ACP	<i>“advance care planning” (MESH)</i>
C (comparação)	Não foram usados termos de comparação	
O (resultados/contexto)	registro ou verbalização de DAVs	<i>“living wills” (MESH)</i> e <i>“advance directive adherence” (MESH)</i>
S (Study Type)	estudos de intervenção educativa	<i>“non-randomized controlled trials as topic” (MESH)</i> <i>“randomized controlled trial” (MESH)</i>

Fonte: Elaboração própria.



Para a próxima etapa da revisão, a busca ou amostragem na literatura, utilizamos as bases de dados: Medical Literature On-Line (MEDLINE), Biblioteca Cochrane, Web of Science (WoS) e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), utilizando os descritores DeCs e MeSH :“palliative care”, “hospice care”, “terminal care”, “living wills”, “advance care planning”, “advance directive adherence”, “randomized clinical trial” e “Non-Randomized Controlled Trials as Topic”, conforme explicita o Quadro 1.

Os critérios de inclusão estabelecidos para este estudo, foram artigos em língua portuguesa, inglesa e espanhola; publicados entre 2016 e 2020; estudos com delineamento experimental ou quase-experimental e que aplicassem uma intervenção educativa do tipo ACP relacionada ao apoio a adesão às DAVs em CP. Em contrapartida, os critérios de exclusão foram aplicados a estudos que não apresentaram intervenção ou que esta não fosse relacionada a processo educativo; artigos que não tinham como objetivo adesão à DAV; e os que não fossem voltados a pacientes em CP.

Foram obtidos, inicialmente, 161 artigos, sendo 71, na base MEDLINE; 45 na Biblioteca COCHRANE; 25, na WoS; e 20 na CINAHL. Dos artigos 60 deles encontravam-se repetidos entre as bases de dados, restando 101. Desses, prosseguiu-se a leitura dos resumos, onde os que não apresentavam resumo na base foram buscados na íntegra para leitura e classificação, e aplicados os critérios de inclusão e exclusão, após o procedimento, restaram 46 artigos. Desta seleção, foram analisados os artigos completos, onde 34 foram excluídos por não contemplarem todos os elementos estabelecidos nos critérios de inclusão. Sendo a amostragem final composta de 12 artigos, sendo: 6 da base de dados MEDLINE; 3 da WoS; 1 da CINAHL e 2 da Biblioteca COCHRANE. Conforme demonstra Figura 1 (Paige et al., 2020).

Na etapa de coleta dados realizou-se a extração e sintetização dos dados provenientes dos estudos selecionados que constituíram a amostra definida na fase anterior. Utilizando um instrumento validado que contava com os seguintes itens: tamanho da amostra, definição dos sujeitos; os métodos utilizados tanto para condução do estudo, quanto para análise dos resultados, entre outros. Esta coleta permitiu aos pesquisadores determinarem as evidências relevantes nos estudos e a diferenciação entre eles (Ursi, 2005).

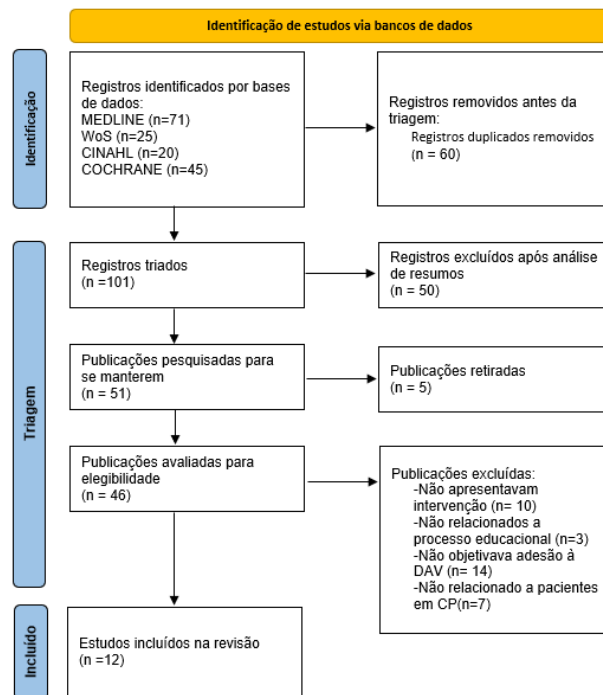
A fim de classificar o nível de evidência dos artigos selecionados, considerou-se a definição do tipo de estudo, conforme descrito pelos autores das pesquisas inclusas. Foram empregados conceitos de Galvão (2006) que preconizam a seguinte hierarquia de evidências: nível 1, metanálise de múltiplos estudos controlados; nível 2, estudo individual com delineamento experimental; nível 3, estudo com delineamento quase-experimental como estudo sem randomização com grupo único pré e pós-teste, séries temporais ou caso-controle; nível 4, estudo com delineamento não-experimental como pesquisa descritiva correlacional e qualitativa ou estudos de caso; nível 5, relatório de casos ou dado obtido de forma sistemática, de qualidade verificável ou dados de avaliação de programas; nível 6, opinião de autoridades respeitáveis baseada na competência clínica ou



opinião de comitês de especialistas, incluindo interpretações de informações não baseadas em pesquisas. Os dados levantados foram explicitados, expondo suas características e síntese no Quadro 2.

O tratamento dos dados coletados foi alcançado por etapas, procedeu-se, primeiramente, a uma leitura flutuante de todo o material transcrito, seguida de uma pré-análise. Posteriormente, foi realizado o recorte, a agregação e a enumeração dos dados, permitindo esclarecer os indícios de categorias (Bardin, 2011). Após a análise dos artigos selecionados, emergiram as seguintes categorias temáticas: categoria 1- Importância da abordagem familiar na adesão a DAV; 2- Comunicação profissional-paciente na adesão à DAV; 3-Contexto hospitalar e extra-hospitalar da ACP (Quadro 3).

Figura 1. Fluxograma PRISMA de artigos para amostragem, 2021.



Fonte: The PRISMA statement



Quadro 2. Características dos dados

Cultura de los Cuidados. 1º Cuatrimestre 2023. Año XXVII. nº 65

Nº	Título	Autores	Ano de publicação	País	Intervenções	Resultados
1	A randomised controlled trial of an advance care planning intervention for patients with incurable cancer	JOHNSON, S. B <i>et al.</i>	2018	AUSTRALIA	Foram realizadas reuniões do facilitador com o paciente e um familiar indicado, onde foram abordados sobre suas escolhas acerca do tratamento, cuidados, valores. Essas reuniões ocorreram num espaço de 2 semanas, e após redigido a DAV e revisada junto ao oncologista responsável pelo paciente.	Prevalência de documentação das DAV, tipo TV no prontuário de 74% para os grupos de intervenção contra 6% para o grupo controle.
2	A video-supported nurse-led advance care planning on end-of-life decision-making among frail older patients: Protocol for a randomized controlled trial	LEUNG, D. Y. P. <i>et al.</i>	2018	CHINA	Serão formados binômios paciente-familiar (ou cuidador eleito pelo paciente), que receberão uma visita domiciliar do facilitador que exibirá um vídeo abordando: CPR, ventilação mecânica, alimentação por sonda e tratamento IV. E em uma abordagem centrada no paciente, o facilitador discutirá com o binômio: o entendimento de sua doença, valores e preferências de cuidados e introduzirá a ideia da DAV.	Elaboração de protocolo de estudo clínico randomizado objetiva que seus resultados promovam o registro de DAV não definida quanto ao tipo em idosos frágeis.
3	Advance care planning in patients with advanced cancer: A 6-country, cluster randomised clinical trial	KORFAGE, I. J. <i>et al.</i>	2020	BELGICA, DINAMARCA, ITALIA, HOLANDA, ESLOVENIA E REINO UNIDO	A intervenção adotada consiste em uma conversa estruturada guiada por um facilitador ao paciente e familiar, abordando o entendimento da doença, reflexão sobre objetivos, valores e crenças; e discussão sobre suas preferências de tratamentos e cuidados futuros. E em um segundo momento, foi oferecido durante ou depois da conversa um formulário que versava em seções abertas sobre viver bem, medos, crenças e esperanças; e questões estruturadas sobre preferências de CPR, objetivos futuros e local para cuidados finais.	37% dos pacientes do grupo de intervenção concluíram a DAV, tipo TV para anexação em prontuário.
4	Comparison of Web-Based and Paper Advance Directives: A Pilot Randomized Clinical Trial	ROLNICK, J. A. <i>et al.</i>	2020	ESTADOS UNIDOS (EUA)	O grupo de intervenção foi conduzido a um web site que contém módulos sobre preferências, valores e objetivos de fim de vida. Cada módulo tem uma explicação para o adequado preenchimento. E o grupo controle foi orientado a preencher uma DAV por escrito de fácil entendimento.	16% do grupo de intervenção concluiu a DAV, tipo TV para anexação em prontuário eletrônico. A taxa de comparação entre a intervenção e o grupo controle não foi estatisticamente significativa.
5	Effects of a nurse-led post-discharge advance care planning programme for community-dwelling patients nearing the end of life and their family.	CHAN, Helen Yue-Lai <i>et al.</i>	2018	CHINA	Foi aplicada uma intervenção que usa uma abordagem narrativa, que envolve três aspectos: Minhas histórias, minhas opiniões e meus desejos, que adota uma abordagem centrada no paciente. Este programa é desenvolvido por meio de encontros entre o facilitador e o binômio paciente-familiar, de modo a promover as discussões e decisões de fim de vida.	Depois de 6 meses, a conclusão de DAV, tipo TV no prontuário médico eletrônico no grupo de intervenção foi significativamente mais alto, que o grupo controle – 16,5% vs 1,7%
6	Effects of Brief Nurse Advance Care Planning Intervention with Visual Materials on Goal-of-Care Preference of Japanese Elderly Patients with Chronic Disease: A Pilot Randomized-Controlled Trial	KIZAWA, Y. <i>et al.</i>	2020	JAPAO	A intervenção foi uma conversa individual, onde foram explanadas pelo profissional de saúde assuntos relacionados a objetivos de cuidado, ressuscitação cardiopulmonar, uso de ventilador mecânico e limitações de cuidado. No grupo controle só foi utilizada como ferramenta o diálogo; no grupo de intervenção além disso uma apresentação de powerpoint com fotos das situações abordadas.	Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos controle e intervenção sobre os pontos mensurados, que foram: documentação dos objetivos de cuidados, preferências acerca do RCP, designação de representante para as decisões de fim de vida. Ou seja, DAV não definida quanto ao tipo em prontuário.
7	Efficacy of a Decision Aid Consisting of a Video and Booklet on Advance Care Planning for Advanced Cancer Patients: Randomized Controlled Trial	YUN, Y. H. <i>et al.</i>	2019	COREIA DO SUL	Foram realizadas duas visitas onde na primeira o grupo controle assistiu um vídeo sobre ACP e recebeu um livreto para leitura sobre o mesmo assunto e o grupo controle recebeu um livro sobre controle da dor, no contexto do câncer. Não houve interação <i>face-to-face</i> . A outra foi para aplicação de questionário.	Depois de 7 semanas, apenas 7 pessoas do grupo intervenção e 5 do grupo controle, comunicaram conclusão de DAV, mas sem especificar o tipo.



8	Empowering Older Adults to Discuss Advance Care Planning During Clinical Visits: The PREPARE Randomized Trial	FREYTAG, J. <i>et al.</i>	2020	EUA	A intervenção consistiu em fazer com que os pacientes acessassem o programa <i>PREPARE for your care</i> , que é um programa online destinado a empoderar as pessoas a iniciarem discussões acerca do ACP. Para esse fim apresenta conteúdo interativo e vídeos que visam preparar o indivíduo para decisões acerca tomada de decisões sobre tratamento; nomeação de um representante na tomada de decisões, se for necessário no futuro; comunicação de desejos em relação a tratamentos médicos.	Que o grupo controle teria 14% mais chance de realizar a DAV, que o grupo controle. A DAV tanto pode ser do tipo TV ou MD, devido as opções fornecidas ao paciente no programa, mas o estudo não especifica o tipo na porcentagem dos resultados.
9	Engaging Diverse English- and Spanish-Speaking Older Adults in Advance Care Planning: The PREPARE Randomized Clinical Trial	SUDORE, R. L. <i>et al.</i>	2019	EUA	A intervenção foi fazer com que os pacientes acessassem o programa <i>PREPARE FOR YOUR CARE</i> .	O grupo controle realizou documentação de DAV em prontuário 15% mais que o grupo controle, porém não foi especificado o tipo 10 devido às características do programa.
10	Patient Navigation (PN) to Improve Early Access to Supportive Care for Patients with Advanced Cancer in Resource-Limited Settings: A Randomized Controlled Trial.	SOTO-PE-REZ-DE-CE-LIS, E. <i>et al.</i>	2020	MEXICO	A estratégia consistiu em visitas do PN, onde ele discutia com o paciente sobre barreiras no acesso a cuidados em saúde; compreensão prognóstica, metas de tratamento, ACP, e finalmente DAV, se paciente elegível.	Dos pacientes que estavam no grupo de intervenção e que era indicado a realização da DAV tipo TV registrada em cartório, de acordo com as leis daquele país, 48% concluíram a DAV; no entanto, no grupo controle, com as mesmas indicações, nenhum dos participantes concluiu a DAV
11	Pediatric advance care planning (pACP) for teens with cancer and their families: Design of a dyadic, longitudinal RCCT	CURTIN, K. B. <i>et al.</i>	2017	EUA	A intervenção é realizada com o binômio familiar e um facilitador; ela é dividida em 3 sessões, onde: na primeira sessão o binômio é separado e respondem a um questionário de ACP centrado na família; na segunda sessão são discutidas questões de decisões sobre fim de vida, objetivos e valores relacionados a tratamentos e o familiar é questionado se ele tem intenção de cumprir com as vontades do paciente em relação ao conteúdo discutido. Na terceira sessão, o binômio é convidado a preencher uma DAV, denominada <i>Five Wishes</i> , de fácil conclusão.	Protocolo de estudo clínico randomizado que espera que seus resultados sejam a congruência entre as preferências de tratamento e o que foi realizado, qualidade de vida e a conclusão da DAV tipo TV, registrada em prontuário eletrônico.
12	Proactive palliative care for patients with COPD (PROLONG): a pragmatic cluster-controlled trial	DUEK, R G <i>et al.</i>	2017	HOLANDA	A intervenção consiste em prestar cuidados paliativos aliados aos cuidados usuais, que foram realizados por um especialista em cuidados paliativos que acompanha o paciente desde o início da hospitalização, uma semana depois da alta, e subsequentemente, mensalmente. Nos encontros, são abordados temas como cuidados futuros, objetivos de tratamento, aspectos de fim de vida e escolhas de ACP.	76,7% dos pacientes do grupo controle documentaram escolhas, ou seja, DAV tipo TV (não ser ressuscitado, admissão em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), tratamento paliativo para dispneia, tratamento para futuras infecções com antibióticos e preferência de local de morte) em prontuário, em comparação com 59,4% do grupo controle.

Fonte: Elaboração Própria.



Dos artigos analisados, em sua maioria, os estudos foram desenvolvidos nos Estados Unidos da América com cinco estudos, seguidos por China e Holanda com dois estudos e, após Austrália, Japão, Coréia do Sul, México, com um estudo; e os países Bélgica, Dinamarca, Itália, e Eslovênia com um estudo multicêntrico.

Mesmo com intervalo de publicação entre 2016 e 2020, não foram identificadas publicações em 2016; nos demais anos, dois foram publicados em 2017, três em 2018, dois em 2019 e cinco em 2020.

Em relação ao delineamento de pesquisa, foram identificados 10 estudos experimentais (artigos 1,3,4,5,6,7,8,9,10 e 12) e dois artigos (2 e 11) que tratavam de um projeto para protocolo de estudo clínico randomizado foram considerados como opinião de autoridades respeitáveis baseada na competência clínica ou opinião de comitês de especialistas, incluindo interpretações de informações não baseadas em pesquisas. Assim, quanto à classificação das evidências encontradas temos: dez estudos com nível de evidência II e dois estudos com nível de evidência IV.

Quanto à intervenção de ACP, podemos observar a presença de três tipos presentes nos estudos da amostragem: intervenção de vinculação familiar, intervenção de vinculação individual e intervenção sem vinculação.

Quadro 3. Categorias temáticas da revisão integrativa (n=12), 2021.

Título da Categoria	Artigos	Descrição da Categoria
Importância da abordagem familiar na adesão a DAV	1,2,3,5 e 11	Estudos que aplicaram uma intervenção que abordavam o binômio paciente-familiar.
Comunicação profissional-paciente na adesão à DAV	1,2,3,5,10,11 e 12	Estudos que em sua intervenção utilizaram o componente comunicação profissional-paciente ou profissional-paciente/familiar.
Prevalência do contexto hospitalar nas intervenções de ACP	1,3,4,6,8,9,10,11 e 12	Estudos que aplicaram a intervenção no contexto hospitalar

Fonte: Elaboração Própria

DISCUSSÃO

Caracterização da amostra

Os resultados relacionados a caracterização da amostra indicaram que a maioria dos estudos foram conduzidos por médicos (3,4,6,7,9,10 e 12). Este fato pode ser justificado pela necessidade da presença deste na discussão das opções de tratamento e intervenções que o paciente pode ou não optar por ser submetido, quando da construção da



DAV (Gabbard et al., 2021) e a importância deste profissional no cumprimento das escolhas estabelecidas neste documento.

Outro ponto que se destacou na amostragem foi a predominância de artigos estadunidenses. De acordo com uma revisão sistemática que objetivava identificar a proporção de DAV concluídas entre americanos adultos, este país tem realizado esforços tanto legais, quanto relacionados à educação para promover a temática da DAV e sua adesão pelos cidadãos nas últimas décadas (Yadav et al., 2017). Esclarecendo assim, esta característica dos estudos levantados.

No tocante à utilização de material de apoio nas intervenções educativas, evidenciamos que seis estudos (2,4,6,7,8 e 9) o fizeram, destes três (4,7 e 9) se apoiaram em um programa online, dois (2 e 8) empregaram vídeo explicativo e um (6) de uma apresentação de powerpoint. A opção de incrementar a intervenção com estes materiais se deve ao fato de que complementação as discussões pacientes-profissionais de saúde e garantem a participação ativa do paciente nas tomadas de decisões compartilhadas e que ainda o auxiliam fornecendo informações sobre as opções de tratamento, quanto aos riscos e benefícios destes (Volandes et al., 2013).

Quanto ao tipo de DAV que mais foi utilizada nos resultados, constatou-se a tipo TV. Este modelo de DAV tem mais facilidade de ser concluída e não há necessidade de meios legais para garantir sua validade, como registro em cartório ou necessidade de testemunhas (Yadav et al., 2017), além de não importarem a necessidade do consentimento de terceiros a quem competiria a representação do paciente. Sendo assim, explica a sua predominância entre os estudos da seleção.

Destacamos ainda a preponderância de pacientes com doenças terminais como público dos estudos da amostra (1,2,3,4, 5,7,8,10), mesmo o conceito de CP tendo sido expandido a pacientes acometido por doenças crônicas não transmissíveis (OMS, 2014). Acrescenta-se a justificativa desse achado, o fato de que a morte se constitui um tabu na sociedade ocidental e à dificuldade dos profissionais de saúde de encarar a morte como parte da assistência, sendo ela frequentemente associada a fracasso (Scottini et al., 2018).

Importância da abordagem familiar na adesão à DAV

Esta categoria representa os artigos 1,2,5 e 11 que discorrem sobre intervenções que abordam não só o paciente, mas também sua família. Estes artigos foram categorizados nos resultados como vinculação familiar e se mostraram mais frequentes em relação aos outros estudos. Estes artigos utilizaram-se de intervenções onde houve sessões com o paciente e familiar, em alguns estudos no ambulatório (1 e 11), porém predominou os que realizaram durante visita domiciliar (2,5). Os métodos utilizados nas sessões foram diferenciados entre si, mas a maioria era centrada no paciente, sendo aberta em alguns momentos para discussão conjunta com a família.



Em momentos de crise, as mudanças na organização familiar e seus papéis são previstas, como no caso de uma doença grave em que a terminalidade de um de seus membros se anuncia. Aquele indivíduo que era pai/mãe, filho/filha, esposo/esposa, agora é paciente. Portanto, se faz necessário que a equipe leve em conta a família e o paciente como uma unidade de cuidado, buscando uma atenção norteada pelo enfrentamento da finitude, minimização do sofrimento físico, psicológico e espiritual. Pois neste cenário, é fundamental que a família tenha entendimento em relação ao processo de fim de vida, visto que na possibilidade de o paciente não conseguir expressar suas vontades, ela que norteará as ações que serão oferecidas ao indivíduo, o que pode levar à insistência em investimentos desnecessários da equipe, prolongando o sofrimento do mesmo, se a família não estiver esclarecida o suficiente (Da Cruz Matos & Da Silva Borges, 2018).

Portanto, o fato de que as intervenções que utilizaram a abordagem paciente/familiar (artigos 1,2,3, 5 e 11) terem tido melhores resultados relacionados a aderência a DAV, pode estar relacionado ao fato da relação familiar ser de fundamental importância ao suporte emocional e ao cuidado desse paciente, na sua condição de vulnerabilidade, pois tratamos aqui de pacientes que experimentam doenças graves e debilitantes (Brotto & Guimarães, 2017). Portanto, a presença e participação familiar durante o processo da doença, estabelecem influência sobre a tomada de decisões desde o início do tratamento a questões envolvendo a terminalidade (Monteiro et al., 2019; Brotto & Guimarães, 2017).

Comunicação profissional-paciente na adesão a DAV

Outra categoria que emergiu da análise da amostra foram as intervenções que utilizaram a comunicação profissional-paciente ou profissional-paciente/familiar, como componente (1,2,3,5,10,11 e 12). Os estudos que utilizaram deste componente, utilizaram o profissional da saúde como facilitador das questões de fim de vida, induzindo a discussão, esclarecendo dúvidas sobre os pontos levantados; mas sem intervir na decisão do paciente.

Podemos elucidar a comunicação interpessoal na área da saúde não apenas como uma transmissão de informações e sim uma troca entre profissionais e pacientes (Matsuo et al., 2019). Em relação a pacientes em CP, um estudo de revisão narrativa afirma que a comunicação necessita ser aberta e ativa, desenvolvendo um processo de confiança e vínculo com o paciente e família, principalmente relacionado a comunicação de más notícias, em que as informações devem ser transmitidas de modo verdadeiro, lento e progressivamente suportável (Gomes & Othero, 2016).

O emprego desta comunicação é primordial na área da saúde devido às relações intersubjetivas que estão presentes no convívio equipe, paciente e família. Um estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa, que visava identificar as expectativas de pacientes que vivenciam os CP relacionados à comunicação com a equipe de



enfermagem, concluiu que o relacionamento interpessoal mencionado, é ressignificado, adquirindo um valor expressivo para àqueles que se encontram na finitude da vida. Desse modo, a comunicação empática e compassiva é interpretada como um instrumento de apoio para estes pacientes (Araújo & Silva,2012).

Destarte, inferimos que a ocorrência da maioria dos estudos (1,3,5,10 e 12) que se utilizaram do componente comunicação profissional-paciente ou profissional-paciente/familiar, apresentaram resultados expressivos devido à valorização deste componente para o paciente. Em um estudo que objetivou caracterizar a produção científica nacional e internacional sobre as diretivas antecipadas de vontade aplicadas ao paciente com doença terminal, demonstrou que a prática das DAVs acontece de maneira efetiva quando existe adequada comunicação entre os profissionais da saúde e o paciente, e ainda que repercute em maiores índices de conclusão das mesmas (Cogo & Lunardi,2015). Desse modo, a intervenção aplicada pelo profissional adquire mais significância nas escolhas do paciente e sua família, impactando na compreensão da importância nas decisões de fim de vida e sua documentação.

Prevalência do contexto hospitalar nas intervenções de ACP

Nesta categoria tratamos dos artigos que tiveram como contexto o ambiente hospitalar (artigos 1,3,4,6,8,9,10,11 e 12), e essa característica foi predominante na amostra. Ao levarmos em conta que o ACP é uma abordagem advinda dos CP, se faz necessário elucidar em que contexto este foi iniciado para justificar a prevalência do contexto hospitalar dos artigos. Sendo assim, o CP como prática distinta da área de atenção à saúde, surgiu na década de 1960, após a atuação de Cicely Saunders, enfermeira, assistente social e médica, em um grande hospital universitário londrino, que culminou na criação do primeiro hospice da era moderna, ou seja, hospitais exclusivos para o provimento de CP (Gomes & Othero,2016). Contudo, aspectos culturais, sociais e dificuldades do manejo dos pacientes em CP em outros contextos, acabam por encaminhá-los a encararem sua terminalidade nos hospitais (Cardoso et al., 2013)

Ainda podemos elencar, como razão da prevalência do cenário hospitalar nos estudos selecionados, a dificuldade de conversar sobre a terminalidade da vida tanto para familiares quanto para os profissionais de saúde. De acordo com uma revisão sistemática (Jabbarian et al., 2017), que visou caracterizar a prática de ACP relacionada a pacientes com doenças respiratórias crônicas, uma das barreiras à aplicação dessas intervenções seria a dificuldade dos profissionais de saúde em encontrarem o momento de iniciá-las, visto que têm receio de tirar as esperanças de cura desses pacientes, corroborando a ideia de cura a todo custo. Considerando este aspecto, dificilmente as discussões acerca da terminalidade se darão em um ambiente onde ela não se mostre tão próxima (Cogo et al., 2019). Portanto, é fácil inferir que, considerando o ACP e juntamente a DAV, terem emergido de pacientes em CP que primeiramente eram definidos como pacientes apenas em situação de terminalidade, que haja uma prevalência hospitalar quando tratamos deste tema.



No entanto, a OMS (2014) destaca a necessidade de incluir os CP como parte da assistência completa à saúde, no acompanhamento de doenças crônicas e atenção à idosos. Incentivando ainda o início precoce do tratamento paliativo, sendo este concomitante ao tratamento curativo, pois, segundo estudo de alto impacto este modelo de início de CP precoce aumenta a qualidade de vida dos pacientes (Temel et al., 2010). Considerando que os pacientes crônicos fazem parte da população de abrangência da Atenção Primária à Saúde (APS), se torna imprescindível a integração dos CP hospitalares a serviços que atuam na atenção domiciliar, com a disponibilização de serviços mais simples, promovendo esse modelo de assistência a um maior número de pessoas (Barrios, 2017).

Nessa perspectiva, difusão de política pública de maior abrangência e informação sobre ACP, CP e DAV podem contribuir para o conhecimento e a difusão de medidas que permitam a promoção da pessoa humana em todas as fases de vida, inclusive naquela onde sua finitude se torna mais explícita.

Validade interna e externa das categorias

A validade interna das categorias foi assegurada pelo uso de instrumento validado (Ursi, 2005) que nos permitiu obter informações válidas e relevantes dos artigos levantados, indicando a veracidade de seus resultados. Quanto a validade externa, os passos do processo de amostragem foram descritos e seguidos de forma meticulosa, e a seleção final contou com estudos, em que a maioria (10), foram classificados como nível 2 de evidência, cujas intervenções podem ser aplicadas fora do ambiente de estudo.

CONCLUSÕES

A maioria das intervenções identificadas é de simples execução, podendo ser aplicadas nos diversos contextos de saúde, desde a APS ao hospital. Destaca-se que a abordagem familiar nessas intervenções é de suma importância para bons resultados; e que o tempo despendido pelos profissionais visando a construção do vínculo tanto com o paciente quanto sua família também impacta na adesão deste à DAV. Dessa forma, o conhecimento acerca destas intervenções auxiliará o enfermeiro no desenvolvimento de estratégias de vinculação e comunicação efetivas na abordagem a pacientes em cuidados paliativos e seus familiares.

Apesar de apresentar resultados expressivos, foram poucos os estudos que tinham em seu contexto a APS, mesmo esta esfera de saúde sendo tão qualificada para os CP, para a inserção da ACP e para as discussões de fim de vida. Visto que os profissionais da APS acompanham seus pacientes longitudinalmente, desde o diagnóstico de uma doença crônica à terminalidade, assim como suas famílias.

Sendo assim, visando à efetividade e o alcance das intervenções de ACP, recomenda-se que estas sejam inseridas em programas, interconectados às políticas de saúde



já existentes, que objetivem a abordagem precoce de pacientes diagnosticados com doenças crônicas, que estas intervenções sejam centralizadas na unidade paciente-familiar e que se utilizem de comunicação efetiva e aberta como método.

REFERÊNCIAS

- Araújo, M. M. T. de, & Silva, M. J. P. da. (2012). Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(3), 626–632. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300014>
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo. Tradução de Reto, L.A.* São Paulo: Edições.
- Barrioso, P. D. C. (2018). *Cuidados paliativos e atenção primária à saúde: Proposição de um rol de ações de enfermagem* [Mestrado em Cuidado em Atenção Primária em Saúde]. São Paulo: Universidade de São Paulo. <https://doi.org/10.11606/D.7.2018.tde-24092018-160612>
- Brotto, A. M., & Guimarães, A. B. P. (2017) A influência da família no tratamento de pacientes com doenças crônicas. *Psicol. Hosp.*, 43-68. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167774092017000100004&lng=pt&nrm=iso.
- Cardoso, D. H., Muniz, R. M., Schwartz, E., & Arrieira, I. C. de O. (2013). Cuidados paliativos na assistência hospitalar: A vivência de uma equipe multiprofissional. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 22(4), 1134–1141. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000400032>
- Chan, H. Y.-L., Ng, J. S.-C., Chan, K.-S., Ko, P.-S., Leung, D. Y.-P., Chan, C. W.-H., Chan, L.-N., Lee, I. F.-K., & Lee, D. T.-F. (2018). Effects of a nurse-led post-discharge advance care planning programme for community-dwelling patients nearing the end of life and their family members: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 87, 26–33. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.008>
- Cogo, S. B., Badke, M. R., Malheiros, L. C. S., Araújo, D. D., & Ilha, A. G. (2019). Concepções médicas e dos cuidadores familiares diante das diretivas antecipadas de vontade. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 9, e34. <https://doi.org/10.5902/2179769233083>
- Cogo, S. B., & Lunardi, V. L. (2015). Diretivas antecipadas de vontade aos doentes terminais: Revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(3), 524–534. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680321i>
- Curtin, K. B., Watson, A. E., Wang, J., Okonkwo, O. C., & Lyon, M. E. (2017). Pediatric advance care planning (Pacp) for teens with cancer and their families: Design of a dyadic, longitudinal RCCT. *Contemporary Clinical Trials*, 62, 121–129. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2017.08.016>
- Da Cruz Matos, J., & Da Silva Borges, M. (2018). The family as a member of palliative care assistance. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 12(9), 2399. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i9a234575p2399-2406-2018>
- Duenk, R. G., Verhagen, C., Bronkhorst, E. M., van Mierlo, P., Broeders, M., Collard, S. M., Dekhuijzen, P., Vissers, K., Heijdra, Y., & Engels, Y. (2017). Proactive palliative care for patients with COPD (Prolong): A pragmatic cluster controlled trial. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 12, 2795–2806. <https://doi.org/10.2147/COPD.S141974>
- Freytag, J., Street, R. L., Barnes, D. E., Shi, Y., Volow, A. M., Shim, J. K., Alexander, S. C., & Sudore, R. L. (2020). Empowering older adults to discuss advance care planning during clinical visits: The prepare randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(6), 1210–1217. <https://doi.org/10.1111/jgs.16405>
- Gabbard, J., Pajewski, N. M., Callahan, K. E., Dharod, A., Foley, K. L., Ferris, K., Moses, A., Willard, J., & Williamson, J. D. (2021). Effectiveness of a nurse-led multidisciplinary intervention vs usual care on advance care planning for vulnerable older adults in an accountable care organization: A randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 181(3), 361. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.5950>



- Galvão, T. F., & Pereira, M. G. (2014). Revisões sistemáticas da literatura: Passos para sua elaboração. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 23(1), 183–184. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000100018>
- Gomes, A. L. Z., & Othero, M. B. (2016). Cuidados paliativos. *Estudos Avançados*, 30(88), 155–166. <https://doi.org/10.1590/s0103-40142016.30880011>
- Houben, C. H. M., Spruit, M. A., Groenen, M. T. J., Wouters, E. F. M., & Janssen, D. J. A. (2014). Efficacy of advance care planning: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(7), 477–489. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.01.008>
- Imazu, M. F. M., Faria, B. N., Arruda, G. O. de, Sales, C. A., & Marcon, S. S. (2015). Effectiveness of individual and group interventions for people with type 2 diabetes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(2), 200–207. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0247.2543>
- International Association for Hospice Palliative Care. (2018). Global Consensus-based palliative care definition. Recuperado de <https://hospicecare.com/%20what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>
- Jabbarian, L. J., Zwakman, M., van der Heide, A., Kars, M. C., Janssen, D. J. A., van Delden, J. J., Rietjens, J. A. C., & Korfage, I. J. (2018). Advance care planning for patients with chronic respiratory diseases: A systematic review of preferences and practices. *Thorax*, 73(3), 222–230. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2016-209806>
- Johnson, S. B., Butow, P. N., Bell, M. L., Detering, K., Clayton, J. M., Silvester, W., Kiely, B. E., Clarke, S., Vaccaro, L., Stockler, M. R., Beale, P., Fitzgerald, N., & Tattersall, M. H. N. (2018). A randomised controlled trial of an advance care planning intervention for patients with incurable cancer. *British Journal of Cancer*, 119(10), 1182–1190. <https://doi.org/10.1038/s41416-018-0303-7>
- Kizawa, Y., Okada, H., Kawahara, T., & Morita, T. (2020). Effects of brief nurse advance care planning intervention with visual materials on goal-of-care preference of Japanese elderly patients with chronic disease: A pilot randomized-controlled trial. *Journal of Palliative Medicine*, 23(8), 1076–1083. <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0512>
- Korfage, I. J., Carreras, G., Arnfeldt Christensen, C. M., Billekens, P., Bramley, L., Briggs, L., Bulli, F., Caswell, G., Červ, B., van Delden, J. J. M., Deliens, L., Dunleavy, L., Eecloo, K., Gorini, G., Groenvold, M., Hammes, B., Ingravallo, F., Jabbarian, L. J., Kars, M. C., ... Rietjens, J. A. C. (2020). Advance care planning in patients with advanced cancer: A 6-country, cluster-randomised clinical trial. *PLOS Medicine*, 17(11), e1003422. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003422>
- Leung, D. Y. P., Chan, H. Y. L., Yau, S. Z. M., Chiu, P. K. C., Tang, F. W. K., & Kwan, J. S. K. (2019). A video-supported nurse-led advance care planning on end-of-life decision-making among frail older patients: Protocol for a randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 75(6), 1360–1369. <https://doi.org/10.1111/jan.13959>
- Matsuoka, É. T. de M., Rodrigues, M. L. F. de M., Da Silva, J. M. M., Galindo, W. C. M., & Galvão, J. O. (2019). A comunicação profissional de saúde-usuário(A) na doença renal crônica. *Revista Subjetividades*, 19(1), 1. <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v19i1.e7593>
- Monteiro, M. C., Magalhães, A. S., Féres-Carneiro, T., & Dantas, C. R. (2019). The decision-making process in families of terminal ICU patients. *Psico-USF*, 24(3), 437–448. <https://doi.org/10.1590/1413-82712019240303>
- Monteiro, R. da S. F., & Silva Junior, A. G. da. (2019). Diretivas antecipadas de vontade: Percurso histórico na América Latina. *Revista Bioética*, 27(1), 86–97. <https://doi.org/10.1590/1983-8042201927129>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>



- Rietjens, J. A. C., Sudore, R. L., Connolly, M., van Delden, J. J., Drickamer, M. A., Droger, M., van der Heide, A., Heyland, D. K., Houttekier, D., Janssen, D. J. A., Orsi, L., Payne, S., Seymour, J., Jox, R. J., & Korfage, I. J. (2017). Definition and recommendations for advance care planning: An international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *The Lancet Oncology*, 18(9), e543–e551. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(17\)30582-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(17)30582-X)
- Rolnick, J. A., Oredeko, F., Cooney-Zingman, E., Asch, D. A., & Halpern, S. D. (2021). Comparison of web-based and paper advance directives: A pilot randomized clinical trial. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 38(3), 230–237. <https://doi.org/10.1177/1049909120940210>
- Scottini, M. A., Siqueira, J. E. de, & Moritz, R. D. (2018). Direito dos pacientes às diretivas antecipadas de vontade. *Revista Bioética*, 26(3), 440–450. <https://doi.org/10.1590/1983-80422018263264>
- Silva, M. M. da, & Lima, L. da S. (2014). Participation of the family in hospital-based palliative cancer care: Perspective of nurses. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(4), 14–19. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.04.45820>
- Soto-Perez-de-Celis, E., Chavarri-Guerra, Y., Ramos-Lopez, W. A., Alcalde-Castro, J., Covarrubias-Gomez, A., Navarro-Lara, A., Quiroz-Friedman, P., Sánchez-Román, S., Alcocer-Castillejos, N., Aguilar-Velazco, J. C., Bukowski, A., Chávarri-Maldonado, J. A., Contreras-Garduño, S., Krush, L., Inoyo, I., Medina-Campos, A., Moreno-García, M. L., Perez-Montessoro, V., Bourlon, M. T., ... Goss, P. E. (2021). Patient navigation to improve early access to supportive care for patients with advanced cancer in resource-limited settings: A randomized controlled trial. *The Oncologist*, 26(2), 157–164. <https://doi.org/10.1002/onco.13599>
- Souza, M. T. de, Silva, M. D. da, & Carvalho, R. de. (2010). Integrative review: What is it? How to do it? *Einstein*, 8(1), 102–106. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>
- Sudore, R. L., Schillinger, D., Katen, M. T., Shi, Y., Boscardin, W. J., Osua, S., & Barnes, D. E. (2018). Engaging diverse english- and spanish-speaking older adults in advance care planning: The prepare randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 178(12), 1616. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.4657>
- Temel, J. S., Greer, J. A., Muzikansky, A., Gallagher, E. R., Admane, S., Jackson, V. A., Dahlin, C. M., Blinderman, C. D., Jacobsen, J., Pirl, W. F., Billings, J. A., & Lynch, T. J. (2010). Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *New England Journal of Medicine*, 363(8), 733–742. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1000678>
- Ursi, E. S. (2005). *Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura*. [Unpublished mastership dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo (EERP), https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18072005_095456/publico/URSI_ES.pdf.
- Volandes, A. E., Paasche-Orlow, M. K., Mitchell, S. L., El-Jawahri, A., Davis, A. D., Barry, M. J., Hartshorn, K. L., Jackson, V. A., Gillick, M. R., Walker-Corkery, E. S., Chang, Y., López, L., Kemeny, M., Bulone, L., Mann, E., Misra, S., Peachey, M., Abbo, E. D., Eichler, A. F., ... Temel, J. S. (2013). Randomized controlled trial of a video decision support tool for cardiopulmonary resuscitation decision making in advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 31(3), 380–386. <https://doi.org/10.1200/JCO.2012.43.9570>
- Yun, Y. H., Kang, E., Park, S., Koh, S.-J., Oh, H.-S., Keam, B., Do, Y. R., Chang, W. J., Jeong, H. S., Nam, E. M., Jung, K. H., Kim, H. R., Choo, J., Lee, J., & Sim, J.-A. (2019). Efficacy of a decision aid consisting of a video and booklet on advance care planning for advanced cancer patients: Randomized controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 58(6), 940-948.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.07.032>
- WORLD HEALTH ORGANIZATIONS (WHO). (2014). *Sixty-seventh World Health Assembly. Resolutions and Decisions*. Recuperado de [https:// apps.who.int/iris/handle/10665/260211](https://apps.who.int/iris/handle/10665/260211)
- Yadav, K. N., Gabler, N. B., Cooney, E., Kent, S., Kim, J., Herbst, N., Mante, A., Halpern, S. D., & Courtright, K. R. (2017). Approximately one in three us adults completes any type of advance directive for end-of-life care. *Health Affairs*, 36(7), 1244–1251. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2017.0175>



Conducta promotora de salud sexual en adolescentes: propuesta de teoría de situación específica

Promoting behavior of sexual health in adolescents: proposal for a specific situation theory

Promovendo comportamentos de saúde sexual em adolescentes: proposta de uma teoria situação específica

Claudia Alejandra Cervantes Lara ^{1*} Leticia Casique Casique ² Alicia Álvarez Aguirre³

¹Cervantes-Lara, C. Maestra en Ciencias de Enfermería, Estudiante del Doctorado en Ciencias de Enfermería, Universidad de Guanajuato Campus Celaya Salvatierra División de Ciencias de la Salud e Ingenierías. México. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0157-5423>; Correo: claudiacervantes43548@gmail.com

²Casique-Casique, L. Doctora en Ciencias de Enfermería, Profesora de Tiempo Completo (PTC), Universidad de Guanajuato Campus Celaya Salvatierra Departamento de Enfermería y Obstetricia, México. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0532-4819>; Correo: leticiacc_2004@yahoo.com.mx

³Álvarez-Aguirre, A. Doctora en Ciencias de Enfermería, Profesora de Tiempo Completo (PTC), Universidad de Guanajuato Campus Celaya Salvatierra Departamento de Enfermería Clínica, México. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5538-7634>; Correo: alicia.alvarez@ugto.mx

*Correspondencia: Lago de Tequesquitengo #118 CP 38060, Celaya, Guanajuato., México. Correo de contacto: claudiacervantes43548@gmail.com

Cómo citar este artículo: Cervantes-Lara C.A. Casique-Casique L., & Álvarez-Aguirre A. (2023). Conducta promotora de salud sexual en adolescentes: propuesta de teoría de situación específica. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(65). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.65.19>

Received: 22/11/2022

Accepted: 27/01/2023.



Copyright: © 2023. Remitido por los autores para publicación en acceso abierto bajo los términos y condiciones de Creative Commons Attribution (CC/BY) license.

Abstract: Sexual risk behaviors in adolescents can lead to problems in the short or long term, so it is essential for the nursing professional to direct preventive actions in this group, as well as to have theories of a specific situation that guide the care of this population. Objective: to develop a specific theory that provides the nursing professional with the bases to guide practice in the care of adolescents with risky sexual behavior and thereby promote risk-free sexual behavior. Methodology: a specific situation theory was developed under the proposed method of Fawcett's theoretical subtraction and supported by the Nola Pender Health Promotion Model. Results: the Theory of Specific Situation behavior promoting sexual health in adolescents is shown. Conclusions: the Theory of Specific Situation promoting behavior of sexual health in adolescents offers the opportunity to consider the concepts that allow to generate promoting behaviors in sexual health of the adolescent population that ensures living a full and safe sexuality under a context of support from nursing.

Keywords: Adolescent; self-efficacy; sexual conduct; sexual health; risk behaviors for health.

Resumen: Las conductas sexuales de riesgo en adolescentes pueden derivar problemáticas a corto o a largo plazo, por lo que es indispensable para el profesional de enfermería encaminar acciones preventivas en este grupo, así como contar con teorías de situación específica que guíen el cuidado de esta población. Objetivo: desarrollar una teoría específica que brinde al profesional de enfermería las bases para guiar la práctica en la atención de los adolescentes con conductas sexuales de riesgo y con ello favorecer a una conducta sexual libre de riesgos. Metodología: se desarrolló una teoría de



situación específica bajo el método propuesto de substracción teórica de Fawcett y sustentada con el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender. Resultados: se muestra la Teoría de Situación Específica conducta promotora de salud sexual en adolescentes. Conclusiones: la Teoría de Situación Específica conducta promotora de salud sexual en adolescentes ofrece la oportunidad de considerar los conceptos que permiten generar conductas promotoras en salud sexual de la población adolescente que asegure vivir una sexualidad plena y segura bajo un contexto de apoyo por parte de enfermería.

Palabras clave: Adolescente; autoeficacia; conducta sexual; salud sexual; conductas de riesgo para la salud.

Resumo: Os comportamentos sexuais de risco em adolescentes podem acarretar problemas a curto ou longo prazo, por isso é fundamental que o profissional de enfermagem direcione ações preventivas neste grupo, bem como tenha teorias de uma situação específica que orientem o cuidado deste população. . Objetivo: desenvolver uma teoria específica que forneça ao profissional de enfermagem as bases para nortear a prática no cuidado ao adolescente com comportamento sexual de risco e, assim, promover o comportamento sexual livre de risco. Metodologia: desenvolveu-se uma teoria situacional específica sob o método proposto de subtração teórica de Fawcett e apoiado no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. Resultados: apresenta-se a Teoria da Situação Específica do comportamento promotor da saúde sexual em adolescentes. Conclusões: a Teoria da Situação Específica de comportamentos promotores de saúde sexual em adolescentes oferece a oportunidade de considerar os conceitos que permitem gerar comportamentos promotores de saúde sexual da população adolescente que assegurem viver uma sexualidade plena e segura num contexto de apoio da enfermagem.

Palavras-chave: Adolescente; auto-eficácia; conduta sexual; saúde sexual; comportamentos de risco para a saúde.

INTRODUCCIÓN

Las conductas de riesgo son aquellas acciones realizadas por un individuo o comunidad con la característica de desencadenar consecuencias nocivas para el bienestar, desarrollo y salud de quien las ejecuta (Gómez, 2016). El grupo de población que principalmente realiza dichas conductas de riesgo son los adolescentes, si bien, la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que es un grupo con buena salud, la morbimortalidad sigue siendo elevada debido a problemas de salud que enfrentan como el consumo de alcohol, tabaco y drogas, la inactividad física, las conductas sexuales de riesgo (CSR), la exposición a la violencia, entre otras, exponiendo no solo su salud (OMS, 2017), sino también otros aspectos como la economía, el rol social, reproductivo, educativo y laboral.

Las CSR son las que con mayor frecuencia se presentan en adolescentes, éstas se definen como el grupo de prácticas que exponen la transmisión de enfermedades de carácter sexual y embarazo no deseado, en el que se incluye la actividad sexual sin métodos de barrera, bajo los efectos del alcohol o estupefacientes, con múltiples parejas sexuales (Pulido et al., 2013; Forcada et al., 2013), inicio de vida sexual antes de los 18 años y con trabajadoras sexuales (Legessi, 2014). Por lo que las CSR implican la exposición a tener daños en su salud, o la salud de otra persona al transmitir una infección, la probabilidad de un embarazo no deseado, aborto, entre otras.

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son un fenómeno con alta incidencia, evidencia de ello es referida en la notificación semanal de nuevos casos de enfermedades en la semana 40 pues



se han reportado 467,141 casos de diferentes infecciones como sífilis, chancro blando, herpes genital, entre otras, únicamente en México (Dirección General de Epidemiología, 2020).

Debido a la problemática que presentan los adolescentes, es esencial que el profesional de enfermería aborde la situación que experimentan los adolescentes en temas de sexualidad, en el que se enfrentan a dificultades para ejercerla de manera libre debido a los tabúes y la poca apertura sobre el tema (Centro para el control y la prevención de enfermedades, 2018). Por lo anteriormente expuesto, se describe el desarrollo de una Teoría de Situación Específica (TSE) (Meleis, 2011) denominada Conducta Promotora de Salud Sexual en Adolescentes (CPSSA) a través del método de substracción propuesto por Fawcett (1999).

El desarrollo de la presente TSE se fundamentó en la Teoría de Rango Medio (TRM) Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Nola Pender, debido a que permite comprender los comportamientos humanos relacionados con la salud, así como la naturaleza multifacética de las personas con relación al entorno para originar un cambio o el abandono de una conducta de riesgo a una conducta de salud.

El objetivo es brindar al profesional de enfermería las bases para guiar la práctica en la atención de los adolescentes con conductas sexuales de riesgo y con ello favorecer a una conducta sexual libre de riesgos.

METODOLOGÍA

Se utilizó el método de substracción propuesta por Fawcett (1999), quien formuló cinco pasos para su desarrollo, éstos consisten en identificar los principales conceptos de la teoría, para lo que es fundamental comprender la misma, en el segundo se clasifican las propiedades de los fenómenos esto es determinar si las propiedades de los fenómenos son observables de manera directa e indirecta, en el tercero se clasifican e identifican las proposiciones, las cuales pueden ser o no relacionales, el cuarto paso es el ordenamiento jerárquico de las proposiciones y finalmente el quinto es la construcción de la estructura conceptual - teórico empírica que representa a través de la simbología la generación o vinculación de conceptos, esto fue realizado en el periodo enero – julio 2020.

RESULTADOS

Identificación de conceptos

Fawcett (1999) refiere que el primer paso de su metodología es la identificación de conceptos de la teoría madre y la TSE que se propone para comprender su visión, contenido y el fenómeno de estudio. El objetivo de la TRM de Pender es ayudar a las personas a cuidar de sí mismos, lo que se logra a través del estudio e influencia sobre las conductas promotoras de la salud en las personas, para comprender cómo una conducta se establece (Raile y Marriner, 2011; Raile M, 2018).

A continuación, se muestra un resumen narrativo sobre el MPS para una mejor comprensión, éste propone que deben considerarse ciertos factores propios del individuo y de su contexto para entender el comportamiento y lograr que se comprometa con un plan de



acción, cuyo objetivo es lograr el cambio de una conducta de riesgo a una conducta promotora de salud que pretende ser para toda la vida.

Cabe mencionar que el modelo comprende 11 conceptos conformado en tres componentes, su lectura es de izquierda a derecha, el primer componente presenta las características y experiencias individuales en el que se acogen los conceptos de conducta previa relacionada, los factores personales (biológicos, psicológicos y socioculturales), los cuales tienen relación con los conceptos del segundo componente denominado aspectos cognitivos y afectos específicos del comportamiento, este integra las barreras, beneficios percibidos, autoeficacia percibida y afectos relacionados con la actividad. En consecuencia, los diferentes afectos influyen sobre la autoeficacia y esta a su vez en las barreras percibidas.

En la misma categoría, se encuentran las influencias interpersonales y las influencias situacionales, en conjunto, estos conceptos tienen un efecto ya sea positivo o negativo sobre la tercer categoría denominada resultado conductual, en donde se relaciona con el concepto de compromiso con un plan de acción, las exigencias y preferencias que competen de forma inmediata. Finalmente, la totalidad de los conceptos referidos anteriormente, se relacionan con el último concepto denominado: conducta promotora de salud.

Los conceptos de la teoría son la conducta previa relacionada que se refiere a la frecuencia de la misma conducta o similar en el pasado, por lo que representa de manera directa e indirecta, la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud.

Después, los factores personales se clasifican como biológicos, psicológicos y socioculturales, dado que predicen una conducta, los factores biológicos se entienden como variables sociodemográficas, como la edad, el sexo, pubertad, entre otros. Posteriormente, en los factores psicológicos se incluye la automotivación, la competencia personal, el estado de salud percibido, la propia definición de salud, entre otros, por último, los factores socioculturales comprenden el origen de la persona como la raza, la educación, el estado socioeconómico, entre otros (Raile y Marriner, 2011; Raile M, 2018; Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A., 2006).

Los aspectos cognitivos y afectos específicos de conducta pueden transformarse mediante las labores por parte de enfermería.

A cerca de los beneficios percibidos de la acción, son los resultados positivos que se esperan obtener tras realizar una determinada conducta, en cambio, las barreras percibidas para la acción son las ideas negativas o las desventajas de ejecutar un cambio en la conducta, éstas pueden ser imaginarias o reales (Raile y Marriner, 2011; Raile M, 2018; Pender, N. J., Murdaugh, C. L., y Parsons, M. A., 2006).



Otro de los conceptos del MPS es la autoeficacia percibida, que es la idea sobre la capacidad personal de llevar a cabo una determinada conducta, ésta influye en las barreras percibidas, de modo que, a mayor nivel de autoeficacia, menores barreras percibidas.

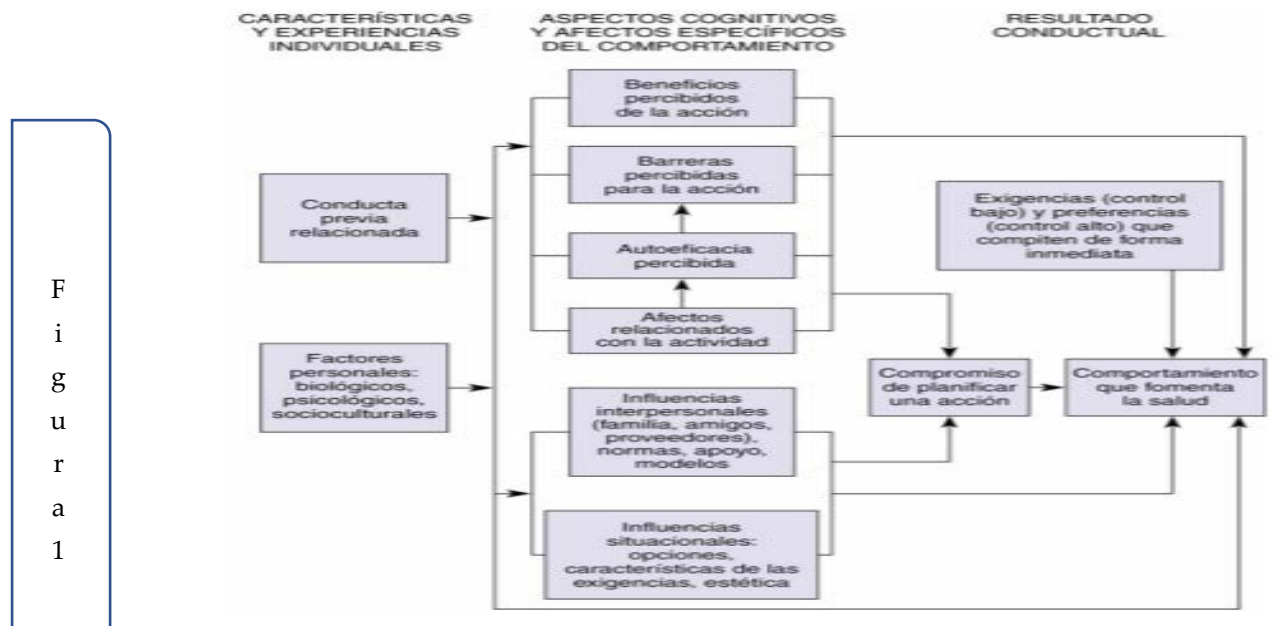
Respecto al afecto relacionado con la actividad, son aquellos sentimientos positivos o negativos que se perciben antes, durante o después de una conducta, por lo que tiene relación con la autoeficacia percibida.

Las influencias interpersonales es lo que observa la persona, es decir, las acciones que realizan las personas de su contexto, las normas, la cultura o el apoyo emocional, las principales fuentes son la familia, los amigos y los profesionales en salud.

Las influencias situacionales por su parte se refieren a la percepción ante una situación o contexto que facilita o complica ejecutar una determinada conducta. En cuanto a los antecedentes inmediatos de la conducta y los resultados de ésta, se encuentra el compromiso con un plan de acción, ésta es la intención o estrategia para aplicar una conducta de salud (Raile y Marriner, 2011; Raile M, 2018; Pender, N. J., Murdaugh, C. L., y Parsons, M. A., 2006).

El siguiente concepto con las exigencias y preferencias que compiten de forma inmediata, describe a las situaciones sobre las que la persona no tiene control, de manera contraria, el segundo concepto se refiere a las conductas alternativas de las que la persona tiene un control relativamente alto.

Finalmente, la conducta de promoción de la salud es el resultado o consecuencia de conseguir un efecto positivo sobre la salud, como muestra, controlar el estrés, reposar, ingerir una dieta saludable, entre otras (Raile y Marriner, 2011; Raile M, 2018; Pender, N. J., Murdaugh, C. L., y Parsons, M. A., 2006). Ver Figura 1.



Fuente: Tomado de Raile, M. y Marriner A. (2018). Modelo de promoción de la salud. T. Sakraida y J William (Eds.), Modelos y teorías en enfermería. Barcelona España: Elsevier.

Ahora que han sido identificados los conceptos del MPS, se seleccionaron los conceptos de interés para la TSE Conducta Promotora de Salud Sexual en Adolescentes y estos son: la conducta previa relacionada, los factores personales biológicos, influencias interpersonales, autoeficacia y conducta promotora de salud, quedando para esta TSE como conductas sexuales de riesgo, condiciones individuales, rol social, rol enfermera – adolescente, autoeficacia para disminuir las conductas sexuales de riesgo y conducta promotora de salud sexual. Ver tabla 1.

Tabla 1 Identificación de conceptos

Conceptos del Modelo de Promoción de la Salud	Conceptos de la Teoría de Situación Específica Conducta Promotora de Salud Sexual en Adolescentes
Conducta previa relacionada	Conductas sexuales de riesgo
Factores personales biológicos	Condiciones individuales
Influencia interpersonal	Rol social
Autoeficacia	Relación enfermera – adolescente
Conducta promotora de salud	Autoeficacia para disminuir las conductas sexuales de riesgo
	Conducta promotora de salud sexual

Fuente: Cervantes – Lara CA, Casique – Casique L, Álvarez – Aguirre A. (2022).



Clasificación de los conceptos de la TSE

El segundo paso según Fawcett (1999), incluye la clasificación de los conceptos en los que se considera si el fenómeno de estudio puede ser directamente observable o no, así como la variabilidad en donde puede que el fenómeno tenga una sola forma o presentar diversas fluctuaciones.

La conducta previa relacionada del MPS se representa como las conductas sexuales de riesgo que ejecuta el adolescente, y se detallan como el grupo de conductas que aumentan la probabilidad de daños en salud sexual como el inconsistente o nulo uso de métodos de barrera y/o anticonceptivos, tener relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol, con trabajadoras sexuales, iniciar vida sexual antes de los 18 años, con múltiples parejas sexuales, mismas que pueden tener efectos directos e indirectos en su capacidad de compromiso a ejercer una conducta sexual segura.

Los factores personales (biológicos, socioculturales) se redefinen como las condiciones individuales, que es el conjunto de características propias que pueden tener influencia sobre la conducta de una persona, incluyendo la edad, género, orientación sexual, ocupación, nivel socioeconómico, lugar de nacimiento, raza, creencias y religión. Los factores individuales relacionados con el modelo como ejemplo a seguir, el género y los estereotipos son temas que se consideran influyentes en los adolescentes para involucrarse en conductas sexuales de riesgo según Khuzwayo y Taylor (2018).

De las Influencias interpersonales propuesta por Pender se derivan dos conceptos, el primero es el rol social definido como aquellas relaciones recíprocas más cercanas como la familia y los amigos, quienes tienen influencia sobre las decisiones en materia de conducta sexual en el adolescente. Thurman et al. (2020), plantean en su estudio la relevancia de las relaciones entre el adolescente con el cuidador y el adolescente con sus padres para mejorar la comunicación en torno a la salud sexual, pues es un resultado clave en las intervenciones que buscan la mejora en el tema. Flores et al. (2017), refieren que la conexión entre promotoras y sus actividades con la comunidad, ayudan a impulsar comportamientos positivos en salud.

De la misma manera, de las influencias interpersonales se deriva el rol enfermera – adolescente referido como la relación de confianza que mantiene el adolescente con la enfermera en temas de salud sexual, para influir en la conducta promotora de salud



sexual, Werkeshe et al. (2019), por su parte define que la presión de los pares se asocia significativamente con el comportamiento sexual de riesgo entre los adolescentes, así mismo, Khuswayo et al. (2018) refiere que la familia y compañeros, así como las normas sociales, influyen en la conducta sexual del adolescente, Elshiekh et al. (2020), describen que la falta de apoyo social puede percibirse como una barrera para el uso de condón y por lo tanto para ejecutar conductas sexuales protegidas, por último O'Donnell et al. (2017), revela en su estudio que los padres pueden mejorar la educación en salud y sexualidad de sus hijos lo que resulta en menores riesgos sexuales.

El concepto de autoeficacia de la TRM de Pender se describe ahora como la autoeficacia para disminuir las conductas sexuales de riesgo, definido como el juicio que tienen los adolescentes sobre sus capacidades para realizar un cambio en cuanto a su conducta sexual para evitar embarazos indeseados e infecciones de transmisión sexual, con motivo de mantener su bienestar. Taylor et al. (2019) refiere que la autoeficacia es considerada como un componente para la toma de decisiones correctas en salud reproductiva en jóvenes y Elshiekh et al. (2020), por su parte reportan que debe contemplarse la autoeficacia para promover conductas sexuales protegidas en los adolescentes sexualmente activos.

Por último, la conducta promotora de salud de Pender se propone como la conducta promotora de salud sexual definida como el comportamiento a través del cual el adolescente mantiene, protege y promueve su salud sexual al evitar embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual. Fernández (2018), refiere que para aplicar el MPS es importante tener clara la conducta promotora que se pretende lograr.

Identificación y clasificación de las proposiciones de la propuesta de TSE Conducta promotora de salud sexual en adolescentes

El tercer paso consiste en el desarrollo de las proposiciones que surgen de los nuevos conceptos propuestos. Ver tabla 2.



Tabla 2 Identificación y clasificación de las proposiciones

Proposiciones del Modelo de Promoción de la Salud	Proposiciones de la TSE Conducta promotora de salud sexual en adolescentes
<ul style="list-style-type: none"> • La conducta previa y las características heredadas y adquiridas condicionan las creencias y afectos y posibilitan la conducta de promoción de la salud. • La competencia o autoeficacia percibida para poder realizar una conducta determinada aumenta la probabilidad de compromiso de acción y la realización real de la conducta • Es más probable que las personas se comprometan y sigan conductas de promoción de la salud cuando otras personas significativas modelan esta conducta, esperan que esta se siga, y apoyan y fomentan que esta llegue a producirse • Las familias, los amigos y los profesionales sanitarios son fuentes importantes de influencia interpersonal que pueden aumentar o reducir el compromiso y la participación en la conducta de promoción de la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • La conducta sexual de riesgo y las condiciones individuales del adolescente condicionan la conducta promotora de salud sexual. • La autoeficacia para disminuir la conducta sexual de riesgo del adolescente favorece su conducta promotora de salud sexual. • El rol social influye en la conducta promotora de salud sexual • El rol social y rol enfermera - paciente influyen en la conducta promotora de salud sexual

Fuente: Cervantes – Lara CA, Casique – Casique L, Álvarez – Aguirre A. (2022).

Ordenamiento jerárquico de proposiciones de la propuesta de TSE Conducta promotora de salud sexual en adolescentes

Tabla 3 Orden jerárquico de las proposiciones

1.-	El rol social influye en la conducta promotora de salud sexual
2.-	La conducta sexual de riesgo y las condiciones individuales del adolescente condicionan la conducta promotora de salud sexual.
3.-	El rol social y rol enfermera paciente influyen en la conducta promotora de salud sexual
4.-	La autoeficacia para disminuir la conducta sexual de riesgo del adolescente favorece su conducta promotora de salud sexual

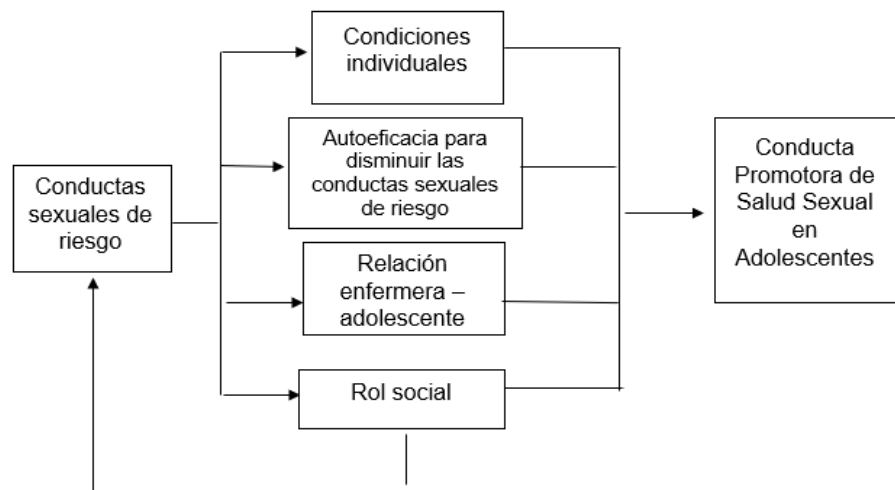
Fuente: Cervantes – Lara CA, Casique – Casique L, Álvarez – Aguirre A. (2022).

Estructura Teórico – Conceptual – Empírica (ETCE)

El quinto paso es la construcción de la estructura teórico conceptual - empírica, que representa a través de la diversa simbología, y vinculación de los conceptos (Fawcett, 1999). Ver figura 2 y 3.

Figura 2 Diagrama de la TSE Conducta promotora de salud sexual en adolescentes.

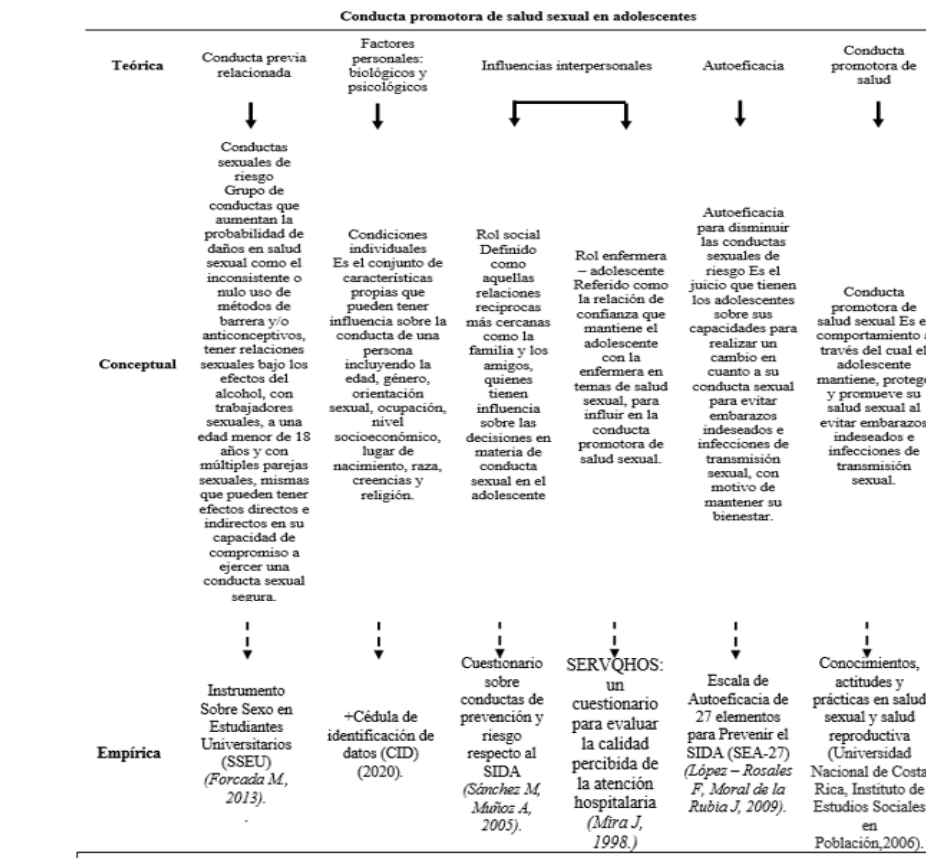
Figura 2



Fuente: Cervantes – Lara CA, Casique – Casique L, Álvarez – Aguirre A. (2022).



Figura 3 Estructura Teórica, Conceptual – Empírica de la TSE Conducta promotora de salud sexual en adolescentes



Fuente: Cervantes – Lara CA, Casique – Casique L, Álvarez – Aguirre A. (2022).

CONCLUSIONES

El MPS de Nola Pender ha sido utilizado para cambiar los estilos de vida poco saludables a conductas promotoras de salud en las que se busca el bienestar de la persona y la mejora de la salud, así como la adopción de conductas que beneficien la salud considerando los diversos conceptos que pueden estar influenciando esta conducta ya sea como apoyo o barrera. La TSE conducta promotora de salud sexual en adolescentes ofrece la oportunidad de analizar los conceptos que permiten generar conductas promotoras en salud sexual de la población adolescente para fomentar una sexualidad libre, plena y segura bajo un contexto de apoyo por parte del profesional de enfermería y coadyuvar con esto la transición a la vida adulta sexualmente saludable.



Agradecimiento: A CONACYT por brindar los recursos para continuar con mi formación académica y profesional.

Conflicto de intereses: Sin conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2018). *Enfermedades de transmisión sexual (ETS)*. Recuperado de <https://www.cdc.gov/std/spanish/stdfact-teens-spa.htm>
- Dirección general de epidemiología. (2020). *Boletín epidemiológico sistema nacional de vigilancia epidemiológica sistema único de información*. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/documentos/boletinepidemiologico-sistema-nacional-de-vigilancia-epidemiologica-sistema-unico-de-informacion-231750>
- Elshiekh HF., Hoving C., & de Vries H. (2020). Exploring determinants of condom use among university students in Sudan. *Arch Sex Behav*, 49 (4), 379-391. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-019-01564-2>
- Fawcett J. (1999). *The relationship of theory and research*. Philadelphia, PA: Davis Company.
- Fernández-Silva, C., López-Andrade, C., & Merino, C. (2018). Adherencia al tratamiento antirretroviral como conducta promotora de salud en adultos mayores. *Rev Cuid*, 9 (2), 2201-2214. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.522>
- Forcada, P., Pacheco, A., Pahua, E. et al. (2013). Conducta sexual de riesgo en estudiantes universitarios: factores de riesgo y protección. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15 (1), 23-46. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80225697003>
- Flores, A., Isenburg J., Hillard C. et al. (2017). Folic acid education for hispanic women: the promotora de salud model. *Journal of women's health*, 26 (2). <https://doi.org/10.1089/jwh.2016.6116>
- Gómez M. (2016). Adolescencia y Prevención: Conducta de riesgo y resiliencia. *Psic Psicip de la USAL*, 4,1-7. Recuperado de <http://racimo.usal.edu.ar/4541/>
- Khuswayo N., & Taylor M. (2018). Exploring the socio – ecological levels for prevention of sexual risk behaviours of the youth in uMgungundlovu district Municipality, KwaZulu – Natal. *Afr J Prim Cuidado de la salud Fam Med*, 10 (1), e1-e8. DOI: 10.4102/phcfm.v10i1.1590
- Legessi, E. (2014). Assesment of risky behaviors and risk perception among youths in Western Ethiopia: the influences of familiy and peers: a comparative cross-sectional study. *BMC Public Health*, (14), 301. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24690489>
- López, F. y Moral, J. (2001). Validación de una escala de autoeficacia para prevención del SIDA en adolescentes. *Salud Pública de México*, 43 (5),420-32. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/106/10643508.pdf>
- Meleis A.I. (2011). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Lippincott Williams&Wilkins.
- Mira, J.J., Aranaz, J., Rodríguez - Marin, J., Buil, J. et al. (1998). SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la atención hospitalaria. *Med. Prev*, 4, 12-8. Recuperado de <http://bit.ly/2HDz059>
- O'Donnell, L., & Fuxman, S. (2017). Efectiveness of a brief home parenting intervention for reducing early sexual risks among latino adolescents: Salud y éxito. *J Sch health*, 87 (11), 858 - 864. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29023839/>



Organización Mundial de la Salud, OMS. (2017). *Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones*. Recuperado de <http://articulos.sld.cu/adolescencia/adolescentes-riesgos-para-la-salud-y-soluciones/>

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice*. Upper Saddle River: Pearson/Prentice Hall.

Pulido, M., Ávalos, C., Fernández, J. et al. (2013). Conducta sexual de riesgo en tres universidades privadas de la Ciudad de México. *Psicología y Salud*, 23 (1), 25-32. Recuperado de <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psycosalud/article/view/512>

Raile, M., & Marriner A. (2011). Modelo de promoción de la salud. T. Sakraida (Ed.), *Modelos y teorías en enfermería* (434-445). Barcelona España: Elsevier.

Raile, M., & Marriner A. (2018). Modelo de promoción de la salud. T. Sakraida y J William (Eds.), *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona España: Elsevier.

Sánchez, M., & Muñoz, A. (2005). Influencia de padres y amigos sobre la actitud hacia las conductas sexuales de prevención en la adolescencia. Un análisis en función del género. *Rev Lat Psico*, 37(1), 71-79. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80537104>

Taylor, R., Sahde, K., Lowry, S. & Ahrens, K. (2019). Evaluation of reproductive health education in transition – age youth. *Children and youth services review*, 108(2020), 1-11. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2019.104530>

Thurman, T.R., Nice, J., Visser, M., & Luckett, B.G. (2020). Pathways to sexual health communication between adolescent girls and their female caregivers participating in a structured HIV prevention intervention in South Africa. *Social Science & Medicine*, 260, 1-7. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113168>

Universidad Nacional de Costa Rica Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO). (2006). *Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y salud reproductiva: Propuesta de una escala psicométrica*. Recuperado de <https://repositorio.una.ac.cr/bitstream/handle/11056/7360/2-Propuesta%20de%20una%20escala%20psicom%C3%A9trica.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Werkeshe, G., Arulogun, O., Roberts, A., & Sahilemichael A. (2019). Predictors of risky behaviour among pre – college students in Adama Town Ethiopia. *Pan Afr Med J*, 33:135. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31558934/>



Percepción de estudiantes de enfermería sobre la formación pedagógica en la prevención de la Sintomatología Musculoesquelética: estudio cualitativo

Perception of nursing students on pedagogical training in the prevention of musculoskeletal symptomatology: qualitative study

Perceção dos estudantes de enfermagem sobre a formação pedagógica na prevenção da sintomatologia musculoesquelética: estudo qualitativo

Cristiana Furtado Firmino^{1*}; Luís Sousa²; Lídia Moutinho³; Olga Valentim⁴; Fátima Mendes Marques⁵; Celeste Simões⁶

¹Doutora em Educação. Professora Coordenadora Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches, IPLUSO. Lisboa. Centro de Investigação, Inovação e desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR). Correo electrónico: furtado.cristy@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0328-7804>; Correo electrónico: furtado.cristy@gmail.com

²Doutor em Enfermagem. Professor Coordenador na Escola Superior de Saúde Atlântica. Comprehensive Health Research Centre. luismmsousa@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9708-5690>; Correo electrónico: luismmsousa@gmail.com

³Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Centro de Investigação, Inovação e desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS). Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5076-0612>; Correo electrónico: lidia-moutinho@live.com.pt

⁴Doutora em Enfermagem. Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches, IPLUSO. Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS), NursID, University of Porto. ommvalentim3@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2900-3972>; Correo electrónico: ommvalentim3@gmail.com (Professional)

⁵Doutora em Educação, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Centro de Investigação, Inovação e desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Centro de Estudos Interdisciplinares em Educação e Desenvolvimento, da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia (CeIED). fmarques@esel.pt. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6581-6711>; Correo electrónico: fmarques@esel.pt

⁶Doutora em Motricidade Humana, Professora Auxiliar com Agregação na Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa/ISAMB, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0229-1422>; Correo electrónico: csimoes@sapo.pt

Cómo citar este artículo: Firmino, C.F., Sousa, L.M., Moutinho, L., Valentim, O., Marques, F.M., & Simões, C. (2023). Percepción de estudiantes de enfermería sobre la formación pedagógica en la prevención de la Sintomatología Musculoesquelética: estudio cualitativo. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(65). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.65.20>

Received: 19/11/2022
Accepted: 27/01/2023.



Copyright: © 2023. Remitido por los autores para publicación en acceso abierto bajo los términos y condiciones de Creative Commons Attribution (CC/BY) license.

Correspondência: Rua do Telhal aos Olivais N.º 8 – 8.º A. 1950-396 Lisboa-Portugal. Correo electrónico: furtado.cristy@gmail.com

Abstract: The training of students in higher education and specifically in the nursing degree has been the object of study by the professors. It is part of nursing practice to respect the student's decision-making process and provide the right to information, promoting the acquisition of skills that allow them to make responsible choices for their future. The objective of this investigation was to know the perspective of nursing students, regarding their involvement in pedagogical training on musculoskeletal symptoms. A qualitative, exploratory, and descriptive study was carried out using the focus group method with six nursing students. Qualitative analysis was performed according to Bardin and the mental map was performed using FreeMind® software. Students revealed



satisfaction with the real interest in their learning with reflection on the acquisition of skills in terms of knowledge about musculoskeletal symptoms and the need for critical thinking in the nursing profession.

Keywords: Nursing Students; Nursing education; Qualitative study; Musculoskeletal Physiological Phenomena

Resumen: La formación de los estudiantes en la educación superior y específicamente en la licenciatura en enfermería ha sido objeto de estudio por parte de los profesores. Es parte de la práctica de enfermería respetar el proceso de toma de decisiones del estudiante y brindarle el derecho a la información, promoviendo la adquisición de competencias que le permitan tomar decisiones responsables para su futuro. El objetivo de esta investigación fue conocer la perspectiva de los estudiantes de enfermería, en cuanto a su participación en la formación pedagógica sobre los síntomas musculoesqueléticos. Se realizó un estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo mediante el método de grupos focales con seis estudiantes de enfermería. El análisis cualitativo se realizó según Bardin y el mapa mental se realizó con el software FreeMind®. Los estudiantes revelaron satisfacción con el interés real en su aprendizaje con la reflexión sobre la adquisición de habilidades en cuanto al conocimiento sobre los síntomas musculoesqueléticos y la necesidad del pensamiento crítico en la profesión de enfermería.

Palabras clave: Estudiantes de Enfermería; Educación en Enfermería; Estudio Cualitativo; Fenómenos Musculoesqueléticos Fisiológicos

Resumo: A formação dos estudantes no ensino superior e especificamente no curso licenciatura em enfermagem tem sido objeto de estudo por parte dos professores. Faz parte da prática de enfermagem, respeitar o processo de decisões do estudante e facultar o direito à informação, promovendo a aquisição de competências que permitem realizar escolhas responsáveis para a sua tomada de decisão futura. O objetivo desta investigação foi o conhecer a perspectiva dos estudantes de enfermagem, relativamente ao seu envolvimento na formação pedagógica sobre sintomatologia músculoesquelética. Foi realizado um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, através do método de grupos focais com 6 estudantes de enfermagem. A análise qualitativa foi realizada segundo Bardin e o mapa mental através do software FreeMind®. Os estudantes revelaram uma satisfação com o interesse real na sua aprendizagem com reflexão na aquisição de competências ao nível de conhecimento sobre a sintomatologia musculoesquelética e a necessidade de um pensamento crítico na profissão de enfermagem.

Palavras-chave: Estudantes de Enfermagem; Educação em Enfermagem; Estudo Qualitativo; Fenómenos Fisiológicos Musculoesqueléticos

INTRODUÇÃO

Os Estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem (ECLE) pela idade em que ingressam no ensino superior são considerados adultos, com vivências e saberes das suas próprias experiências, que irão contribuir para as suas aprendizagens. Ao longo do processo de ensino, é possível perceber que a aquisição de conhecimentos e a educação só alcançam os resultados que o conjunto dos demais processos de aprendizagem lhes permitem obter. Os ECLE são considerados seres em construção de quem se espera uma atitude crítica e construtiva face à realidade, e não uns meros executantes de tarefas (Serra, 2016). Estas capacidades permitem desenvolver uma consciência do seu comportamento, a capacitação para uma aprendizagem ao longo da vida e necessidade de controlar e poder atuar nos seus determinantes de saúde, torna-se necessário o desenvolvimento de



competências intrínsecas ao exercício da profissão de Enfermagem. Para uma melhor saúde, é fundamental que o indivíduo esteja capacitado para assumir o controlo da sua própria saúde, assim como dos seus determinantes (Kumar & Preetha, 2012). Esta é uma visão “positiva”, cada vez mais presente na perspetiva da promoção da saúde (Bandeira & Lopes, 2018).

Neste movimento de promoção de uma saúde positiva, estão implícitas intervenções que se concentram em diversos métodos e abordagens, tendo em conta a complexidade dos fatores que podem influenciar positiva ou negativamente a saúde (World Health Organization [WHO], 2019). O estudante é ajudado a clarificar os seus valores e a adquirir capacidades e o formador/educador respeita e valoriza a sua autonomia. O acumular de experiências por parte dos estudantes, irá promover o desenvolvimento de um conjunto de recursos, potenciando a sua aprendizagem e o assumir de responsabilidades pela sua vida pessoal, familiar e profissional.

Acredita-se que com base nesta partilha de saber e no suporte, o desenvolvimento saudável e positivo do ECLE possa ser potenciado, assente nas forças e plasticidade do indivíduo com relações mutuamente benéficas com as instituições, prosperando e contribuindo de forma mais positiva para si, para a sua família, comunidade e sociedade (Lerner, 2017). Concorda-se com a necessidade de os estudantes estarem envolvidos nos processos de aprendizagem e avaliação. Aprender, continua a ser um fenómeno complexo, desafiando qualquer modelo e teoria. Aprende-se aquilo que se acredita poder vir a ser útil para a vida e para o quotidiano. Se não for importante para o processo de aprendizagem, simplesmente deixa de ser relevante (Knowles et al., 2009). Nesta perspetiva, e considerando a importância da relação benéfica com a instituição, o ensino superior é um ambiente oportuno para a prevenção de problemas de saúde, de que é exemplo a sintomatologia musculoesquelética (SME), que continua a ser uma problemática com impacto direto na saúde dos indivíduos, com consequências nas restantes esferas da sua vida: profissional, pessoal e social. Os estudos publicados sobre a SME são múltiplos sendo consensual que a sua prevalência nos profissionais de saúde continua a aumentar (European Agency for Safety and Health at Work [EU-OSHA], 2020a; 2020b; Oswalt & Lederer, 2017).

A SME é descrita como uma perceção física desagradável, dor, sensação de peso, formigamento e fadiga de um indivíduo, ou seja, é caracterizada pelo relato do indivíduo (Firmino et al., 2019). Fruto da sua rotina académica, ou por via da sua inserção no ambiente clínico (onde desenvolvem competências associadas à profissão de enfermagem), os ECLE acabam também por adquirir hábitos menos saudáveis. A repetição de movimentos, a movimentação de cargas pesadas, o posicionamento dos doentes, a carga horária imposta, aumenta os seus sentimentos de insegurança, medo, depressão, stresse e ansiedade (Firmino et al., 2018; Firmino et al., 2019). Dado que não existe uma causa específica para o desenvolvimento deste tipo de sintomatologia, mas sim, condições de risco e multifatores que se interrelacionam entre si, gerando respostas e comportamentos



inadequados, torna-se necessário intervir precocemente para tentar diminuir ou, até mesmo, prevenir a sua presença.

Sendo uma prioridade a prevenção da SME desde a formação do ECLE, foi realizado uma formação pedagógica com a intervenção de vários profissionais de saúde e educação (enfermeiro de reabilitação, fisioterapeuta, psicóloga, ergonomista, médico de medicina do trabalho e professora na área da reabilitação motora). A intervenção dos diversos peritos sobre a temática em estudo, pretendeu facultar informação necessária para lidar com determinados fatores que intervêm diretamente nesta problemática. A formação pedagógica desenvolvida teve como finalidade poder preservar ou promover práticas que consigam diminuir ou prevenir a SME. Foram realizadas seis sessões com cerca de três horas cada, nas quais foram abordados diversos conteúdos diretamente relacionados com a temática da SME. Neste sentido foi realizado este estudo com o objetivo de conhecer a perspetiva dos ECLE, relativamente ao seu envolvimento na formação pedagógica sobre sintomatologia músculoesquelética.

METODOLOGIA

O estudo realizado foi de natureza qualitativa, descritivo e exploratório, que nos oferece uma alternativa válida na investigação de fenómenos complexos em enfermagem, como é o caso da SME. Para tal, a recolha de dados foi efetuada com recurso à técnica de grupo focal, uma das técnicas mais utilizadas para a estruturação de diagnósticos e levantamento de problemas, com o objetivo de planificar ações de intervenção e, até, para revisão do processo de ensino-aprendizagem (Silva et al., 2014). A redação do manuscrito seguiu as diretrizes metodológicas apresentadas no COREQ (Buus & Perron, 2020). A essência do grupo focal consiste na interação entre os participantes e o investigador, com o objetivo de recolher dados a partir da discussão focada em tópicos específicos e diretivos (Santos et al., 2016). O grupo focal foi realizado numa única sessão, numa escola privada de saúde da região de Lisboa e Vale do Tejo em abril de 2019. A sessão teve uma duração de 90 minutos. A moderação foi realizada por duas investigadoras, docentes desta escola de saúde, mestres e especialistas em enfermagem. Uma das moderadoras, investigadora principal, assumiu o papel ativo de condução do grupo pela sua formação na área da investigação qualitativa e pedagógica, e, a outra teve o papel de observador e como missão anotar elementos da comunicação verbal e não verbal e outras pistas relevantes para a perceção dos dados. Como o objetivo era auscultar os estudantes sobre a sua perceção relativamente à formação pedagógica que tiveram acesso, e, de que forma esta contribuiu para as práticas associados à SME, foi desenhado um guião roteiro com base nas orientações de Rosa e Amendoeira (2015), para condução do grupo focal, que entre outros momentos-chave inclui as seguintes questões abertas que foram predeterminadas e introduzidas mediante o desenrolar da conversação: De que forma perceberam as sessões de formação pedagógica? Foram úteis e corresponderam às expectativas? Vantagens e desvantagens de uma formação na área da sintomatologia musculoesquelética e suas



vertentes. Foram contactados os 21 estudantes finalistas, via telefone, para auscultar a sua disponibilidade de participação, com posterior envio de e-mail de confirmação e formalização do convite. Dos 21 estudantes finalistas, 11 estudantes aceitaram participar no estudo, e, seis foram selecionados aleatoriamente para participar no grupo focal, que estão identificados como (E1, E2, ... E6). No presente estudo, o denominador comum foi o facto de terem todos feito parte da formação pedagógica. A técnica utilizada para a análise da informação recolhida foi a análise de conteúdo segundo Bardin (2013). A análise de dados baseou-se nos conteúdos das gravações áudio da entrevista do grupo focal (Fortin, 2009). Foram envolvidas 3 investigadoras na transcrição, codificação e validação das categorias, de forma independente, diminuindo a subjetividade existente e para identificação de temas emergentes da análise de discurso, tornando-se verificável e digna de estatuto científico Bardin (2013).

O procedimento adotado consistiu no levantamento de todas as palavras ou ideias produzidas pelos sujeitos na estruturação das suas respostas. Com o objetivo de garantir a credibilidade e rigor do estudo, foram tidos em conta os seis critérios de rigor estipulados por Leininger (2007). Com base nas unidades de registo identificadas, foi criado um mapa mental através do software FreeMind®. Um mapa mental é uma representação das várias dimensões subjacentes a um conceito e/ou ideia (Tucker et al., 2010). No presente estudo optou-se pelo software FreeMind® por ser uma ferramenta acessível, gratuita (freeware) e de fácil utilização, contendo os conceitos chave e divisões das categorias da análise de conteúdo, das frequências geradas, relacionadas com a temática em estudo, facilitando o processo criativo do brainstorming e de reorganização das ideias nas diversas fases do processo de análise de conteúdo, até chegar em um nível de categorias, subcategorias e indicadores otimizados (Lima et al., 2016).

Este estudo foi previamente aprovado pela Comissão de Ética da Escola, a 27 fevereiro de 2017. Todos os procedimentos contidos na Declaração de Helsínquia e na Convenção de Oviedo foram respeitados.

RESULTADOS

Os 6 estudantes finalistas, que participaram no grupo focal, 66,7% (n = 4) eram do género feminino e 33,3 % (n = 2) do género masculino. Com idades compreendidas entre os 22 e 26 anos de idade. Metade dos estudantes (50%, n = 3) era trabalhador-estudante, sendo a maioria solteira (66,7%, n = 4). Apenas dois estudantes (33,3%) mencionaram ter tido formação sobre os fatores que podem ter impacto na SME.

Perceções sobre a metodologia utilizada formação Pedagógica

A análise permitiu verificar que a percepção sobre a metodologia do projeto é composta por duas dimensões emergentes: 1) Estratégias e métodos pedagógicos, englobando três subcategorias (características das aprendizagens; contributos da formação pedagógica e articulação das formações); e 2) Constrangimentos e desafios de investigar, incorporando



esta última a Afetividade na relação pedagógica em investigação. Ao nível da análise da relevância das unidades de registo, pela sua frequência absoluta, verifica-se o destaque das palavras Ergonomia (n=4), Mindfulness (n=4), inclusão de competências (n=3), Constrangimento (n=3) e pouco dinâmico (n=3) (Figura 1).

Figura 1 Nuvem de palavras utilizando a frequência absoluta das unidades de registo para a metodologia utilizada na formação pedagógica.



Fonte: Elaborada pela autora

Nesta categoria foi destacado pelos estudantes as características da aprendizagem, visões da articulação entre formações, contributos da formação e a otimização dos resultados em saúde:

E6: “Várias pessoas a explicar.”, E1 “Com temas semelhantes, deram respostas diferentes.”; E2: “No geral para mim todas foram importantes”.

No que diz respeito à articulação das formações, os estudantes têm visões diferentes consoante o formador e a temática abordada:

E2: “Gostei da formação sobre os posicionamentos, da sessão de ergonomia, do Mindfulness.”; E3: “O médico do trabalho deu-nos informação que eu nem sabia”.

Ao nível dos contributos da formação pedagógica, os estudantes focaram a pertinência de ter esta formação desde o início do curso:

E4: “Era importante inculcar esse tipo de competências para serem desenvolvidas durante todo o curso.”; E3: “Muito importante começar logo desde o início, vai ser uma enorme ajuda para se lidar com toda a pressão que estamos sujeitos”.

segunda categoria que emergiu dos significados dos estudantes foi a dos constrangimentos e desafios a investigar, com uma subcategoria ligada à afetividade da relação pedagógica em investigação:



E2: “Situações constrangedoras com os colegas e professores.”, “Atiraram à nossa cara estarmos no estudo e não nas aulas.”; E1: “Os colegas disseram que nós íamos para o bem-bom e eles a trabalhar”.

Perceções sobre o impacto da formação pedagógica na aprendizagem

No que respeita às perceções dos estudantes finalistas em relação ao impacto do projeto, emergiu apenas uma dimensão: conhecimentos e domínios apreendidos, constituída por 3 subcategorias (Recursos e estratégias de coping; Fatores de SME associados ao CLE; e Processo de transformação pessoal e afetivo). As análises da relevância das unidades de registo, pela sua frequência absoluta, destacam-se as palavras gestão de stress (n = 6), prevenção (n = 6), proteção (n = 5) e relaxamento (n = 5) (Figura 2).

Figura 2

Nuvem de palavras utilizando a frequência absoluta das unidades de registo para o impacto da formação pedagógica



Fonte: Elaborada pela autora.

Os estudantes referem que esta formação contribuiu para desenvolverem vários recursos e estratégias, possibilitando subsídios para a gestão da sua vida:

E6: “Rentabilizou o meu tempo.”; E2 “Mindfulness foi uma competência adquirida”.

No que diz respeito à subcategoria processos de transformação pessoal relatam experiências geradoras de conhecimento:

E4: “estamos mais conhecedores de situações que os outros.”; E1: “Deu-nos outra perspetiva, foram muito pertinentes e vão ajudar-nos para o mundo do trabalho”.

Como fatores associados à SME relatam sintomas e a satisfação sentida pelo interesse dos professores:

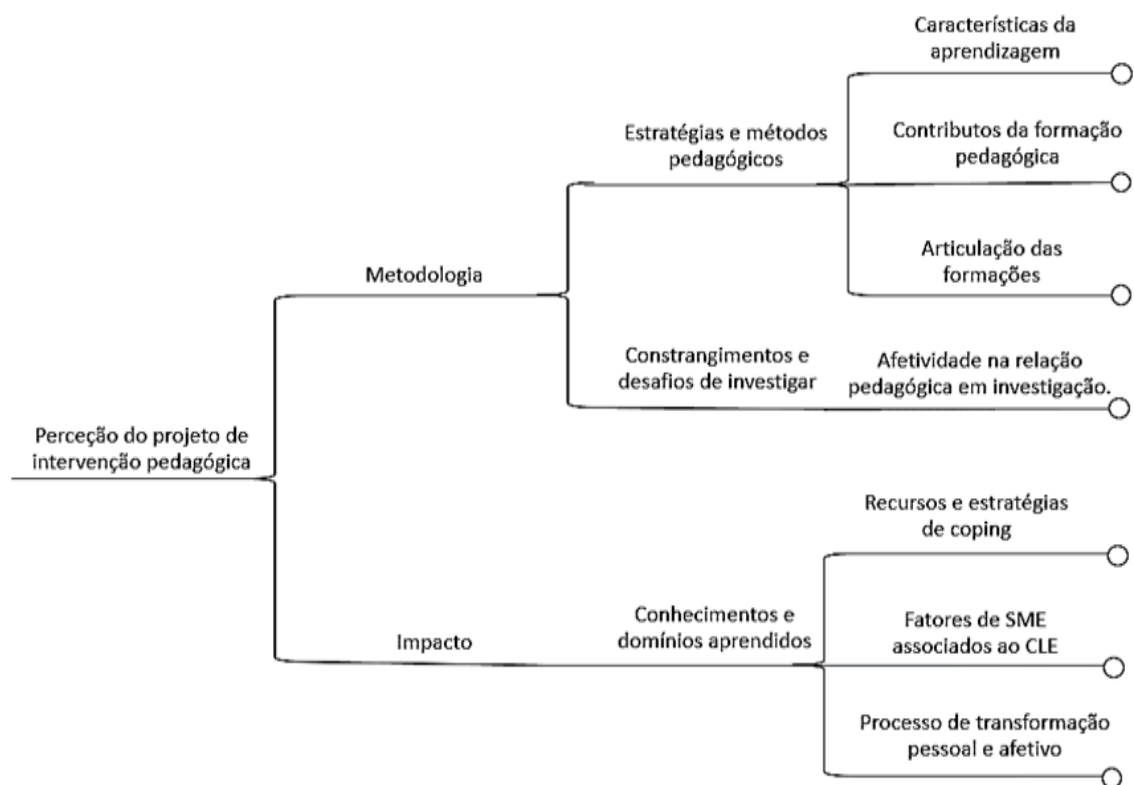
E6: “Desgastante, fisicamente e psicologicamente”.

E2: “É bom ver os professores a pensarem no nosso bem-estar e a protegerem-nos”.



A perceção geral do projeto de intervenção pedagógica organiza-se da forma apresentada pela figura 3.

Figura 3 Mapa mental das perceções dos estudantes sobre a formação pedagógica em SME



Fonte: Elaborada pela autora

DISCUSSÃO

Desde a entrada no Ensino Superior e, mais especificamente, no Curso de Licenciatura em Enfermagem, devem ser planeadas intervenções adequadas às necessidades individuais que visem minimizar o impacto que estes estudantes vivenciam (Veras et al., 2010). Da mesma opinião é Neves (2012), que realça a mais-valia dos contributos de vários profissionais para determinadas situações o que, muitas vezes, pode exigir respostas fora do âmbito de uma profissão, pois existe uma necessidade de colaboração intersectorial com uma partilha e rentabilização de conhecimentos, experiências e competências de cada docente no processo de aprendizagem dos ECLE.

Os resultados deste estudo são concordantes com um estudo realizado sobre o tratamento de lombalgia crónica, ao qual refere que uma equipa multidisciplinar permite uma integração de aspetos distintos para uma mesma problemática, com uma



abordagem positiva tanto do ponto de vista preventivo, como terapêutico (Tobo et al., 2010). Já Freire (2006), refere que a utilização de um modelo educacional que impulse os indivíduos à reflexão crítica acerca deles mesmos e da realidade que vivenciam (o que o próprio chama de “educação libertadora”), resultante da práxis humana, pode potenciar o crescimento e autonomia do indivíduo, concedendo-lhe um olhar crítico acerca do meio onde está inserido, através da resolução de problemas reais que o afetam. Importa que a equipa compreenda a diversidade dos seus componentes, as competências e os saberes dos seus profissionais e tire partido disso para o benefício de todos (Neves, 2012).

Dar aos ECLE recursos para que estes melhorem a sua literacia em saúde, com ênfase na prevenção e minimização dos fatores que interagem na SME é fundamental. Sabe-se que tudo o que é novo e/ou diferente é sempre recebido com um sentimento positivo e com maior receptividade. O Curso de Licenciatura em Enfermagem em Portugal tem a duração de quatro anos, que corresponde a oito semestres e um total de 240 ECTS. Conforme o plano curricular de cada Escola, as unidades curriculares vão divergindo e algumas são mesmo opcionais. É um curso exigente, que requer não só muito estudo a nível teórico e prático, como também uma grande capacidade de humanização, ser ouvido, respeitado, compreendido e aconselhado (Oviedo et al., 2020). Atualmente, vivemos com a necessidade de complementar a nossa atuação enquanto professores com outras técnicas pedagógicas que não as comumente utilizadas, como por exemplo: abordagens como a dissociação dos tempos respiratórios, exercícios de alongamentos, o toque, a utilização de música para preparação do início das aulas e o silêncio. Estas técnicas promoverem a socialização da turma, permitem ainda uma válvula de escape para o estudante (Cortez et al., 2017). O ensino e a aprendizagem proporcionam ocasiões para cuidar dos estudantes, tal como para os capacitar para cuidar de si mesmos e dos outros (Bevis & Watson, 2005; Cortez et al., 2017).

Sendo os ECLE os principais agentes de aprendizagem, são corresponsáveis pelos processos de ensino-aprendizagem. Le Boterf (2005) menciona a necessidade de os mesmos saberem mobilizar os cinco saberes que estão inerentes à profissão de enfermagem: os saberes teóricos; os saberes procedentes; os saber-fazer procedentes; os saber-fazer experienciais e os saber-fazer sociais; e que vão sendo adquiridos através de contactos e experiências práticas com a mobilização dos conhecimentos adquiridos nos vários contextos de aprendizagem. As estratégias de aprendizagem e de coping implicam a mobilização de recursos, com modificações a nível cognitivo das práticas socioprofissionais associadas à enfermagem, do autoconhecimento e a redefinição de uma estratégia pessoal para acionar e transformar a informação, de modo que o saber adquirido em determinado contexto possa ser aplicado noutras situações futuras, como resposta a exigências a que é exposto (Abreu, 2003; Graziani & Swendsen, 2007; Moreira, 2019). A forma como os indivíduos escolhem a estratégia de coping é determinada pelos



seus recursos, internos e externos, que podem incluir a saúde, crenças, responsabilidade, suporte, capacidades sociais e recursos materiais (Leite, 2012; Moreira, 2019). A eficácia do coping dependerá sempre das estratégias utilizadas pelo ECLE, no sentido de reduzir o impacto negativo causado pela situação. Estas estratégias serão mobilizadas no que diz respeito aos fatores da SME associados ao CLE, consoante a situação em que o ECLE se encontra.

Uma das implicações práticas desta investigação é que, futuramente, se verifique uma modificação comportamental com eficácia, através de um investimento precoce na proteção músculoesquelética dos estudantes logo desde o 1.º ano do CLE através da inclusão em futuros programas educativos de conteúdos programáticos que privilegiem prevenção de situações de risco e consciencialização corporal.

Como limitações ao estudo, a utilização exclusiva de dados qualitativos, o reduzido número de participantes envolvidos, saturação e extrapolação dos dados. Sugerem-se estudos que aprofundem a investigação desenvolvida, alargando-o a outros grupos/alvos de estudantes, com vista a conseguir alcançar o objetivo de modificar comportamentos, diminuindo a prevalência da sintomatologia musculoesquelética nos ECLE.

CONCLUSÕES

A Investigação faz parte da enfermagem enquanto ciência e profissão, através dela esta consegue desenvolver-se e evoluir. Este estudo com os discursos e significados dos estudantes sobre a promoção de práticas que minimizassem ou prevenissem a SME, chama a atenção para o facto de os exercícios pedagógicos necessitarem, cada vez mais, de ser estimulantes e capazes de potenciar o envolvimento dos estudantes com diversas abordagens metodológicas, através de parcerias entre professores, com atividades compartilhadas e/ou através da iniciação precoce à experimentação e a simulações que contribuam para o equilíbrio do indivíduo, promovendo nestes uma autorreflexão acerca da aquisição de competências ao nível de conhecimento sobre a SME e a necessidade de desenvolver um pensamento crítico na profissão de enfermagem.

REFERÊNCIAS

Abreu, W. (2003). *Supervisão, qualidade e ensinós clínicos: que parcerias para a excelência em saúde*. Porto: Formasau.



- Cortez, E. A., de Souza Braga, A. L., da Silva Oliveira, A. G., Ribas, B. F., Mattos, M. M. G. R., Marinho, T. G., ... & Dutra, V. F. D. (2017). Promoção à saúde mental dos estudantes universitários. *Revista Pró-UniverSUS*, 8(1).
- Bandeira, H. M. M., & Lopes, M. S. L. (Eds.) (2018). *Encontro com a didática: Tecendo fios com a educação e a saúde*. Lisboa: Appris Editora.
- Bardin, L. (2013). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Bevis, O., & Watson, J. (2005). *Rumo a um curriculum de cuidar: uma nova pedagogia para a enfermagem*. Lisboa: Lusociência.
- Buus, N., & Perron, A. (2020). The quality of quality criteria: Replicating the development of the Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ). *International Journal of Nursing Studies*, 102, 103452.
- European Agency for Safety and Health at Work [EU-OSHA] (2020a). Work-related musculoskeletal disorders: why are they still so prevalent? *Evidence from a literature review*. <https://doi.org/0.2802/749976>
- European Agency for Safety and Health at Work [EU-OSHA] (2020b). *Prevention policy and practice. Approaches to tackling work-related musculoskeletal disorders*. <https://doi.org/10.2802/581582>
- Firmino, C. F., Sousa, L. M. M., Marques, J. M., Antunes, A. V., Marques, F. M., & Simões, C. (2019). Musculoskeletal symptoms in nursing students: concept analysis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(1), 287-292. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0612>
- Firmino, C., Sousa, L., Antunes, A., Valentim, O., Marques, F., & Simões, C. (2018). Avaliação da qualidade de vida em estudantes do curso de licenciatura em enfermagem. In R. Missias-Moreira & L. Sousa (Eds.), *Qualidade de vida e condições de saúde de diversas populações* (pp. 13–26). Lisboa: Editora CRV. <https://doi.org/10.24824/978854442638.8>
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa: Lusociência.
- Freire, P. A. (2006). *Educação na cidade* (7ª ed.). Lisboa: Cortez.
- Graziani, P., & Swendsen, J. (2007). *O stress, emoções estratégias de adaptação*. Lisboa: Clempsi Editores.
- Knowles, M. S., Holton III, E. F., & Swanson, R. A. (2009). Aprendizagem de resultados: Uma abordagem prática para aumentar a efetividade da educação corporativa. *Campus*, 9,3-16
- Kumar, S., & Preetha, G. (2012). Health promotion: An effective tool for global health. *Indian journal of community medicine: official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 37(1), 5-12. <https://doi.org/10.4103/0970-0218.94009>
- Le Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e colectivas*. Lisboa: ASA.
- Leininger, M. (2007). *Crítérios de avaliação e de crítica de estudos de avaliação qualitativa*. In J. Morse (Ed.), *Aspectos essenciais da metodologia de investigação* (pp. 102-121.). Lisboa: Formasau.
- Leite, S. (2012). Afetividade nas práticas pedagógicas. *Temas em Psicologia*, 20(2), 355-368. <https://doi.org/10.9788/TP2012.2-06>
- Lerner, R. M. (2017). Commentary: Studying and testing the positive youth development model: A tale of two approaches. *Child Development*, 88(4), 1183-1185. <https://doi.org/10.1111/cdev.12875>
- Lima, J. L. O., & Manini, M. P. (2016). Metodologia para análise de conteúdo qualitativa integrada à técnica de mapas mentais com o uso dos softwares Nvivo e Freemind. *Informação & Informação*, 21(3), 63-100.
- Moreira, D. (2019). Educação ao longo da vida para o local de trabalho global e intercultural. *Revista Lusófona de Educação*, 45, 43-56. <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/6990>



- Neves, M. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários: revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 8, 125-134. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII11124>.
- Oswalt, S. B., & Lederer, A. M. (2017). Beyond depression and suicide: The mental health of transgender college students. *Social Sciences*, 6(1), 20. <https://doi.org/10.3390/socsci6010020>
- Oviedo, A. D., Delgado, I. A. V., & Licona, J. F. M. (2020). Habilidades de comunicação social no cuidado humanizado de enfermagem: um diagnóstico para uma intervenção socioeducativa. *Escola Anna Nery*, 24(2).
- Rosa, M., & Amendoeira, J. (2015). Do focus groups à construção de um questionário. *Revista da UIIPS*, 3(5), 270–281. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29473/1/TESE%20Maiara%20Santos.pdf>
- Serra, M. N. (2016). Aprender a ser enfermeiro. Identidade profissional em estudantes de enfermagem. *Sisifo*, (5), 69-80. <http://sisifo.ie.ulisboa.pt/index.php/sisifo/article/viewFile/93/147>
- Silva, I., Veloso, A., & Keating, J. (2014). Focus group: Considerações teóricas e metodológicas. *Revista Lusófona de Educação*, 26 (26), 175-190. <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/4703>
- Tobo, A., El Khouri, M., Cordeiro, Q., Cunha Lima, M., Brito Junior, C., & Battistella, L. (2010). Estudo do tratamento da lombalgia crônica por meio da Escola de Postura. *Revista Acta Fisiátrica*, 17(3), 112-116. Recuperado de <http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/103347>
- Tucker, J. M., Armstrong, G. R., & Massad, V. J. (2010). Profiling a mind map user: A descriptive appraisal. *Journal of Instructional Pedagogies*, 2, 1-13. Recuperado de <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1056389.pdf>
- Veras, R., & Ferreira, S. (2010). A afetividade na relação professor-aluno e suas implicações na aprendizagem, em contexto universitário. *Educar em Revista*, 38, 219-235. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-40602010000300015>
- World Health Organization (2019). *World health statistics overview 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals* (No. WHO/DAD/2019.1). Ginebra: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311696/WHO-DAD-2019.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.



Estrategias didácticas desarrolladas con estudiantes de enfermería para el logro de competencias profesionales: Revisión integrativa

Didactic strategies develop ed hit nursing students to achieve professional competencies: Integrative review

Estratégias didáticas desenvolvidas com estudantes de enfermagem para o alcance de competências profissionais: revisão integrativa

Diana Marcela Rengifo Arias^{1*}; Mónica María López González ² & Erika Marcela Gil Londoño³

¹Magister en enfermería con énfasis en el cuidado de la salud cardiovascular. Universidad del Valle. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3956-1505>; Correo electrónico: diana.marcela.rengifo@correounivalle.edu.co

²Magister en Bioética. Corporación Universitaria Empresarial Alexander von Humboldt. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4837-3856>; Correo electrónico: monilop1@cue.edu.co

³Maestra en Enfermería. Universidad de la Costa. <https://orcid.org/0000-0002-7717-133X>; Correo electrónico: erika.gil@uncos.edu.mx

*Correspondência: Calle 4 Norte # 13- 05. Armenia, Quindío- Colombia. Correo electrónico: diana.marcela.rengifo@correounivalle.edu.co

Cómo citar este artículo: Rengifo-Arias, D.M., González, M.M.L., Gil-Londoño, E. (2023). Estrategias didácticas desarrolladas con estudiantes de enfermería para el logro de competencias profesionales: Revisión integrativa. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(65). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.65.21>

Received: 13/12/2022
Accepted: 09/02/2023.



Copyright: © 2023. Remitido por los autores para publicación en acceso abierto bajo los términos y condiciones de Creative Commons Attribution (CC/BY) license.

Abstract: The development of didactic strategies that contribute to the achievement of professional competences, requires a continuous thought of social relevance that guides the construction of disciplinary knowledge consistent with the epistemological nature of the profession and for the training of competent nurses. At present, nursing students report confusion and dissatisfaction with the progress of their learning, compromising the achievement of the provided competencies. It is essential to recognize the didactic strategies developed by nursing students to achieve learning outcomes, proposed as indicators of the quality of care learned, within the framework of professional compe

tencies. In this work, an integrative literature review was carried out using the electronic resources of ProQuest and EBSCO, 15 studies were included, most of them quasi-experimental, carried out mainly in Brazil, during 2018. The use of active didactic strategies was identified, which involve the student in the construction of knowledge related to specific teaching-learning phenomena such as communication skills, instrumental (assessment, diagnosis or intervention). It is necessary to transit, through these strategies, to pedagogical and didactic proposals that articulate disciplinary knowledge for the analysis and resolution of care situations that are typically faced at the beginning of professional practice.

Keyword: Learning; educational strategies; professional training; professional competence; nursing students.



Resumen: El desarrollo de estrategias didácticas que aportan al logro de competencias profesionales requiere una continua reflexión de pertinencia social que orienta la construcción de conocimientos disciplinares coherentes con la naturaleza epistemológica de la profesión y para la formación de enfermeros competentes. Actualmente los estudiantes de enfermería refieren confusión e insatisfacción frente al progreso de su aprendizaje, comprometiendo el logro de las competencias previstas. Resulta indispensable reconocer las estrategias didácticas desarrolladas en estudiantes de enfermería para el logro de resultados de aprendizaje, propuestos como indicadores de la calidad del cuidado aprendido, en el marco de las competencias profesionales. Para esto se realizó una revisión integrativa de literatura mediante los recursos electrónicos de ProQuest y EBSCO; se incluyeron 15 estudios, la mayoría cuasi-experimentales, realizados principalmente en Brasil, durante el año 2018. Se identificó la utilización de estrategias didácticas activas, que involucran al estudiante en la construcción de conocimientos relacionados con fenómenos de enseñanza-aprendizaje específicos como habilidades comunicativas, instrumentales (valoración, diagnóstico o intervención). Se hace necesario transitar, mediante estas estrategias, a propuestas pedagógicas y didácticas articuladoras de saberes disciplinares para el análisis y la resolución de situaciones de cuidado a las que típicamente se hace frente al inicio del ejercicio profesional.

Palabras clave: Aprendizaje; estrategias educativas; capacitación profesional; competencia profesional; estudiantes de enfermería.

Resumo: O desenvolvimento de estratégias didáticas que contribuam para o alcance das competências profissionais requer uma reflexão contínua de relevância social que oriente a construção de saberes disciplinares condizentes com a natureza epistemológica da profissão e para a formação de enfermeiros competentes. Atualmente os estudantes de enfermagem relatam confusão e insatisfação com o andamento de sua aprendizagem, comprometendo o alcance das competências planejadas. É imprescindível reconhecer as estratégias didáticas desenvolvidas nos estudantes de enfermagem para o alcance dos resultados de aprendizagem, propostas como indicadores da qualidade do cuidado aprendido, no âmbito das competências profissionais. Para isso, foi realizada uma revisão integrativa da literatura utilizando os recursos eletrônicos da ProQuest e EBSCO; Foram incluídos 15 estudos, a maioria quase experimentais, realizados principalmente no Brasil, durante 2018. Foi identificada a utilização de estratégias didáticas ativas, que envolvem o aluno na construção de conhecimentos relacionados a fenômenos específicos de ensino-aprendizagem, como habilidades de comunicação, instrumental (avaliação, diagnóstico ou intervenção). É necessário transitar, por meio dessas estratégias, para propostas pedagógicas e didáticas que articulem saberes disciplinares para a análise e resolução de situações de cuidado tipicamente enfrentadas no início da prática profissional.

Palavras chave: Aprendizagem; estratégias educacionais; capacitação profissional; competência profissional; estudantes de enfermagem.

INTRODUCCIÓN

La formación de enfermeros competentes, ha sido objeto de discusión desde el inicio de la profesionalización de esta ciencia disciplinar (Muñiz Granoble et al., 2019; Sebold et al., 2016), generando avances importantes frente a la formación de los futuros profesionales, sobre todo en temas relacionados con los procesos enseñanza-aprendizaje, destacándose el interés por la didáctica (Reyes et al., 2018) y los diferentes modelos pedagógicos que permiten la construcción de sentido frente a las situaciones de cuidado.



Cuidado que está supeditado a las transformaciones propias de las realidades humanas, sociales, políticas y ambientales que experimenta el ser humano durante su existencia; de allí que resulte vital la reflexión constante sobre la pertinencia social que orienta la formación superior de estos profesionales. En la actualidad, se identifica ambigüedad entre la teoría y la práctica de enfermería, (González-García et al., 2020; Santos et al., 2019; Tejada et al., 2019) lo cual genera en el estudiante confusión e insatisfacción frente al aprendizaje que desarrolla (Tejada et al., 2019) y compromete el logro de las competencias.

Evidencia de esto, son los resultados obtenidos en las pruebas nacionales, que se aplican a los estudiantes de último año para comprobar el desarrollo de las competencias profesionales, por medio de preguntas que determinan la capacidad de utilizar lo aprendido en la resolución de problemas y situaciones a las que típicamente se enfrenta al inicio de su ejercicio profesional (Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior [CENEVAL], 2020; Educación, 2018; Pro, 2019).

En Colombia, estas situaciones se relacionan con competencias específicas (Atención en salud; cuidado de enfermería en los ámbitos clínico y comunitario, promoción de la salud y prevención de la enfermedad) y competencias genéricas (lectura crítica; razonamiento cuantitativo, competencias ciudadanas, comunicación escrita, e inglés) (Educación, 2018); en México, con Educación y promoción de la salud; cuidados integrales al paciente; técnicas y procedimientos; gestión, administración e investigación (CENEVAL, 2020).

En los últimos años, los estudiantes de enfermería evaluados en Colombia han reportado el logro de las competencias específicas mayoritariamente entre los niveles 2 (supera las preguntas de menor complejidad de cada módulo del examen) y 3 (muestra un desempeño adecuado en las competencias exigibles para los módulos del examen), obteniendo resultados cercanos a la media propuesta en una escala valorativa entre 0 y 300 puntos. Por su parte, menos del 20% de los estudiantes mexicanos alcanzaron un resultado sobresaliente en las cuatro áreas de conocimiento; el 48.4% obtuvo un resultado satisfactorio en el área de Técnicas y procedimientos y más del 50% en el área de Gestión, administración e investigación; el resultado del testimonio de desempeño aún no satisfactorio fue de 46.1% correspondiente a las cuatro áreas del conocimiento (CENEVAL, 2020); situación que resulta al menos confrontante, cuando son los profesores adscritos a las unidades académicas vinculadas a las Instituciones de Educación Superior -IES-, quienes estructuran los diferentes ítems que constituyen estas pruebas nacionales.

Producto del análisis de estos resultados, la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería -ACOFAEN- (Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, 2020) en el 2021, recomienda la implementación de modelos de aprendizaje significativo y el uso de estrategias didácticas que promuevan la construcción de conocimientos contextualizados, para responder disciplinariamente, desde la integración de saberes propios y actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas (Ley 911 de 2004, 2004) a los llamados de cuidado presentes en las situaciones de enfermería, proporcionando



elementos para el razonamiento y juicio clínico; por lo que resulta indispensable reconocer las estrategias didácticas desarrolladas con los estudiantes de enfermería para el logro de resultados de aprendizaje, propuestos como indicadores de la calidad del cuidado aprendido, en el marco de las competencias profesionales.

METODOLOGÍA

Revisión integrativa de literatura (A. M. Andrade et al., 2017); la estructura AOSP (Cã Nón & Buitrago-Gómez, 2016) permitió identificar los descriptores que guiaron la búsqueda avanzada, expuestos en la tabla 1, mediante recursos electrónicos como ProQuest y EBSCO, que integran aproximadamente 82 bases de datos entre las cuales se destacan: Nursing & Allied Health, Canadian Business & Current Affairs, Health & Medicine, Health & Medical Collection, MEDLINE, Nursing Reference Center Plus, Elsevier, Nursing Reference Center Plus; la criba se realizó individualmente, los hallazgos fueron llevados a un gestor bibliográfico para eliminar duplicados.

Tabla 1 Algoritmo de búsqueda planteado según estructura AOSP

A: adjetivo interrogativo	O: propósito o lo que se pretende estudiar del fenómeno	S: situación o fenómeno en estudio		P: población objeto y su contexto	
Cuáles	Estrategias didácticas	Calidad de cuidado aprendido		Estudiantes de enfermería	
Algoritmo de búsqueda	Estrategias didácticas OR Estrategias instruccionales	A N D	Competencias profesionales OR Competencias clínicas	A N D	Estudiantes de enfermería OR Estudiante de enfermería.
	Rúbricas OR Listas de chequeo	A N D	Competencias profesionales OR Competencias clínicas	A N D	Estudiantes de enfermería OR Estudiante de enfermería.

Fuente: Elaboración propia.

Como criterios de elegibilidad, se verificó que los artículos se relacionarán con estrategias pedagógicas utilizadas en el proceso de enseñanza-aprendizaje en estudiantes de enfermería para el logro de las competencias profesional. Para la selección se tuvo en cuenta un periodo de publicación máximo de cinco años y en idioma inglés, español o portugués. Se empleó una ficha de verificación, que contenía información sobre los criterios de elegibilidad, en los apartados de título, resumen y texto completo; siendo seleccionados sólo aquellos documentos que cumpliesen con las tres condiciones.

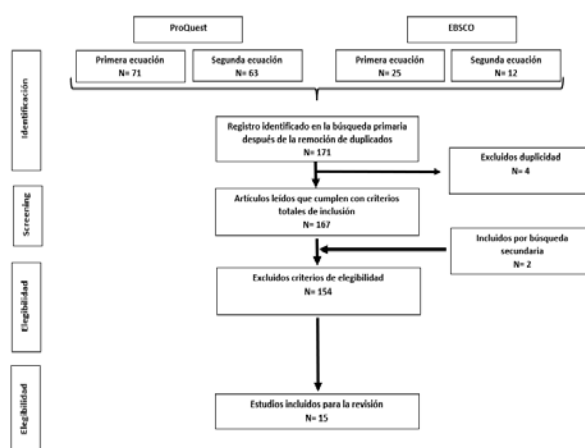
La revisión de los documentos se realizó de forma independiente por cada una de las investigadoras, quienes registraron su evaluación y justificación en el instrumento de recolección que contenía variables como: título, año de publicación, agregador o recursos,

país, objetivo del estudio, estrategia didáctica, fenómeno de enseñanza-aprendizaje, resultados representativos; los desacuerdos se resolvieron por consenso entre revisores.

RESULTADOS

La figura 1 describe el proceso de selección; la revisión inicial arrojó 171 documentos identificados, de éstos, cuatro fueron descartados como duplicados, posteriormente, se añadieron dos documentos mediante búsqueda secundaria, obteniendo un total de 169 documentos. Durante el proceso de selección, 154 documentos fueron excluidos, en total 15 documentos fueron analizados.

Figura 1. Proceso de selección de información (PRISMA)



Fuente: Elaboración propia

La tabla 2, describe aspectos relacionados con los textos, incluyendo fuente, tipo de estudio, año de publicación y país de origen. Es importante mencionar que la mayoría de los documentos analizados corresponden a estudios cuasiexperimentales (50%); 40% de ellos publicados en el 2018; siendo Brasil el país donde se ha desarrollado la mayor contribución frente al análisis del fenómeno en estudio (30%).

Las estrategias didácticas se conciben como los procedimientos que el docente utiliza en forma reflexiva y flexible para promover el logro de aprendizajes significativos en los estudiantes (Flores et al., 2017), orientados al desarrollo de las competencias en el campo profesional, que para el caso particular, se trata de dar cuidado de enfermería, trabajar inter profesionalmente en los campos de la asistencia, atención primaria en salud, participar en la implementación, desarrollo y control de las Rutas Atención en Salud, educación en salud, investigación, proyección social, campo empresarial y de forma independiente,



gerencial y administrativa en salud (Asociación Colombiana de facultades de Enfermería, 2020).

Tabla 2. Características de los artículos seleccionados para el análisis

Artículo	Recursos electrónicos	Tipo de estudio	Año de publicación	País de origen
E1. (Furnes et al., 2018)	ProQuest	Exploratorio	2018	Noruega
E2. (Bahar et al., 2017)	EBSCO	Ensayo controlado	2017	Turquía
E3. (Hayes et al., 2017)	ProQuest	Cualitativo	2017	Australia
E4. (Abelsson & Bisholt, 2017)	Science Direct (búsqueda secundaria)	Observacional	2017	Suecia
E5. (Jarvill et al., 2018)	Science Direct (búsqueda secundaria)	Ensayo aleatorizado	2018	Estados Unidos
E6. (Bijani et al., 2019)	EBSCO	Intervención	2019	Irán
E7. (Marques, 2019)	ProQuest	Cualitativo	2019	Portugal
E8. (Sebold et al., 2018)	EBSCO	Cualitativo	2018	Brasil
E9. (Kolchraiber et al., 2019)	ProQuest	Intervención prospectiva	2018	Brasil
E10. (López Cantero et al., 2021)	ProQuest	Cuasi-experimental	2021	España
E11. (Frota et al., 2018)	ProQuest	Cuasi-experimental	2018	Brasil
E12. (Ferri et al., 2019)	EBSCO	Ensayo controlado	2019	Italia
E13. (Tavares et al., 2018)	ProQuest	Cualitativo	2018	Brasil
E14. (Mártires et al., 2019)	ProQuest	Cuasi-experimental	2019	Brasil
E15. (Godoy-Pozo et al., 2019)	ProQuest	Cualitativo	2017	Chile

Fuente: Elaboración propia

Se logra evidenciar que la mayoría de los artículos revisados hacen mención a estrategias activas, reconociendo los avances frente a la transformaciones en los procesos enseñanza-aprendizaje, entre ellas, el uso de escenarios de simulación, el análisis de casos, los juegos de roles y el uso de videos, que promueven el aprendizaje colaborativo para el desarrollo de conocimientos orientados a fenómenos de aprendizaje específicas como habilidades comunicativas, instrumentales (relacionadas con los procesos de valoración, diagnóstico y/o intervención) y se destacan algunas estrategias tendientes al fomento del pensamiento crítico (Tabla 3).

DISCUSIÓN: La competencia profesional declarada para la disciplina de enfermería, requiere la integración de saberes de las ciencias básicas, sociales, humanas y específicas, para la gestión y el cuidado de las personas, familias y grupos en los diferentes ámbitos del ejercicio profesional; de allí que sea necesario el desarrollo de pensamiento crítico; mediante el cual el estudiante realiza una acción controlada y consciente, utilizando estrategias razonadas para obtener el desempeño profesional esperado (Alfaro-LeFevre, 2017).



El pensamiento crítico implica la capacidad de contrastar la realidad social, política, ética y personal implícita en las situaciones de la práctica profesional, para poder tomar posturas transformadoras frente a las situaciones de salud que experimentan las personas (Bezanilla-Albisua et al., 2018).

Tabla 3. Características de los artículos seleccionados según estrategia pedagógica y fenómeno de enseñanza- aprendizaje.

Artículo	Estrategia pedagógica	Fenómeno de enseñanza- aprendizaje
E1. (Furnes et al., 2018)	Videojuego de roles.	Habilidades de comunicación efectivas.
E2. (Bahar et al., 2017)	Videos y método de demostración	Habilidades en administración de medicamentos
E3. (Hayes et al., 2017)	Juego de roles	Habilidades de administración de medicamentos
E4. (Abelsson & Bisholt, 2017)	Simulación	Cuidados dirigidos a los pacientes en situaciones agudas.
E5. (Jarvill et al., 2018)	Video de modelado de roles de experto, en un escenario de simulación.	Habilidades clínicas como la técnica estéril
E6. (Bijani et al., 2019)	Casos y las conferencias	Las habilidades en el diagnóstico de las arritmias cardiacas
E7. (Marques, 2019)	Notas de campo y diarios de aprendizaje	Toma de decisiones intervención; focalización; momento; comunicación; administración; y comprensión.
E8. (Sebold et al., 2018)	Juego de roles	Atención de enfermería en el acto de cuidar.
E9. (Kolchraiber et al., 2019)	Estudio de caso y bases de datos.	Principios de la epidemiología crítica.
E10. (López Cantero et al., 2021)	Técnicas de análisis de incidentes críticos y causa raíz (RCA)	Seguridad del paciente
E11. (Frota et al., 2018)	Hipermedia educativo	Venopunción periférica
E12. (Ferri et al., 2019)	Seminario dirigido por experto	Empatía
E13. (Tavares et al., 2018)	Proyectos de intervención	Promoción de la salud, la ciudadanía y el empoderamiento de personas y comunidades.
E14. (Mártires et al., 2019)	Aprendizaje cooperativo	Pensamiento crítico
E15. (Godoy-Pozo et al., 2019)	Aprendizaje-servicio	Capacidades prácticas, cognitivas y sociales

Fuente: Elaboración propia

Estos procesos de integración, raramente ocurren en el desarrollo académico propuesto en las aulas de clase, puesto que, si bien promueven la participación activa de los estudiantes en la construcción del conocimiento, se circunscriben a fenómenos particulares, que aunque contribuyen al desarrollo de la competencia, tienen como desafío ser integrados en solitario por el estudiante, a quien, durante el proceso de enseñanza-aprendizaje se le expone a un currículo fraccionado y desarticulado, que compromete el logro de la competencia profesional (P. de O. N. Andrade et al., 2019; Bazrafkan & Kalyani, 2018; Santos et al., 2019; Tejada et al., 2019).

Esta situación representa un verdadero desafío, puesto que, aunque se ha transitado a modelos de aprendizaje alejados de los paradigmas tradicionales de la educación, aún es necesario ahondar en estrategias que reflejen y promuevan la construcción de conocimientos disciplinares coherentes con la naturaleza epistemológica de la enfermería.

Lo cual implica el desarrollo de estrategias didácticas articuladoras de saberes, mediante el análisis y la resolución de situaciones de cuidado; este ejercicio articulador ha



sido propuesto desde 1978 por la profesora Barbara Carper, quien mediante los patrones de conocimiento promueve un desarrollo curricular que favorece y propende esta integración para la comprensión de los fenómenos de la práctica (Duque-Castro et al., 2019; Escobar-Castellanos¹ & Sanhueza-Alvarado², 2018), entendidos en el marco de las competencias profesionales, que de alguna manera refleja la calidad del cuidado aprendido.

En este sentido, a partir de los hallazgos obtenidos, se clasificó los fenómenos de enseñanza-aprendizaje frente a su contribución en el desarrollo de los conocimientos propuestos desde los patrones de conocimiento de Carper (Tabla 4).

Tabla 4. Fenómenos de enseñanza aprendizaje según patrones de conocimiento

Estrategia pedagógica	Fenómeno de enseñanza aprendizaje	Patrón de conocimiento relacionado
Escenarios de simulación	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados dirigidos a los pacientes en situaciones agudas • Venopunción periférica 	Personal Estético Empírico
Análisis de casos	<ul style="list-style-type: none"> • Seguridad del paciente • Principios de la epidemiología crítica • Capacidades prácticas, cognitivas y sociales • Promoción de la salud, la ciudadanía y el empoderamiento de personas y comunidades • Pensamiento crítico 	Empírico Estético Personal
Juegos de roles	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades de administración de medicamentos • Habilidades de comunicación efectivas • Atención de enfermería en el acto de cuidar. 	Estético Empírico
Videos	<ul style="list-style-type: none"> • Venopunción periférica • Habilidades clínicas como la técnica estéril • Habilidades en administración de medicamentos 	Estético

Fuente: Elaboración propia

CONCLUSIONES

El conocimiento de enfermería se orienta a la transformación de situaciones de salud presentes en realidades humanas, complejas por naturaleza; por lo que, la formación profesional debe de promover el desarrollo de competencias que integren conocimientos de las ciencias básicas, humanas, sociales y disciplinares mediante habilidades de pensamiento crítico desde procesos de metacognición.

Con el propósito de facilitar la construcción de conocimientos articuladores, requeridos para la resolución de situaciones y en cumplimiento al desarrollo integral de las competencias profesionales, es necesario promover estrategias didácticas articuladoras que favorezcan la integración de conocimientos, por lo cual, la propuesta de los patrones de conocimiento resulta razonable para el desarrollo de estas estrategias.

BIBLIOGRAFÍA

Abelsson, A., & Bisholt, B. (2017). Nurse students learning acute care by simulation – Focus on observation and debriefing. *Nurse Education in Practice*, 24, 6–13. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.03.001>



- Alfaro-LeFevre, R. (2017). *Pensamiento crítico, razonamiento clínico y juicio clínico*. Madrid: Elsevier.
- Andrade, A. M., Silva, K. L., Seixas, C. T., & Braga, P. P. (2017). Nursing practice in home care: an integrative literature review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(1), 210–219. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0214>
- Andrade, P. de O. N., de Oliveira, S. C., Morais, S. C. R. V., Guedes, T. G., de Melo, G. P., & Linhares, F. M. P. (2019). Nursing Students' Experiences of Clinical Practices in Emergency and Intensive Care Units. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(3), 624–631. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0065>
- Asociación Colombiana de facultades de Enfermería. (2020). *Lineamientos Mínimos de la Calidad en la Formación de Enfermería en Colombia*. 61.
- Lopez Cantero, N., Gonzalez- Chorda, V. M., Valero-Chillerón, M. J., Mena-Tudela, D., Andreu-Pejó, L., Vila-Candel, R., & Cervera-Gasch, Á. (2021). Attitudes of Undergraduate Nursing Students towards Patient Safety: A Quasi-Experimental Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1429. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18041429>
- Bahar, A., Arslan, M., Gokgoz, N., Ak, H., & Kaya, H. (2017). Do Parenteral Medication Administration Skills of Nursing Students Increase with Educational Videos Materials? *International Journal of Caring Sciences*, 10(3), 1514–1525.
- Bazrafkan, L., & Kalyani, M. N. (2018). Nursing students' experiences of clinical education: A qualitative study. *Investigacion y Educacion En Enfermeria*, 36(3). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v36n3e04>
- Bezanilla-Albisua, M. J., Poblete-Ruiz, M., Fernández-Nogueira, D., Arranz-Turnes, S., & Campo-Carrasco, L. (2018). El Pensamiento Crítico desde la Perspectiva de los Docentes Universitarios. *Estudios Pedagógicos*, 44(1), 89–113. <https://doi.org/10.4067/s0718-07052018000100089>
- Bijani, M., Hashemi, S., Rostami, K., Soudagar, S., Salami-Kohan, K., & Ghasemi, A. (2019). A comparative study of the effectiveness of case-based learning and lecturing in enhancing nursing students' skills in diagnosing cardiac dysrhythmias TT. *Revista Latinoamericana de Hipertension*, 14(6), 651–655.
- Cã Nón, M., & Buitrago-Gómez, Q. (2018). Metodología de investigación y lectura crítica de estudios. La pregunta de investigación en la práctica clínica: guía para formularla. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(3), 193-200. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.06.004>
- Centro Nacional para la Evaluación de la Educación Superior CENEVAL, C. N. de E. (2020). *Informe Anual de Resultados*. Bogotá: CENEVAL
- Ley 911 de 2004, 2004 15 (2004). Recuperado de https://www.mineducacion.gov.co/1621/articulos-105034_archivo_pdf.pdf
- Duque-Castro, J. A., Ortiz-Urbano, J., & Rengifo-Arias, D. M. (2019). Entorno y cuidado: circunstancias que influyen en la calidad de la atención médica percibida por los colombianos. *MedUNAB*, 21(2), 60–68. <https://doi.org/10.29375/01237047.2799>
- Educación, M. de. (2018). Reporte de Resultados Programas académicos de Enfermería. *Saber Pro*. Recuperado de <http://www2.icfesinteractivo.gov.co/resultados-saber2016-web/pages/publicacionResultados/agregados/saberPro/prac/agregadosPrac.jsf#>
- Escobar-Castellanos, B., & Sanhueza-Alvarado, O. (2018). Patrones de conocimiento de Carper y expresión en el cuidado de enfermería: T.T. Carper knowledge patterns and expression in nursing care: TT - Modelos de conhecimento da Carper e expressão no cuidado de enfermagem: Enfermería. *Cuidados Humanizados*, 7(1), 27–42. <https://doi.org/10.22235/ech.v7i1.1540>



Ferri, P., Rovesti, S., Padula, M. S., D'Amico, R., & Lorenzo, R. Di. (2019). Effect of expert-patient teaching on empathy in nursing students: a randomized controlled trial. *Psychology Research and Behavior Management*, 12, 457–467. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.2147/PRBM.S208427>

Flores, J., Avila, J., Rojas, C., Sáez, F., Acosta, R., & Díaz, C. (2017). Estrategias didácticas (Universidad de Concepción (Ed.). Recuperado de http://docencia.udec.cl/unidd/images/stories/contenido/material_apoyo/ESTRATEGIAS_DIDACTICAS.pdf

Frota, N. M., Neto, N. M. G., Barros, L. M., Pereira, F. G. F., Melo, G. A. A., & Caetano, J. Á. (2018). Hypermedia on peripheral venipuncture: effectiveness in teaching nursing students TT - Hipermedia sobre punção venosa periférica: efetividade no ensino de acadêmicos de enfermagem Hipermedia sobre punção venosa periférica: la efectividad en la enseñanza. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(6), 2983. <https://bd.univalle.edu.co/scholarly-journals/hypermedia-on-peripheral-venipuncture/docview/2162720186/se-2?accountid=174776>

Furnes, M., Kvaal, K. S., & Høye, S. (2018). Communication in mental health nursing - Bachelor Students' appraisal of a blended learning training programme - An exploratory study. *BMC Nursing*, 17(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0288-9>

Godoy-Pozo, J., Illesca-Pretty, M., Seguel-Palma, F., & Salas-Quijada, C. (2019). Desarrollo y fortalecimiento de competencias genéricas en estudiantes de enfermería a través de la metodología aprendizaje-servicio/Development and strengthening of generic skills in nursing students through the service learning methodology. *Revista de la Facultad de Medicina*, 67(3), 261–270. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v67n3.69014>

González-García, M., Lana, A., Zurrón-Madera, P., Valcárcel-Álvarez, Y., & Fernández-Feito, A. (2020). Nursing Students' Experiences of Clinical Practices in Emergency and Intensive Care Units. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5686. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17165686>

Hayes, C., Jackson, D., Davidson, P. M., Daly, J., & Power, T. (2017). Calm to chaos: Engaging undergraduate nursing students with the complex nature of interruptions during medication administration. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23–24), 4839–4847. <https://doi.org/10.1111/jocn.13866>

Jarvill, M., Kelly, S., & Krebs, H. (2018). Effect of Expert Role Modeling on Skill Performance in Simulation. *Clinical Simulation in Nursing*, 24, 25–29. <https://doi.org/10.1016/j.cens.2018.08.005>

Kolchraiber, F. C., Freitas, M. A. de O., de Santana, C. L. A., Hino, P., de Souza, K. M. J., & Gamba, M. A. (2019). Pedagogical strategy for teaching and learning Epidemiology in Nursing undergraduate school TT - Estrategia pedagógica para o ensino-aprendizagem da Epidemiologia na Graduação em Enfermagem Estrategia pedagógica para la enseñanza-aprendizaje de la Epidem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 414–419. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0077>

Marques, M. de F. M. (2019). Decision making from the perspective of nursing students TT - A tomada de decisão na visão dos estudantes de enfermagem La toma de decisiones en la visión de los estudiantes de enfermería. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(4), 1102–1108. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0311>

Mártires, A., Monteiro, M. J., Rainho, M. da C., & Branco, M. Z. C. (2019). Promoção de competências de pensamento crítico em estudantes de enfermagem. *Revista Lusófona de Educação*, 44(44). <https://bd.univalle.edu.co/scholarly-journals/promoção-de-competências-pensamento-crítico-em/docview/2282999624/se-2?accountid=174776>

Muñiz Granoble, G. J., García Martínez, M. A., Lucia, C., Orozco, R., Sánchez Hernández, C. A., Beatriz, L., & Toledo, S. (2019). Competences for Being and Do in nursing: Systematic review and empirical analysis. Recuperado de



www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/rt/printerFriendly/3339/450<http://orcid.org/0000-0002-4898-3523><http://orcid.org/0000-0001-5513-5170><http://orcid.org/0000-0002-6044-9657><http://orcid.org/0000-0001-9246-7377>

Pro, S. (2019). Módulos específicos No adoptado Informe de resultados Saber Pro 2019 los ámbitos clínico y comunitario. Recuperado de <https://eservicioseducativos.com/blog/estructura-saber-pro/>

Reyes, J. R., Álvarez, L. N. R., & Pomarede, M. J. M. (2018). Pedagogic aspects in nursing education: Integrative review. *Investigacion y Educacion En Enfermeria*, 36(3). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v36n3e03>

Santos, B. P., de Sá, F. M., Pessan, J. E., Criveralo, L. R., Bergamo, L. N., Gimenez, V. C. de A., Fontes, C. M. B., & Plantier, G. M. (2019). The training and praxis of the nurse in the light of nursing theories TT - Formação e praxis do enfermeiro á luz das teorias de enfermagem La formación y la praxis del enfermero bajo las teorías de enfermería. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 566–570. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0394>

Sebold, L. F., Boe, J. E. W., Fermo, V. C., Girondi, J. B. R., & dos Santos, J. L. G. (2018). Role-playing: teaching strategy that encourages reflections on nursing care TT - Role-playing: estratégia de ensino que propicia reflexões sobre o cuidado de enfermagem Role-playing: estrategia de enseñanza que propicia reflexiones sobre la atención de. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 2706. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0733>

Sebold, L. F., Kempfer, S. S., Radünz, V., Prado, M. L. do, Tourinho, F. S. V., & Girondi, J. B. R. (2016). Care is... nursing student perceptions: A Heideggerian perspective. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 20(2), 243–247. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160032>

Tavares, E. A. de O., Pinheiro, M. T. de S. F., & José, H. M. G. (2018). Community intervention in the Nursing education: experience report TT - Intervenção comunitaria na educação em enfermagem: relato de experiencia Intervención comunitaria en la educación en enfermería: relato de experiencia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 1774–1778. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0351>

Tejada, S., Ramirez, E. J., Díaz, R. J., & Huyhua, S. C. (2019). Práctica pedagógica en la formación para el cuidado de enfermería. *Enfermería Universitaria*, 16(1). <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.1.577>



Medidas preventivas y costumbres en las familias no contagiadas por la COVID-19 durante el confinamiento

Preventive measures and customs in families not infected by COVID-19 during confinement

Medidas preventivas e costumes em famílias não infectadas pelo COVID-19 durante o confinamento

Ana Alondra Ascorbe-Amaya¹; Rosa Jeuna Díaz-Manchay^{2*}; Angelica Soledad Vega-Ramírez³; Lisseth Dolores Rodríguez Cruz⁴; Flor de María Mogollón-Torres⁵; Francisca Constantino-Facundo⁶

¹Estudiante de la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo- Chiclayo, Perú. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4764-5231>; Correo electrónico: azcorbeana97@gmail.com

²Doctor en ciencias de enfermería. Especialista en salud familiar y comunitaria. Docente de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo- Chiclayo, Perú. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2333-7963>; Correo electrónico: rdiaz@usat.edu.pe.

³Magister en ciencias de enfermería. Especialista en salud familiar y comunitaria. Docente de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo- Chiclayo, Perú. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7877-1436>; Correo electrónico: avega@usat.edu.pe.

⁴Doctoranda en Ciencias de Enfermería de la Universidad de Navarra-España. Docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo Chiclayo, Perú. Teléfono: 991493120. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1742-9498>; Correo electrónico: lrodriguez@usat.edu.pe.

⁵Magister en ciencias de enfermería. Especialista en neonatología. Docente de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo- Chiclayo, Perú. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2605-546X>; Correo electrónico: fmogollon@usat.edu.pe.

⁶Magister en Enfermería con mención en Salud del Adulto y Anciano. Especialista en Enfermería Nefrológica y en Docencia en Enfermería. Docente de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo- Chiclayo, Perú. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5494-5806>; Correo electrónico: fconstantino@usat.edu.pe

Cómo citar este artículo: Ascorbe-Amaya, A. A., Díaz-Manchay, R.J., Vega-Ramírez, A.S., Rodríguez-Cruz, L. D., Mogollón-Torres, F.M., Constantino-Facundo, F. (2023). Medidas preventivas y costumbres en las familias no contagiadas por la COVID-19 durante el confinamiento. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(65). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.65.22>

Received: 03/12/2022

Accepted: 08/02/2023.



Copyright: © 2023. Remitido por los autores para publicación en acceso abierto bajo los términos y condiciones de Creative Commons Attribution (CC/BY) license.

***Correspondencia:** Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Av. San Josemaría Escrivá de Balaguer Nº 855, CP: 14001. Chiclayo, Lambayeque. Perú. Correo electrónico: rdiaz@usat.edu.pe

Abstract: Despite the exuberant figures of those infected and deceased by COVID-19, there are families that were not infected. Objective: To describe the preventive measures and customs in families not infected by COVID-19 during confinement. Method: Descriptive qualitative research, 13 mothers from Ferreñafe with no member affected by COVID-19 participated. The data was collected through the semi-structured interview through telephone calls and processed manually, with the thematic content analysis. Results: Four categories were obtained: a) Preventive measures when leaving the home: use of a mask, alcohol and social distancing, b) Preventive measures at home: hand



washing, disinfection of the home and what enters, c) Restriction of family gatherings and use of social networks, d) Change of eating habits and use of home remedies. Conclusions: The families changed some customs or practices, complied with the confinement, social distancing, restricted family gatherings, used cloth masks, medicinal alcohol, and bleach. In addition, they increased the frequency of hand washing, home hygiene, healthy eating, the use of social networks, together with the use of home remedies commonly used to prevent or treat respiratory diseases.

Keywords: Disease prevention; coronavirus infections; quarantine; culture.

Resumen: A pesar de las exuberantes cifras de infectados y fallecidos por la COVID-19, existen familias que no se infectaron. Objetivo: Describir las medidas preventivas y costumbres en las familias no contagiadas por la COVID-19 durante el confinamiento. Método: Investigación cualitativa descriptiva, participaron 13 madres de familia oriundas de Ferreñafe sin ningún integrante afectado por la COVID-19. Los datos se recolectaron mediante la entrevista semiestructurada a través de llamadas telefónicas y se procesaron de manera manual, con el análisis de contenido temático. Resultados: Se obtuvo 4 categorías: a) Medidas preventivas al salir del hogar: uso de mascarilla, alcohol y distanciamiento social, b) Medidas preventivas en el hogar: lavado de manos, desinfección del hogar y de lo que ingresa, c) Restricción de reuniones familiares y uso de redes sociales, d) Cambio de hábitos alimentarios y uso de remedios caseros. Conclusiones: Las familias cambiaron algunas costumbres o prácticas, cumplieron con el confinamiento, el distanciamiento social, restringieron las reuniones familiares, usaron mascarillas de tela, alcohol medicinal, y lejía. Además, incrementaron la frecuencia del lavado de manos, la higiene del hogar, la alimentación saludable, el uso de redes sociales, unido al uso de remedios caseros utilizados comúnmente para prevenir o tratar las enfermedades respiratorias.

Palabras clave: Prevención de enfermedades; infecciones por coronavirus; cuarentena; familia; cultura

Resumo: Apesar dos números exuberantes de infectados e falecidos pela COVID-19, há famílias que não foram infectadas. Objetivo: Descrever as medidas preventivas e costumes em famílias não infectadas pelo COVID-19 durante o confinamento. Método: Pesquisa qualitativa descritiva, participaram 13 mães de Ferreñafe sem membro afetado pelo COVID-19. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestructurada por meio de ligações telefônicas e processados manualmente, com análise de conteúdo temática. Resultados: Foram obtidas quatro categorias: a) Medidas preventivas ao sair de casa: uso de máscara, álcool e distanciamiento social, b) Medidas preventivas em casa: lavagem das mãos, desinfecção da casa e do que entra, c) Restrição de reuniões e uso familiar das redes sociais, d) Mudança de hábitos alimentares e uso de remédios caseiros. Conclusões: As famílias mudaram alguns costumes ou práticas, cumpriram o confinamento, distanciamiento social, reuniões familiares restritas, máscaras de pano usadas, álcool medicinal e alvejante. Além disso, aumentaram a frequência de lavagem das mãos, higiene doméstica, alimentação saudável, uso de redes sociais, juntamente com o uso de remédios caseiros comumente usados para prevenir ou tratar doenças respiratórias.

Palavras-chave: Prevenção de doenças; infecções por coronavírus; quarentena; cultura.

INTRODUCCIÓN

La COVID-19 es una pandemia mundial sin precedentes, en la que más de 533,360,647 de personas de 228 países se han infectado (Worldometers, 2022). Frente a ello, los gobiernos como estrategia de bloqueo para frenar la propagación del virus SARS-CoV-2, obligaron a los ciudadanos a un confinamiento obligatorio, el uso de las mascarillas, el lavado de manos y al distanciamiento social (Pan, Cui, & Qian, 2020; Adebiyi, Donga, Omukunyi, & Roman, 2022). Con ello la forma de trabajar, socializar y la dinámica familiar cambió de forma abrupta (Arango, Chanca, & Ñahuincopa, 2021).



En ese sentido, el confinamiento o cuarentena consistió en permanecer en el hogar, y que solo un miembro de la familia salga para realizar actividades indispensables como adquirir alimentos y medicamentos (Nussbaumer, et al, 2020; British Broadcasting Corporation, 2020). Al respecto, Flaxman, et al (2020), indicaron que la implementación del confinamiento después de dos a tres semanas, mostró un efecto en la disminución de fallecimientos reportados diariamente.

En este contexto, investigaciones en familias jordanas y sudafricanas reportaron que en su mayoría se adhirieron a la cuarentena (Cardwell, et al, 2022; Adebisi, Donga, Omukunyi, & Roman, 2022). Además, en Arabia informaron actitudes positivas hacia las acciones gubernamentales de la cuarentena y otras medidas, como: la higiene de manos, el distanciamiento social y la alimentación saludable (Abolfotouh, Almutairi, Banimustafa, Hagra, & Al Jeraisy, 2021).

Por otro lado, según diversas investigaciones, las familias ponen en práctica algunas costumbres aprendidas y transmitidas de generación en generación, sobre todo relacionado con el uso de la medicina tradicional. Así, en un estudio en la región de Santo Domingo de los Colorados en Ecuador, los hallazgos indican que los participantes, han recurrido a una variedad de remedios naturales, como: limón, jengibre y ajo, para tratar o prevenir la COVID-19 (Hutchins, 2020). Por su lado, Cano, Castillo, & Mena (2022) reportaron que los mitos y creencias más prevalentes en la población de estudio, fueron “rociarse con alcohol o cloro, ya que estos matan el virus” y la practica identificada, fue “usar remedios caseros para curar o prevenir el coronavirus”.

En Perú, el periodo de cuarentena o aislamiento social obligatorio inició el 16 de marzo y culminó en julio del 2020. Asimismo, las medidas preventivas contra la COVID-19, que impartió el Ministerio de Salud (2020) se dieron a través de los medios de comunicación, siendo esto de gran influencia para que las familias tengan un mayor conocimiento, de lo que debían realizar para cuidar su salud y evitar la infección con el virus.

En Lambayeque, la provincia de Ferreñafe fue uno de los distritos con mayor prevalencia de contagios y tasas de mortalidad (Centro Nacional de Estimación, Prevención y Reducción del Riesgo de Desastres, 2021), debido a que algunas familias por desconocimiento de la forma de contagio de la COVID-19, continuaron con sus costumbres familiares, como celebrar cumpleaños, matrimonios o funerales; Sin embargo, hubo familias que dejaron esas costumbres y cumplieron con todas las medidas preventivas indicadas por el Gobierno, especialmente la cuarentena y, además utilizaron algunas prácticas culturales para prevenir las enfermedades respiratorias.

De este modo, el hogar fue un refugio y la unión familiar tal vez ha sido la mayor fortaleza para afrontar esta adversidad. La familia tiene un valor emocional y de aprendizaje social, es la primera y más importante escuela, en ella se aprenden valores, rutinas,



hábitos y costumbres en relación con el cuidado de la salud (Cid, Montes, & Hernández, 2014; Brooks, et al, 2020), cabe recalcar que en la familia el principal cuidador ha sido la madre de familia. En este contexto, es que se realizó la investigación, con el objetivo de describir las medidas preventivas y costumbres en las familias no contagiadas por la COVID-19 durante el confinamiento.

METODOLOGÍA

Esta investigación fue de tipo cualitativa, descriptiva (Grove, Gray & Burns, 2016), cuyo propósito fue entender el objeto de estudio desde de experiencias de las madres de familia en su contexto cultural.

El estudio se realizó en una zona urbano marginal de la provincia de Ferreñafe, del departamento de Lambayeque, en Perú. Esta zona fue unas de las provincias más afectas por la COVID-19, pues en plena cuarentena se reunían para realizar celebraciones o sepeños, lo que favoreció que se propague el coronavirus en esta zona. Sin embargo, hubo familias que cumplieron estrictamente con la cuarentena indicada por el gobierno peruano y evitaron contagiarse con la COVID-19.

El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia, el tamaño fue de 13 madres de familia, determinadas por la técnica de saturación y redundancia. Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: Madres de familia oriundas de Ferreñafe, mayores de 18 años, con un hijo como mínimo, y que ningún miembro de su familia que viva con ella haya sido diagnosticado con la COVID-19. Se excluyeron a las madres que no desearon participar en el estudio.

El tipo de muestreo fue a través de la técnica de bola de nieve; el primer contacto fue un familiar de la investigadora principal que vive en esa zona, después ella proporcionó los datos y recomendó a otra madre que cumplía con los criterios de selección, y así sucesivamente hasta que se completó la muestra.

Para recolectar los datos se utilizó una guía de entrevista semiestructurada, elaborada por la investigadora; dentro de los datos generales se consideró aspectos tales, como: edad, ocupación, estado civil, integrantes de la familia, y como datos específicos: ¿Nárrreme que hicieron durante el aislamiento social obligatorio para no contagiarse de COVID-19?, ¿Cuáles fueron las medidas de protección que adoptó su familia para cuidarse durante el aislamiento social obligatorio?, ¿Qué cambios tuvieron con sus estilos de vida para protegerse y prevenir la COVID-19?, ¿Han utilizado remedios caseros para prevenir la COVID-19? ¿Cuáles y por qué?, ¿Qué dificultades ha tenido para adaptarse a los cambios durante el aislamiento social obligatorio?, ¿Qué recomendaciones daría para prevenir la COVID-19? Este instrumento fue revisado por tres investigadores con experiencia en la investigación cualitativa y especialistas en salud familiar y comunitaria, con la finalidad de que las preguntas respondan al objeto de estudio.



Las entrevistas se realizaron a través de llamadas telefónicas, y grabadas mediante la aplicación "Grabadora de llamadas". Para confirmar la veracidad de los datos se envió a los participantes, las transcripciones en documento Word por vía WhatsApp. Los datos se recolectaron entre los meses de enero a abril del 2021, el tiempo que duró cada entrevista fue entre 20 a 30 minutos. Por otro lado, la información recolectada será conservada por dos años para posibles auditorias, luego de este tiempo se eliminará.

Los datos adquiridos en la entrevista fueron analizados de manera manual, utilizando el método de análisis de contenido temático (Díaz, 2018): a) En el pre análisis: se transcribieron las entrevistas realizadas en documento de Word, y se releieron para identificar las ideas principales o redundantes relacionadas con el objeto de estudio. b) Codificación: se fueron identificando por cada pregunta de la entrevista, las frases más significativas que daban origen a un código, obteniéndose un total de diez códigos, y para una ubicación más rápida en los párrafos se usó el subrayado con colores. c) Categorización: Una vez identificados los códigos en cada entrevista, se agruparon por similitud en su contenido, formándose cuatro categorías, las que se ilustran en los resultados con los discursos más significativos.

Se consideraron los siguientes aspectos éticos (Simón, Viñas, & Góngora, 2020): Las madres de familia participaron de manera voluntaria previo consentimiento informado, se respetó si en el transcurso del estudio dejaban de participar, cabe indicar que ninguna desistió. No sufrieron daño físico ni emocional, en el transcurso de la entrevista no hubo ninguna manifestación de tristeza. Asimismo, las madres fueron identificadas con los siguientes códigos (MAD1, MAD2 ...MAD13) para salvaguardar su identidad. Además, se ejecutó previa aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Medicina, con Resolución N°006-2021-USAT- FMED.

Una de las dificultades que se tuvo durante la recolección de datos, fue que cinco madres de familia postergaban reiteradamente la entrevista porque sus hijos ocupaban sus celulares desarrollando sus tareas o clases virtuales, por ello las entrevistas se reprogramaron para los fines de semana.

RESULTADOS

Descripción de los informantes

Participaron en el estudio, 13 madres de familia oriundas de Ferreñafe, cuyas edades fueron entre los 18 a los 60 años de edad. En cuanto a su ocupación, todas ellas reportaron ser amas de casa. En relación a su grado de instrucción, todas cuentan con educación secundaria completa. Según su estado civil, el 95 % de ellas son casadas y el otro 5 % solteras, con un promedio de 2 a 3 hijos por familia.

Descripción del escenario cultural



Las viviendas de las familias en estudio se ubican en la zona urbano marginal de la provincia de Ferreñafe, del departamento de Lambayeque-Perú, las mismas que cuentan con características culturales muy propias, como: una variada gastronomía, fiestas tradicionales, danzas y también actividades económicas, como la agricultura, el comercio, la ganadería; siendo unas de las provincias más afectas por la COVID-19 del departamento. La mayoría de viviendas de las familias, son de material rústico, algunas con material noble y otras con adobe, el piso de cemento y el techo con calamina. Todas las casas cuentan con luz, agua y desagüe, también con artefactos tipo televisor, radio (equipo sonido).

Después de un minucioso procesamiento de las entrevistas dirigidas a las madres de familia se han seleccionado los discursos más significativos que ilustran cada una de las cuatro categorías:

a. Medidas preventivas al salir del hogar: Uso de mascarilla, alcohol y distanciamiento social

Las madres del estudio manifestaron que, de la familia, solo salía un miembro, para comprar los víveres debido al aislamiento social obligatorio decretado por el Gobierno y utilizaba equipo de protección personal, conformado por: mascarillas y protector facial, y respetaban el distanciamiento social (2 metros). Por otro lado, usaban el alcohol como desinfectante de las manos y/o superficies dentro y fuera del hogar. En cuanto al uso de mascarillas, en su mayoría eran de tela, hechas por las madres de familia ya que estaban muy costosas y escasas. Todas estas medidas permitieron exponerse al exterior y sentirse protegidos, evitando así contagiarse y contagiar a su familia. Tal como lo manifiestan:

“Nosotros cumplimos con el aislamiento domiciliario, instalamos todas las medidas preventivas para no contagiarnos... solo salía uno de nosotros para hacer las compras, a veces mi esposo o yo, nos protegimos con la mascarilla de tela, porque no teníamos dinero para comprar las mascarillas médicas, pues estuvieron muy caras... también nos desinfectamos con alcohol... usamos el protector facial, tratábamos de estar alejados de los demás al menos por dos metros” (MAD3, MAD7).

“Nosotros cumplimos con el aislamiento domiciliario... cada vez que alguien salía a la calle usaba su mascarilla, protector facial y llevaba alcohol para desinfectarnos en todos los momentos necesarios o cuando cogíamos alguna cosa o superficie de la calle” (MAD8).

“Tenía miedo de salir a la calle, pero necesitaba comprar los alimentos... durante ese tiempo todo se puso demasiado caro, por eso confeccione mascarillas con unos polos viejos de mis hijos y las usaba para ir de compras... rezaba mucho y menos mal nadie de mi familia se contagió” (MAD5, MAD12).

“Nosotros evitábamos salir de casa... utilizamos mascarilla de tela cuando salíamos a comprar, porque no nos alcanzaba para comprar las otras mascarillas ya que estaban muy caras... pero manteníamos el distanciamiento de 2 metros con las otras personas, usamos alcohol, y así no nos contagiamos” (MAD1, MAD13).



b. Medidas preventivas en el hogar: Lavado de manos, desinfección del hogar y de lo que ingresa

En este estudio, la mayoría de madres manifestaron que mejoró la práctica del lavado de manos y lo hacían con mayor frecuencia que antes. Además, solo salía el padre o la madre para comprar los víveres, al retorno específicamente en la puerta de la vivienda se desinfectaban los zapatos con lejía y uno de los hijos le roseaban con alcohol e iban directamente a la ducha, mientras la madre desinfectaba las bolsas del mercado las rociaba con alcohol y luego lavaba los alimentos. Mientras, otro miembro de la familia se encargaba de desinfectar el hogar, de modo que mantenían una estricta higiene personal, del hogar y desinfectaban todo lo que ingresaba a la casa. Como lo indican en los discursos:

“En nuestro hogar nos lavamos las manos a cada rato con agua y jabón como nunca antes lo hacíamos...cada vez que mi esposo o mi hijo llegaba de hacer las compras se desinfectaban los zapatos o zapatillas en el agua con detergente y lejía que habíamos puesto en la entrada de la casa, luego ese calzado los poníamos al sol, se ponía sandalias limpias y lo desinfectábamos con alcohol rociándole por toda su ropa, al igual que todas las bolsas de las compras, luego lavamos todos los productos con agua y lejía y lo poníamos a secar al sol” (MAD1, MAD5).

“Antes de la pandemia no teníamos mucho cuidado con la higiene, pero ahora todos nos lavamos las manos a cada momento, ya sea cuando regresamos de la calle, o antes y después de comer... mi esposo se bañaba para desinfectarse cuando regresaba del mercado... desinfectaba los alimentos comprados con alcohol o lejía, y mis hijos se encargaban de la limpieza del hogar” (MAD6, MAD10).

“Para no contagiarnos de esa enfermedad tuve que decirles a mis hijos que se laven las manos con agua y jabón a cada rato...uno de mis hijos se encargaba de desinfectar las cosas del mercado con alcohol, ya sea alimentos o útiles de aseo, otro ayudaba con la limpieza de la casa...así mantuvimos limpio todo y no nos contagiarnos” (MAD4).

“Seguimos los protocolos de desinfección al ingresar a nuestras casas, nos rociábamos alcohol desde la cabeza hasta los pies, teníamos un pisador con agua y lejía fuera de la casa para desinfectar nuestros zapatos, nos cambiamos de zapatos para entrar a la casa, me bañaba e inmediatamente lavaban la ropa...lavábamos todo lo que comprábamos... uno de mis hijos se encargaba de desinfectar la casa con agua y lejía...” (MAD7).

c. Restricción de reuniones familiares y uso de redes sociales

Las madres dejaron de realizar o asistir a reuniones familiares y sociales tal como lo hacían de antes de pandemia, también evitaron visitar a sus padres o abuelos por miedo a contagiarlos o regresar a casa contagiados por el virus de la COVID-19. Por otro lado, las familias expresaron que hicieron uso de las redes sociales, ya sea como un distractor viendo videos de YouTube, Netflix o haciendo TikTok, o para comunicarse con sus familiares y amigos a través de WhatsApp o Facebook. Asimismo, los padres se dedicaron a



ver las noticias en la televisión, aunque esto las estresaba por escuchar tantos casos de muertes a diario. Así lo indican en sus narrativas:

“No salíamos de la casa por la cuarentena y porque teníamos miedo a contagiarnos...evitamos ir a lugares donde la gente se aglomeraba, no hacíamos ni asistíamos a reuniones familiares ni con los amigos... nos distraíamos viendo televisión, aunque las noticias nos asustaban por tantas muertes a diario, lo tomábamos con calma y rogando a Dios para no contagiarnos” (MAD2, MAD4).

“nosotros nos aislamos y nos protegimos en nuestro hogar, la verdad no salíamos a visitar a nuestras familias ni amistades...estábamos pendiente siempre de lo que decían en las noticias, pero nos daban mucho miedo con solo ver tantos casos y muertes” (MAD9).

“Nosotros acatamos todas las órdenes del gobierno, nos encerramos y no visitábamos, ni realizábamos reuniones familiares... mis hijos empezaron a usar más el YouTube, TikTok, Netflix, Facebook para distraerse cuando no estaban en clase” (MAD3, MAD5).

“nos quedamos en casa, no salíamos, ni siquiera podíamos visitar a mis padres porque tenía miedo que se contagiarán, era tanto nuestro miedo que nos aislamos totalmente de todos... pero nos comunicábamos con nuestros amigos o familiares por el WhatsApp o Facebook ...para distraerse mis hijos veían YouTube, o hacían TikTok” (MAD1, MAD8, MAD13).

d. Cambio de hábitos alimentarios y uso de remedios caseros

La mayoría de madres manifestaron que brindaron una alimentación sana a su familia, a base de verduras, legumbres, alimentos cítricos, como: el limón, la naranja, la mandarina por la vitamina C, evitaron el consumo de frituras, gaseosas. Además, incrementaron el consumo de bebidas calientes, limonadas, hierba luisa o manzanilla con limón, evitaron el consumo de bebidas frías o congeladas. Por otro lado, usaron preparados de Kion con cebolla y limón, o eucalipto con kion y limón, asimismo vaporizaciones de eucalipto. Indicaron que todas estas medidas se protegieron de la COVID-19. Tal como a continuación lo narran:

“nosotros nos alimentamos con verduras, menestras, frutas, pescado, todo lo que era bueno para protegernos de esta enfermedad... incrementamos el consumo de alimentos cítricos como el limón, la naranja, la mandarina, en las mañanas preparaba jugo de naranja por la vitamina C...además usábamos vapor de eucalipto, les preparaba Kion con cebolla o ajo que lo tomábamos a soplos, evitamos los alimentos fríos, consumíamos todo caliente o tibio...” (MAD4, MAD7).

“El cambio fue principalmente en la alimentación, tratamos de comer lo más sano posible, como menestras, ensaladas, frutas, verduras, evitando los alimentos grasos y azucarados como las gaseosas...consumimos bastante limonada caliente, infusiones de la hierba luisa con limón o manzanilla...mi vecina me dijo que tome agua de eucalipto con kion y limón y entonces preparaba y le daba de tomar caliente a toda mi familia” (MAD3).



“Lo importante era tener una alimentación sana, a base de frutas, verduras y todo alimento que ayude a protegernos y no contagiarnos con el virus... también consumíamos infusiones de manzanilla, hierba luisa, anís, o hacía te de kion, cebolla y limón caliente sobre todo en la noche, una vez a la semana...” (MAD2, MAD11).

DISCUSIÓN

Las familias ferreñafanas del estudio cumplieron con el confinamiento y solo un miembro de la familia salía de casa para la compra de alimentos, usaba mascarilla de tela confeccionadas en el hogar, debido al elevado costo que tuvieron las mascarillas quirúrgicas. Resultados similares, al estudio de Szarpak, Smereka, Filipiak, Landny, & Jaguszewski (2020), y al de Milton, Fabian, Colwin, Grantham, & McDevitt (2013) donde indican que el uso de mascarillas de tela producidas en el hogar, ha sido una práctica muy difundida en países donde su uso es obligatorio, aunque aseveran que puede aumentar el riesgo de una infección debido a su reutilización, escasa limpieza y retención de humedad.

Asimismo, para transitar fuera de su domicilio y mantenerse protegidos usaron el protector facial, esto en correspondencia a lo reportado en los estudios de Lindsley, Noti, Blachere, Szalajda, & Beezhold (2014), Advani, Smith, Lewis, Anderson, & Sexton (2020), y Roberge (2016). El uso de protectores faciales se considera un complemento y se usa con las mascarillas. Por otro lado, Stern, López, Pérez, González, Canto, & Barrientos (2020) mencionan que, el protector facial no impide la transmisión viral, aunque su prescripción fue ambigua, porque lo desaconsejaron inicialmente para terminar recomendándolo después.

Las familias del estudio cuando salían de su casa mantuvieron el distanciamiento social de dos metros para evitar contagiarse. Según el estudio de Prem, et al (2020) concluyen que el distanciamiento físico sostenido tiene un gran potencial para reducir la magnitud del pico epidémico de COVID-19. Por otro lado, Chu, et al (2020) dejaron constancia que el distanciamiento físico de hasta dos metros podría ser más efectivo.

En este estudio, las familias reconocieron que el lavado de manos frecuente con agua y jabón ha sido la principal medida de prevención que utilizaron en su casa para evitar contraer el virus, de modo que siguieron las indicaciones dadas por la Organización Mundial de la Salud (2020) y la Organización Panamericana de Salud (2020). Así, Hillier (2020) dice que la higiene de manos aplicada de manera efectiva con agua y jabón es fundamental para prevenir la COVID-19, también se puede usar algún desinfectante de manos que contenga al menos un 70% de alcohol.

Igualmente, las familias del estudio destacaron el uso del alcohol medicinal al 70%, tanto dentro o fuera de la casa para desinfectar las manos u objetos. Resultado similar al estudio de Uchikawa, Uchikawa, Gomes, Quartim, Queiroz, & Angelo (2013), donde mencionan que toda superficie de alto contacto, por ejemplo, mesas, puertas, manijas y bolsa



u otro tipo de objetos deben ser higienizados de manera rutinaria con el desinfectante habitual del hogar, como el alcohol medicinal de 70%. Por su lado, la Organización Mundial de la Salud (2020), recomienda que la limpieza y desinfección de las manos y objetos se debe realizar con alcohol al 70% que cuente con registro sanitario.

También manifestaron que durante el confinamiento destinaron a un miembro de la familia para que desinfecte el hogar y los productos que compraban. Asimismo, cuando algún miembro regresaba al hogar le rociaba alcohol desde la cabeza a los pies, se sacaban los zapatos al ingresar a casa e iban directamente a la ducha. Tal como lo indicaba la Organización Panamericana de Salud (2020). Resultados equivalentes, al estudio de Cabrera (2020) donde indica que las familias instalaron un nuevo proceso o protocolo de desinfección en los hogares, que no sólo implica a la persona, sino a todos los objetos que ingresan al hogar. Por ejemplo, descalzarse al ingresar al hogar, y/o desinfectar con alcohol la suela del zapato. En cuanto a los objetos, descartar los empaques o rociarle alcohol o fregar con agua y lejía para luego enjuagarlos. Al contrario, Cimerman, Chebabo, Cunha, & Rodríguez (2020), refieren que alrededor de un 70% de las familias no se cambia la ropa, ni se descalza al ingresar a la vivienda.

Los participantes del estudio adoptaron un buen hábito de higiene. Puesto que el lavado de manos y la limpieza y desinfección de la vivienda, son importantes para prevenir, contagiarse con la COVID-19 y evitar otras enfermedades infectocontagiosas.

De igual forma, las familias cumplieron con el confinamiento, es decir permanecían en casa y evitaban reuniones familiares por temor a contagiarse. Sin embargo, también limitaron la visita a sus padres por miedo a contagiarlos o regresar a casa contagiados, por lo que se comunicaban a través de videollamadas. Al respecto, Duarte (2021) afirma que el distanciamiento social, no significó distanciamiento de personas, ya que en la era de la tecnología con el uso de las redes sociales, fueron innumerables los recursos digitales usados entre los grupos de amigos, familias, trabajo y escuelas, como estrategias para mantenimiento del continuo de la interacción social.

En medio de la pandemia, el uso normal de las videollamadas en familias se difundió a todo tipo de familias para reunir a múltiples generaciones y familias extensas de una manera que no se hacía antes, y para incorporar mejor a los miembros muy mayores y muy jóvenes (Settersten, et al., 2020).

Así mismo, las madres expresaron que sus hijos usaron redes sociales, como: el TikTok, WhatsApp, Netflix, YouTube, Instagram para entretenimiento. Al respecto, Hinojosa (2020), estableció que el uso de las redes sociales por los adolescentes durante la pandemia se ha convertido en el espacio para compartir emociones, hacer causa común frente al coronavirus y, por supuesto, entretenerse. Además, Gonzales (2020) refiere que los formatos multimedia, los tutoriales de YouTube, TikTok, Instagram, Tweeter, Facebook, WhatsApp, se convirtieron en los nuevos recursos para minimizar el estrés por el confinamiento.



También usaron estos medios para informarse sobre la COVID-19. Al respecto, Park, Park, & Chong (2020) y Hernández, & Giménez (2020), han mostrado que los medios de comunicación fueron necesarios para mantener informado a toda la población sobre la enfermedad de la COVID-19; sin embargo, es necesario que la población aprenda a discriminar la información divulgada en los medios.

En cuanto a la alimentación, las madres manifestaron que incrementaron el consumo de verduras, legumbres y frutas cítricas, como: las naranjas, las mandarinas, similar a lo manifestado por Evans (2020) quien refiere, que una dieta a base de verduras, frutas y vegetales, ayuda en la prevención de enfermedades como la COVID-19. Sin embargo, Ant- hem (2020) menciona, que en esta pandemia hubo aumento del consumo de alimentos y productos hipercalóricos (comida chatarra, postres), envasados, enlatados.

Al mismo tiempo, mencionaron el consumo elevado de infusiones, con limón, jengibre y cebolla, manzanilla, hierba luisa, y el uso de vaporizaciones de agua o eucalipto, limonadas. Según su percepción, estos remedios caseros los han protegido de la COVID-19. Resultados similares al estudio de Sutton, Bertozzi, Lasky, Fuchs, & Friedman (2020) donde afirman que los participantes también utilizaron plantas medicinales para evitar trastornos en el aparato respiratorio, como el jengibre, eucalipto y el limón. También, Maldonado, Paniagua, Bussmann, Zenteno, & Fuentes (2020) dicen que en estos tiempos de la COVID-19, el uso de infusiones del eucalipto, wira wira y manzanilla ayudan, puesto que sus compuestos poseen propiedades útiles en el tratamiento de afecciones respiratorias, además están comprobadas sus características antibacterianas, antiinflamatorias y fungicidas, por lo que su uso no tiene contraindicaciones. Sin embargo, no existen pruebas que puedan prevenir o curar el virus SARS-CoV2, como se ha estado difundiendo. Por lo que se necesitan más estudios experimentales sobre su efectividad.

CONCLUSIONES

Las familias que no se contagiaron de COVID-19 implementaron las medidas preventivas de confinamiento, el distanciamiento social, uso de mascarillas, lavado de manos y restringieron las reuniones familiares y sociales. Para ingresar al hogar se descalzaban al ingreso y los desinfectaban con alcohol o lejía, rociaban alcohol a las bolsas de compras y luego desinfectaban los productos con agua y lejía. Asimismo, incrementaron la frecuencia del lavado de manos y la higiene del hogar, aspectos positivos que ayudan a prevenir también otras enfermedades infectocontagiosas. Así mismo, cambiaron sus hábitos alimentarios e incrementaron el consumo de verduras, legumbres y frutas cítricas. Además, las costumbres implementadas fueron el uso de remedios caseros a base de manzanilla, hierba luisa, limón, kion, cebolla, y eucalipto, los que son utilizados comúnmente para prevenir o tratar las enfermedades respiratorias.



Por lo anteriormente expresado, es necesario que las instituciones de salud intervengan en los medios de comunicación, para que brinden una información clara, precisa, comprensible, y con enfoque intercultural, puesto que es una herramienta vital para que las personas tomen mayor conciencia sobre la importancia de la implementación de las medidas preventivas, con el fin de promover el cuidado personal, de la familia y de la comunidad, y así prevenir la COVID-19.

Esta investigación tiene un aporte para enfermería, porque dentro de sus funciones está el cuidado de la familia y la comunidad en diferentes aspectos de promoción de la salud, prevención de enfermedades y recuperación, en el contexto de la cultura ambiental y social. Además, los resultados sirven como reflexión para las familias, que al implementar medidas preventivas y sus costumbres pudieron superar las situaciones inesperadas y trágicas que produjo esta pandemia.

Finalmente, en este estudio, solo se incluyó la experiencia de las madres de familia que no se contagiaron, por ello para futuras investigaciones se invita a realizar estudios con los todos miembros de la familia, profundizar estudios relacionados al uso de medios tecnológicos, la convivencia familiar, las clases virtuales en tiempos de COVID-19, e incluso trabajar con las familias donde todos sus miembros fueron afectados por el coronavirus.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Abolfotouh, M., Almutairi, A., Banimustafa, A., Hagra, S., & Al Jeraisy, M. (2021). Behavior Responses and Attitude of the Public to COVID-19 Pandemic During Movement Restrictions in Saudi Arabia. *International journal of general medicine*, 14, 741-53. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S296867>
- Adebiyi, B., Donga, G., Omukunyi, B., & Roman, N. (2022). How South African Families Protected Themselves during the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study. *Sustainability*; 14(3), 1236. <https://doi.org/10.3390/su14031236>
- Advani, S., Smith, B., Lewis, S., Anderson, D., & Sexton, D. (2020). Universal masking in hospitals in the COVID-19 era: Is it time to consider shielding? *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 41(9), 1066-7. <https://doi.org/10.1017/ice.2020.179>
- Anthem, A. (2020). Risk of hunger pandemic as coronavirus set to almost double acute hunger by end of 2020. *World Food Programme Insight*. Recuperado de <https://www.wfp.org/stories/risk-hunger-pandemic-coronavirus-set-almost-double-acute-hunger-end-2020>
- Arango, R., Chanca, A., & Ñahuincopa, A. (2021). Reflexiones sobre la otra cara de la pandemia en los Andes del Perú. *Revista Científica Arbitrada de la Fundación Mente Clara*; 6 (217). <https://doi.org/10.32351/rca.v6.217>



- British Broadcasting Corporation. (2020). *Coronavirus: Perú decreta cuarentena general en el país y el cierre de fronteras durante 15 días ante la pandemia de covid-19*. Recuperado de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-51902989>
- Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., et al. (2020). El impacto psicológico de la cuarentena y cómo reducirla: revisión rápida de las pruebas. *Lancet*, 395, 912–20. Recuperado de <http://www.cop.es/uploads/PDF/IMPACTO-PSICOLOGICO-CUARENTENA.pdf>
- Cabrera, L. (2020). Sobre los hábitos en tiempo de cuarentena. Perspectivas. *Revista Científica de la Universidad de Belgrano*, 3 (2), 63-75. Recuperado de: <https://revistas.ub.edu.ar/index.php/Perspectivas/article/view/107/106>
- Cano, L., Castillo, R., & Mena, S. (2022). Percepción de riesgo, automedicación, mitos y creencias relacionados con COVID-19 entre jefes de hogar peruanos. *Salud UIS*, 54,1-10. Recuperado de <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/11946/11857>
- Cardwell, K., O'Neill, S., Tyner, B., Broderick, N., O'Brien, K., Smith, S., et al. (2022). A rapid review of measures to support people in isolation or quarantine during the Covid-19 pandemic and the effectiveness of such measures. *Rev Med Virol*; 32 (1), e2244. <https://doi.org/10.1002/rmv.2244>
- Centro Nacional de Estimación, Prevención y Reducción del Riesgo de Desastres. (2021). *Escenario de riesgo por COVID-19 para la ciudad de Ferreñafe, departamento de Lambayeque*. Recuperado de <https://bit.ly/3PT4RkP>
- Chu, D., Akl, E., Duda, S., Solo, K., Yaacoub, S., Schünemann, H., et al. (2020). Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 395(10242), 1973–87. Recuperado de: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31142-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31142-9/fulltext)
- Cid, C., Montes, R., & Hernández, O. (2014). La familia en el cuidado de la salud. *Rev. Med. Electrón*, 36(4), 462-72. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=53245>
- Cimerman, S., Chebabo, A., Cunha, C., & Rodríguez, A. (2020). Deep impact of COVID-19 in the healthcare of Latin America: the case of Brazil. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 24(2),93-5. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7177128/>
- Díaz, C. (2018). Investigación cualitativa y análisis de contenido temático. *Rev. gen. inf. Doc* 28(1), 119-142. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/RGID/article/view/60813/4564456547606>
- Duarte, A. (2021). O cuidado integral em tempos de COVID-19: uma reflexão. *Cultura de los cuidados*, 25(61), 25-42. Recuperado de <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2021-n61-El-cuidado-integral-en-tiempos-del-COVID-19-una-reflexi%C3%B3n>
- Evans, S. (2020). How will Covid-19 lockdown impact our eating habits? *AHDB*. Recuperado de <https://ahdb.org.uk/news/consumer-insight-how-will-covid-19-lockdown-impact-our-eating-habits>.
- Flaxman, S., Mishra, S., Gandy, A., Unwin, J., Mellan, T., Coupland, H., et al. (2020). Estimating the effects of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 in Europe. *Nature*, 584, 257-61. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2405-7>



González, E. (2020). Desconfinamientos educativos y oportunidades para aprender. *El Diario de la Educación*. Recuperado de <https://eldiariodelaeducacion.com/2020/06/16/desconfinamientos-educativos-y-oportunidades-para-aprender>

o Grove, S., Gray, J., & Burns, N. (2016). *Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. Barcelona: Elsevier.

Hernández, I., & Giménez, T. (2020). Assessment of Health Information About COVID-19 Prevention on the Internet: Infodemiological Study. *JMIR Public Health Surveill*, 6(2), e18717. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7117090/>

Hillier, M. (2020). Using effective hand hygiene practice to prevent and control infection. *Nursing Standard*. Recuperado de <https://journals.rcni.com/nursing-standard/evidence-and-practice/using-effective-hand-hygiene-practice-to-prevent-and-control-infection-ns.2020.e11552/abs>

Hinojosa, V. (2020). *TikTok y YouTube, los reyes de la pandemia*. Recuperado de https://www.hosteltur.com/138621_tiktok-y-youtube-los-reyes-de-la-pandemia.html

Hutchins, F. (2020). Natural Medicine and COVID 19 in Ecuador. *Práctica familiar rural*, 5(3). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7836812>

Lindsley, W., Noti, J., Blachere, F., Szalajda, J., & Beezhold, D. (2014). Efficacy of Face Shields Against Cough Aerosol Droplets from a Cough Simulator. *Journal of Occupational and Environmental Hygiene*, 11(8), 509–18. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4734356/>

Maldonado, C., Paniagua, N., Bussmann, W., Zenteno, F., & Fuentes, F. (2020). La importancia de las plantas medicinales, su taxonomía y la búsqueda de la cura a la enfermedad que causa el coronavirus (COVID-19). *Ecología en Bolivia*, 55(1), 1-5. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1605-25282020000100001&lng=es.

Milton, D., Fabian, M., Cowling, B., Grantham, M., & McDevitt, J. (2013). Influenza Virus Aerosols in Human Exhaled Breath: Particle Size, Culturebility, and Effect of Surgical Masks. *PLoS Pathog*, 9 (3), e1003205. <https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1003205>

Ministerio de Salud. (2020). *Medidas para enfrentar la pandemia*. Recuperado de <https://www.gob.pe/12365>

Nussbaumer, B., Mayr, V., Dobrescu, A., Chapman, A., Persad, E., Klerings, I., et al. (2020). Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013574>

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19): orientaciones para el público*. Recuperado de <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>

Organización Panamericana de Salud. (2020). *Cuidados en el hogar durante el aislamiento domiciliario o cuarentena*. Recuperado de <https://www.paho.org/es/noticias/29-3-2020-cuidados-hogar-durante-aislamiento-domiciliario-cuarentena>

Park, H., Park, S., & Chong, M. (2020). Conversations and Medical News Frames on Twitter: Infodemiological Study on COVID-19 in South Korea. *Journal of medical Internet research*, 22(5), e18897. <https://doi.org/10.2196/18897>



- Pan, S., Cui, M., & Qian, J. (2020). Information resource orchestration during the COVID-19 pandemic: A study of community lockdowns in China. *Int J Inf Manage*, 54, 102143. <https://doi.org/10.1016/j.ijinfomgt.2020.102143>
- Prem, K., Liu, Y., Russell, T., Kucharski, A., Eggo, R., Davies, N., et al. (2020). The effect of control strategies to reduce social mixing on outcomes of the COVID-19 epidemic in Wuhan, China: a modelling study. *The Lancet Public Health*, 5(5), e261–70. Recuperado de [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(20\)30073-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(20)30073-6/fulltext)
- Roberge, R. (2016). Face shields for infection control: A review. *Journal of Occupational and Environmental Hygiene*, 13(4), 235–242. Recuperado de <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15459624.2015.1095302>
- Sandín, B., Valiente, R., García-Escalera, J., & Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 25(1), 1-22. <https://doi.org/10.5944/rppc.27569>
- Settersten, R., Bernardi, L., Härkönen, J., Antonucci, T., Dykstra, P., Heckhausen, J., et al. (2020). Understanding the Effects of COVID-19 Through a Life Course Lens. *Advances in Life Course Research*; 45, 100360. <https://doi.org/10.1016/j.alcr.2020.100360>
- Simón, Y., Viñas, E., & Góngora I. (2020). Ética e investigación científica en enfermería. *Investigaciones Médico quirúrgicas*, 12(3). Recuperado de <http://www.revcimeq.sld.cu/index.php/imq/article/view/651>
- Stern, D., López, N., Pérez, C., González, R., Canto, F., & Barrientos, T. (2020). Revisión rápida del uso de cubrebocas quirúrgicos en ámbito comunitario e infecciones respiratorias agudas. *Salud Pública de México*, 62(3), 319-30. <https://doi.org/10.21149/11379>
- Sutton, D., Bertozzi-Villa, C., Lasky, J., Fuchs, K., & Friedman, A. (2020). Outcomes and epidemiology of COVID-19 infection in the obstetric population. *Seminars in Perinatology*, 44(7), 151283. <https://doi.org/10.1016/j.semperi.2020.151283>
- Szarpak, L., Smereka, J., Filipiak, K., Ladny, J., & Jaguszewski, M. (2020). Cloth masks versus medical masks for COVID-19 protection. *Cardiol J*. 27(2), 218-9. Recuperado de https://journals.viamedica.pl/cardiology_journal/article/view/68300
- Uchikawa, M., Uchikawa, K., Gomes, F., Quartim, C., Queiroz, C., & Angelo, C. (2013). Eficacia de la desinfección con alcohol al 70% (p/v) de superficies contaminadas sin limpieza previa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*; 21(2). Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rlae/a/CfZMMxxqFn6mgd74MK8m8Sh/?format=pdf&lang=es>
- Worldometers. (2022). *Countries where COVID-19 has spread*. Recuperado de <https://www.worldometers.info/coronavirus/countries-where-coronavirus-has-spread>



TIC en tiempos de COVID-19: Un análisis DAFO desde la enfermería

ICT in times of COVID-19: A SWOT analysis from nursing

TIC em tempos de COVID-19: Uma análise SWOT da enfermagem

Ana García Rubio^{1*}

¹Enfermera de Atención Primaria del Servicio Murciano de Salud. Profesora Asociada de Universidad. Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia, Murcia, España. Orcid:<https://orcid.org/0000-0001-5210-1936>; Correo electrónico: ana.garcia7@um.es

García-Rubio, A.

*Correspondencia: C/ Puxmarina, 3, 2F, 30004, Murcia. Correo electrónico: ana.garcia7@um.es

Abstract: The pandemic caused by COVID-19 has generated changes in the knowledge and know-how of nursing, requiring a continuous adaptation ability and not only to the foreseeable changes in daily care but also in the prevention and promotion of health. A SWOT Analysis is carried out in regard to this new reality, allowing us to analyze the current context of the organization, institution or service from which we start; agreeing to identify and analyze their Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats. The purpose of this analysis is to determine and clarify the facilitating factors and the barriers that help or hinder the development of nursing during the pandemic. What happened in the course of the pandemic should be interpreted as an invitation to look at the care model that is being offered through nursing services from another perspective. We can no longer be faithful to a unique and exclusive care model, but we have to incorporate different models focused on self-care, adaptation to the changing reality of care and humanization, sustaining the incorporation and application of ICTs as the structural axis of this integration. a gradual and transversal way, in the daily mode of action.

Keywords: Nursing; primary health care; telenursing; COVID-19.

Resumen: La pandemia provocada por el COVID-19, ha generado cambios en el saber y saber hacer de la enfermería, precisándose de una continua capacidad de adaptación y no solo a los cambios previsible en la atención diaria sino también, en la prevención y la promoción de la salud. Sensibles a esta nueva realidad se procede a realizar un Análisis DAFO, permitiéndonos analizar el contexto actual de la organización, institución o servicio del cual se parte; accediendo a identificar y analizar sus Dificultades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades. La finalidad es determinar y esclarecer los factores facilitadores y las barreras que facilitan u obstaculizan el desarrollo de la enfermería durante la pandemia. Lo ocurrido en el devenir de la pandemia debe interpretarse como una invitación a mirar desde otra perspectiva el modelo de atención que se está ofreciendo a través de los servicios de enfermería. Ya no podemos ser fieles a un modelo asistencial único y exclusivo, sino que tenemos que incorporar modelos diferentes enfocados al autocuidado, la adaptación a la realidad asistencial cambiante y la humanización, sustentándose como eje estructural de esta integración la incorporación y aplicación de las TIC de una forma paulatina y transversal, en el modo de actuación diario.

Palabras clave: Enfermería; atención primaria, teleenfermería; COVID-19.

Cómo citar este artículo: García-Rubio, A. (2023). TIC en tiempos de COVID-19: Un análisis DAFO desde la enfermería. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 27(65). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.65.23>

Received: 03/12/2022

Accepted: 08/02/2023.



Copyright: © 2023. Remitido por los autores para publicación en acceso abierto bajo los términos y condiciones de Creative Commons Attribution (CC/BY) license.



Resumo: La pandemia provocada por el COVID-19, ha generado cambios en el saber y saber hacer de la enfermería, precisándose de una continua capacidad de adaptación y no solo a los cambios previsibles en la atención diaria sino también, en la prevención y la promoción de la salud. Sensível a esta nova realidade, é realizada uma Análise SWOT, que permite analisar o contexto atual da organização, instituição ou serviço de onde partimos; concordando em identificar e analisar suas Dificuldades, Ameaças, Forças e Oportunidades. O objetivo é determinar e esclarecer os fatores facilitadores e as barreiras que facilitam ou dificultam o desenvolvimento da enfermagem durante a pandemia. O que aconteceu no decorrer da pandemia deve ser interpretado como um convite para olhar o modelo assistencial que está sendo ofertado pelos serviços de enfermagem sob outra perspectiva. Não podemos mais ser fiéis a um modelo assistencial único e exclusivo, mas temos que incorporar diferentes modelos focados no autocuidado, adaptação à realidade mutável do cuidado e humanização, sustentando a incorporação e aplicação das TIC como eixo estruturante deste integração, de forma gradual e transversal, no modo de ação diário.

Palavras-chave: Enfermagem; Atenção primária; teleenfermagem, COVID-19.

INTRODUCCIÓN

La pandemia provocada por un virus invisible ha hecho visible grandes cambios, y no solo en el sistema sanitario, sino en toda la sociedad. Estamos ante una crisis global que afecta a todos los ámbitos. En el escenario de la enfermería, su forma de actuar y ejercer ha supuesto un cambio radical en todo el mundo, y en este momento, es preciso adaptarse a los cambios previsibles y no tan predecibles, poniendo el foco no solo en la atención, sino también, en la prevención y la promoción de la salud como parte fundamental, de la atención que prestamos en el nuevo contexto de la era COVID-19.

Hace casi una década, en el 2013, el Dr. Morales Asensio, señalaba que del mismo modo que la población y sus necesidades en términos de salud cambian a lo largo del tiempo, también cambian las funciones y la contribución de la enfermera. En un mundo desarrollado, la percepción de salud y bienestar está condicionada por factores que afectan a todos los sectores de la sociedad, por ejemplo, la atención a los pacientes crónicos es un escenario en el que la característica la marca la complejidad, no el que la enfermera tenga un determinado nivel o tipo de formación o experiencia clínica.

Lo que estamos viviendo con la pandemia del COVID-19, justifica muy bien la demanda y la oferta de Servicios de Salud que se lleva a cabo en Atención Primaria (AP) con la incorporación y utilización de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), permitiendo un acercamiento y acompañamiento a la población en este tiempo cambiante.

Hace más de 20 meses surgió la necesidad de garantizar la seguridad y la protección tanto de profesionales como del propio paciente y se optó por una nueva forma de trabajo, que desde entonces se ha integrado en nuestro quehacer diario, nos referimos a la telemedicina, la teleenfermería y la videoconferencia, todas ellas se engloban dentro un



término más amplio denominado eSalud o eHealth, y más recientemente, denominado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2005 como Salud Digital.

Teniendo presente que los cuidados de enfermería son la razón de ser de nuestra disciplina, el uso de las TIC supone un complemento inclusivo a los cuidados de enfermería de forma presencial que comporta una serie de cambios de efecto para la prevención y la promoción de la salud. Teniendo presente lo esencial del cuidado, las tecnologías, nos instan a reflexionar no solo en su importancia, sino también en la necesidad de adaptarse a la nueva realidad e integrarla en nuestro modo de actuar, pero siempre desde la humanización de la tecnología en enfermería.

Rodríguez Nogueiras (2019), subraya que respecto a la práctica de enfermería, se deben tener en cuenta diferentes aspectos como es el riesgo de despersonalizar la atención y el cuidado hacia cualquier usuario, independientemente de su perfil. Como bien afirma este analista, en las intervenciones de enfermería que no se realizan de forma presencial, es importante no perder esta dimensión del cuidado.

En este sentido, la enfermera debe llegar a un equilibrio entre la aplicación de su quehacer, mediado por la tecnología, y la atención directa con el paciente; por ello, cuando la enfermera entrelaza competencia tecnológica con el cuidado, el resultado que se logra es óptimo, ya que a través de los elementos tecnológicos también se pueden generar espacios de comunicación, interacción y confianza con el paciente. Es cierto que, la tecnología no reemplaza los cuidados de la enfermera, pero es una evidencia que es un complemento necesario cuando la situación lo requiere o la evolución de la profesión lo demanda.

Es preciso infundir también entre la población la idea de que debemos integrar y aprender a vivir con el COVID-19, así como redefinir el papel de los pacientes respecto al autocuidado y la gestión de su estado de salud (Santelices, C.L. 2020). Este nuevo perfil de paciente aislado/confinado, con miedo respecto a la enfermedad y, sobre todo al inicio de la pandemia, sin disponer de información adecuada o actualizada, no sólo ha contribuido a poner aún más de relieve el papel de la tecnología sanitaria en la actualidad sino que, ha reabierto la urgencia de formar adecuadamente a los pacientes. Robert Nieves (2020) en el Informe sobre las conclusiones del conversatorio digital “Enfermería: papel clave en el cambio de modelo asistencial ante la COVID-19” destaca que “es necesario potenciar las estrategias de educación para la salud, enfocadas a la formación e información de la población y con el objetivo de conseguir una mayor concienciación e implicación respecto a la importancia del autocuidado” (p. 10).

En este tiempo de pandemia que vivimos, es necesario detenerse en cómo abordamos los problemas. Afrontar los retos del porvenir exige ver el mundo desde nuevas perspectivas “con mente abierta, corazón abierto y voluntad abierta”, en palabras de Otto Scharmer (2017), promotor de la Teoría U, que bajo nuestro punto de vista sirve para conectar con las posibilidades emergentes de la enfermería en AP. Para este autor, la esencia radica en cómo usar el poder de la atención plena no solo para el cultivo del individuo, sino



también para la evolución y transformación de sistemas más grandes, así mismo difícilmente se puede transformar nuestra sociedad, en la que todos contribuimos a generar resultados que nadie desea, sin cambiar el nivel de consciencia desde el que actuamos, entendiendo así la enfermería como un proceso de cuidado introspectivo y reflexivo.

La nueva realidad

El acompañamiento, la escucha y la comunicación con el paciente COVID ha sido nuestra realidad diaria, una realidad palpable y convulsa en la que todos los sanitarios se han implicado y concretamente la enfermería ha trabajado en todas las dimensiones del paciente, comenzando con la detección de casos y contactos, “monitorizando” los casos leves, así como, proporcionando conocimientos en materia de prevención, higiene y promoción de la salud ante esta enfermedad. Ante la nueva situación sanitaria, cuando la incidencia acumulada del virus en la población era muy elevada, se inició la teleenfermería, como un medio para atender al mayor número de población.

La incorporación de las TIC, en el caso de padecer la enfermedad de forma leve, ha abierto una posibilidad muy importante para el fomento del autocuidado y el automanejo de la enfermedad y de la salud. Durante este tiempo crispado ha surgido la necesidad de incorporar la visión social y proactiva de trabajar con perspectiva sociosanitaria, donde enfermería juega un papel relevante y emergente.

METODOLOGÍA

Ante la situación descrita se procede a realizar un Análisis DAFO, una técnica que permite conocer y analizar la realidad actual de una organización, institución o servicio del cual se parte; accediendo a identificar y analizar sus Dificultades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades del sector/servicio.

En todo Análisis DAFO, se realiza un análisis interno y otro externo de la realidad inicial de partida, con el fin de conocer, reflexionar, analizar y debatir la misma, y todo ello a través de las Debilidades (obstáculos internos), Amenazas (obstáculos externos), Fortalezas (facilitadores internos) y Oportunidades (facilitadores externos), indagando en el caso que nos ocupa, tanto la pandemia como los profesionales sanitarios, centrándonos en el sector de enfermería.

La finalidad de realizar este Análisis es la de reflexionar en un primer momento, sobre las amenazas y oportunidades existentes en el entorno social, económico, político, etc., el que se desarrolla la enfermería durante la pandemia en nuestra comunidad, y en



paralelo conocer las debilidades y fortalezas de los profesionales que desarrollan esta acción profesional. Igualmente, este análisis permite identificar y establecer factores estratégicos críticos, que puede ayudar y apoyar en posibles decisiones y/o cambios. La técnica DAFO, acerca a las necesidades reales, vividas y sentidas por los profesionales de la enfermería de AP del Área VII (Hospital Universitario Reina Sofía) perteneciente al Servicio Murciano de Salud de la Comunidad Autónoma (CC.AA.) de la Región de Murcia. Una de las grandes bondades de esta técnica es que se realiza con profesionales implicados y comprometidos en este contexto y área de la salud.

Metodológicamente, la técnica DAFO se desarrolla a partir de cuestiones planteadas a grupos de expertos, en nuestro caso a las enfermeras que constituyen el Grupo de Trabajo creado voluntariamente con el propósito de diagnosticar una situación presente, proyectar situaciones futuras y prever estrategias de acciones posibles (Sainz, 2003). Para ello se solicita a los participantes que consideren todos los condicionantes, tanto en positivo como en negativo, que rodean a la temática a abordar. Pues como ya se ha comentado, el beneficio que se obtiene con su realización es conocer la situación real en la que se encuentra una organización, sector o servicio sobre un tema concreto, así como el riesgo y oportunidades que le brinda el entorno.

Para el máximo provecho de esta técnica se necesita de la reflexión, la participación y el consenso de los distintos profesionales o agentes participantes (informantes con opiniones fundamentadas). En definitiva, este Análisis DAFO, facilita una reflexión crítica sobre la realidad o situación actual (acción) de los profesionales de enfermería en el sistema sanitario de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, y permite detenerse en analizar e identificar las fortalezas y debilidades de estos profesionales relacionadas en esta área de la salud así como reflexionar y describir las ventajas y limitaciones que ofrece el entorno para su desarrollo.

Una vez establecidas las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades se procede a determinar o perfilar las Estrategias de Acción a adoptar para potenciar los aspectos fuertes y afrontar y/o paliar los más débiles. Esta información se recoge en una matriz, donde se resumen y representan todas las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades y se concretan las estrategias de acción consensuadas.

Finalidad y Objetivos

La finalidad del Análisis DAFO en este trabajo es determinar y esclarecer los factores facilitadores y las barreras que facilitan u obstaculizan el desarrollo de la enfermería durante la pandemia.

Esta finalidad la podemos concretar en una serie de objetivos que se definen de la manera que a continuación se presenta:



- a) Identificar la situación de partida, puntos fuertes y débiles de la pandemia en el servicio de enfermería.
- b) Analizar elementos del contexto que puedan frenar o propiciar el desarrollo de la enfermería en este tiempo turbulento.
- c) Establecer posibles estrategias de acción que posibiliten y optimicen el desarrollo de la enfermería en nuestra CCAA en este tiempo de pandemia y con la inclusión de las TIC.

Participantes

En este análisis participan un Grupo de Trabajo creado ad-hoc y una Comisión Permanente que mantiene reuniones periódicas y realiza el trabajo de análisis. En ambos casos la participación es voluntaria. Su distribución queda reflejada en la Tabla 1.

Tabla 1: Distribución de participantes por grupos

Grupo de trabajo	Comisión permanente	Total participantes
20	5	25

Fuente: Elaboración propia

Resultados del análisis dafo

Los resultados que se obtienen del Análisis DAFO realizado, quedan categorizados en los apartados que a continuación se detallan:

Dificultades

- Captación exprés con estrés: En la primera ola, hubo que hacer una captación y posterior seguimiento de todos los casos que se confirmaban como COVID positivos, así como establecer la cadena de contactos de cada caso. Todos estos pacientes durante la primera ola, se llamaban por teléfono diariamente los 7 días de la semana. La dificultad estuvo en el estrés del momento con una actuación exprés.
- Transición acelerada a la situación pandémica: se tuvo que demostrar una capacidad experimental real de adaptación, de elaborar nuevos discursos, nuevas formas de hacer y de plantear nuevas propuestas adecuadas a la nueva realidad, todo ello supuso una dificultad añadida al momento de crisis.



- Falta de formación en TIC en el colectivo de enfermería: A pesar de que en la 71ª Asamblea Mundial de la Salud (2018), reconoció el potencial de las tecnologías digitales para promover los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y en particular, para respaldar los sistemas de salud en todos los países, se evidenció que no todos los equipos de salud tenían esa formación. Además, en dicha Asamblea se insta a los estados a que evalúen, examinen y promuevan su uso, que capaciten a profesionales y usuarios, debiendo de desarrollar legislación y/o políticas de protección de datos y alianzas eficaces con las partes interesadas en salud digital.
- Agotamiento físico y psíquico. Las conclusiones preliminares de una encuesta realizada por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE, 2021) a sus más de 130 Asociaciones Nacionales de Enfermeras (ANE) junto con otros estudios efectuados por estas subrayan que el efecto de la COVID-19 es una forma compleja y extraordinaria de trauma con consecuencias potencialmente devastadoras tanto a corto como a largo plazo para las enfermeras a título individual y los sistemas de salud en los que trabajan.
- Falta de personal. Se reconoce como dificultad o debilidad el déficit crónico de personal sanitario como uno de los principales obstáculos que se ha encontrado la pandemia para prestar servicios de atención sanitaria eficaces a quienes más los necesitan. Se trata de uno de los elementos más importantes que coartan el logro de diversos objetivos en materia de salud y desarrollo. La saturación del momento puso en peligro el acceso a los servicios de prevención, atención, y cuidado.

Amenazas

- Pérdida del sentido del cuidado. Una posible amenaza se encuentra en la cuestión siguiente, ¿se pierde la realidad del cuidado?. No se puede eludir los problemas derivados de la dificultad de una adecuada valoración enfermera por vía remota y la dificultad del lenguaje escrito para expresar las emociones y el estado de ánimo; la teleenfermería se considera un complemento a la consulta habitual de enfermería, ya que en ningún caso reemplaza la asistencia tradicional presencial, es decir, las consultas a distancia no sustituyen las consultas presenciales de enfermería, sino que son un instrumento más, para el desarrollo de la práctica enfermera (González-Esteban, et al. 2015), contemplando así nuevas relaciones en el cuidado.
- Brecha digital: La pandemia ha agudizado algunos problemas, y entre ellos, la brecha digital existente, porque las comunicaciones y la tecnología ayudan a mitigar el aislamiento y la soledad no deseada. El uso de Internet en los tres últimos meses es prácticamente universal, los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística (2021) destacan que el uso de Internet es



prácticamente universal (99,7%) en las personas de 16 a 24 años. Luego va descendiendo conforme aumenta la edad. A partir de los 55 años se sitúa en el 91,0% y en el grupo de 65 a 74 años baja hasta el 73,3%. El 17,6% de los ocupados de esa misma franja de edad, ha teletrabajado durante la semana anterior a la entrevista.

- Acción sin reflexión. Durante este tiempo no ha habido momentos de reflexión solo de acción. En AP, como en todos los servicios, hubo que adaptar los puestos hacia nuevas intervenciones de enfermería, intervenciones que se siguen realizando actualmente: seguimiento de casos y contactos COVID positivo, la realización de test de antígenos y el inicio de la vacunación masiva en los centros de salud, la inmediatez en la respuesta puede suponer una amenaza porque no se han creado espacios de reflexión de la acción.

Fortalezas

- Enfermería Basada en la Evidencia y TIC, un matrimonio de conveniencia: La enfermería basada en la a corto – medio plazo. Las prácticas basadas en la evidencia tienen un firme aliado, las TIC, en esta alianza el beneficio es bidireccional, ya que las prácticas basadas en la evidencia pueden valerse de las TIC para su mayor difusión, rápida implementación y fácil evaluación; y las TIC se pueden basar en evidencias para justificar sobradamente su uso.
- Garantizar la continuidad de cuidados: la integración de la digitalización con el cuidado enfermero impuesta por la pandemia, y la necesidad de prestar atención domiciliaria abre una ventana que arroja mucha luz sobre los pasos a seguir. En este sentido, la enfermera Santelices, C. L. (2020, p.11) señala que este tipo de asistencia ha estado quizás más enfocado al ámbito de la AP, sobre todo en lo que se refiere a la prevención, a la educación para la salud y a todo lo relacionado con la detección oportuna y precoz, de las complicaciones del COVID. Esta realidad insta al personal de enfermería a recurrir a la creatividad para incorporar esta nueva realidad a la tarea asistencial.
- Red de contactos. Inicialmente de pacientes que necesitaban un apoyo clínico permanente, tanto para información como para formación sobre el SARS-CoV-2: Para hacer frente a esta nueva exigencia se recurrió, a opciones como la trazabilidad o el manejo de contactos. Esta estrategia fue determinante en una situación en la que uno de los aspectos más difíciles de gestionar en los pacientes fueron el miedo y la aprensión que les producía la enfermedad, sobre todo en momentos puntuales, como cuando se derivaban al hospital.



- **Dispersión geográfica:** la existencia de Áreas de Salud con una gran dispersión geográfica fue una fortaleza, ya que todas las zonas estaban cubiertas., Aun así, el uso de las TIC en el mundo sanitario es amplio y se puede aplicar en diferentes grupos de población (embarazadas, niños, adolescentes, adultos y ancianos) y en pacientes con diferentes tipos de patología (aguda o crónica). “Encontramos pacientes generalmente de mayor edad, con escaso contacto y manejo de las nuevas tecnologías, que pueden preferir una relación y métodos más tradicionales, con visitas programadas presenciales y contactos telefónicos” (Fernández, 2019, p.134). No obstante, es evidente que el uso de las TIC se está afianzando mayormente en los estratos más jóvenes de la sociedad, siendo una excelente opción para ofrecer cuidados a este tipo de pacientes. Las TIC son utilizadas principalmente por los jóvenes, por lo que es una gran oportunidad para las enfermeras el prevenir y promocionar hábitos saludables en este tipo de pacientes, la población del futuro. Por tanto, esta población con fácil acceso sobre salud y enfermedad asume más protagonismo en su autocuidado y autocontrol (Fernández, 2019).
- **Coherencia, consistencia y congruencia a la nueva realidad.** Se actuó desde el origen con templanza, serenidad, calma, sosiego y aceptación del momento presente, evidenciándose la responsabilidad y compromiso con nuestro entorno profesional y también con el desarrollo integral de nuestros pacientes (entendiendo que integral viene de integridad, armonía).
- **Flexibilidad y capacidad de adaptación:** Se ha desplegado la actividad profesional, por ello, el fin en sí mismo es no abandonar este nuevo ámbito de actuación que se ha conquistado en estos casi dos años de pandemia y tener una mayor amplitud de miras y evitar caer en una inercia y rutina. Es nuestra responsabilidad como profesionales de la enfermería en todos los niveles (gestión, asistencial, docencia, investigación...) integrar en nuestra práctica diaria esa amplitud y diversidad de campos de actuación que ha revelado la pandemia, con compromiso y conciencia prometernos a cubrirlos.

Oportunidades:

- **Disminución de costes.** La buena gestión y coordinación de la pandemia puede ser una oportunidad para el sistema sanitario. Sírvese de ejemplo como el Hospital Universitario Virgen Macarena, en 2019, amplió su cartera de servicios creando la Unidad de Telecuidados Enfermeros (UTEM), una iniciativa promovida desde la dirección de enfermería. En un balance de los resultados obtenidos, se destacan que: “tras los primeros 6 meses de su implantación, esta Unidad lleva atendidas 512 consultas, esto ha supuesto que evitaran el medio centenar de ingresos en el Servicio de Urgencias, facilitando los ingresos hospitalarios programados”. Por tanto, es evidente que supone una disminución de costes.



- Acelerado acercamiento a la sociedad digital: La enfermera comunitaria desarrolla su labor en el primer nivel de contacto con el Sistema Nacional de Salud (SNS), la AP, poniendo los cuidados lo más cerca posible de los lugares donde las personas viven y trabajan, y apoyada en cuatro principios: cuidados de salud equitativos y accesibles para todos, participación de la comunidad, coordinación intersectorial y tecnología adecuada. Ha de contar, para ello, con conocimientos profundos sobre la complejidad, tanto de las personas, familias y grupos como, de las interacciones que se producen entre ellos. Así mismo, ha de conocer la comunidad en la que ofrece servicios, los recursos disponibles o las diferentes maneras de interactuar entre sus miembros, y entre estos, en la era actual, se destacan aquellos relacionados con la salud digital, siendo ahora el momento de aproximarse a la actual sociedad digital.
- Visibilidad de la labor enfermera: la pandemia ha puesto de manifiesto el rol de la enfermera y su importante papel en el sistema sanitario. Ha sido una forma de dar a conocer a la población y al resto de los actores del sistema sanitario nuestro conocimiento, nuestro sentir y nuestra práctica basada en la evidencia científica, impulsando el liderazgo de la enfermería.
- Extensión y desarrollo de la actividad de enfermería: Robert Nieves (2020), enfermero estadounidense, resalta que las enfermeras tenemos que mentalizarnos y tener muy claro que ya no tiene sentido retomar exclusivamente las áreas de actuación limitadas en las que nos movíamos antes de la pandemia. Se debe mantener esa reestructuración, incorporando las buenas prácticas aprendidas de cara a próximas crisis. En esta misma línea se manifiesta Morales (2020, p.25) insistiendo que es fundamental elevar el nivel curricular académico, potenciando la vertiente de investigación y buscando una mayor integración entre las distintas disciplinas que se imparten, sin perder de vista estas lecciones aprendidas en la práctica, de forma que nuestros profesionales completen su formación con la suficiente preparación y, además, que esta esté adaptada a la nueva realidad sanitaria.

Estrategias de acción

Una vez identificadas las Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades, se pasa a la combinación e integración de unas con otras, lo cual permite definir estrategias de mejora como posibles alternativas para potenciar las fortalezas y oportunidades de las que se disponen y disminuir, a su vez, los efectos nocivos de las debilidades y amenazas analizadas.

Atendiendo a esta premisa, el Grupo de Trabajo establece las siguientes estrategias de acción:



- Educar a la población para aprender a vivir con el COVID-19. La pandemia ha definido un nuevo escenario de paciente obligado a estar solo, en situación de aislamiento, en la mayoría de los casos sin interacción ni soporte familiar, y al que es de suma importancia hacer un adecuado seguimiento, por lo que es importante una educación en resiliencia y adaptación.
- Fomentar el sistema de Videollamada: En marzo de 2020, desde la Universidad de Oxford, la doctora Trisha Greenhalgh, profesora de Ciencias de la Salud de Atención Primaria de esta Universidad y del Departamento de Ciencias de la Salud de Atención Primaria de Nuffield, publicó una guía para la puesta en marcha de Videoconsultas, presentando reglas generales que deben combinarse con el juicio clínico y unos criterios establecidos y situacional de cada paciente.
- Atenuar la brecha digital. Es obvio que se está dando mayor importancia a los medios virtuales, al uso de las redes sociales y a la reconversión de nuestros recursos y habilidades educativas a formatos acordes con la realidad online. Teniendo en cuenta la equidad y que nadie debe quedar atrás, UNICEF en 2020, alude al impacto de la brecha digital, ya que el 9.2% de hogares con niños carecen de acceso a internet. Es urgente paliar o mitigar esta brecha digital para una atención de equidad para todos.
- Fomentar una cultura colaborativa, investigadora e innovadora: El trabajo colaborativo se presenta, como un tipo especial de trabajo en grupo, que promueve el desarrollo de habilidades de aprendizaje, personales y sociales, en el que cada miembro expresa compromiso tanto con su propio aprendizaje como con el de los demás miembros de su grupo. Son elementos básicos la interdependencia positiva, la interacción, la contribución individual y las habilidades personales y de grupo. Este tipo de actividades pueden ser mediadas por herramientas tecnológicas digitales (Zangara y Sanz, 2020).
- Crear una red de mentoría para profesionales jóvenes: Es lo también llamado mentorship. Diversos autores como Robert Nieves (2020) destacan la necesidad de hacer más esfuerzos para que las enfermeras noveles reciban este tipo de ayuda, especialmente cuando se incorporan a la práctica clínica, que es donde realmente se refuerza la formación. Lo ideal es que esta función mentora corra a cargo de las enfermeras “seniors” dentro de los equipos, reconociendo que no resulta fácil en la práctica diaria, pues requiere de un esfuerzo añadido.
- Elaborar una guía de práctica clínica de acuerdo a la realidad telemática en el proceso de atención enfermero. No siendo menos importante el registro en su historia clínica, como intervención telemática.



- Desarrollo de un marco Legal: Debido a su naturaleza y características, el uso de las TIC es, por una parte un servicio sanitario y, por otra, un servicio de la sociedad de la información, por lo que se rige por el principio de libre prestación de servicios, por la normativa de comercio electrónico y por la directiva de derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza. En la UE no existe una regulación exclusiva, aunque si se puede aplicar la Directiva 2011/24/UE relativa a los derechos de los pacientes, considerando una normativa de 2011 que debe adaptarse al escenario de 2021.

CONCLUSIONES, DISCUSIÓN Y PROSPECTIVA

La principal conclusión que se extrae de este trabajo es que se ha cubierto el principal objetivo de un análisis DAFO, ayudar a una organización a encontrar sus factores estratégicos críticos, para una vez identificados, usarlos y apoyar en ellos los cambios organizacionales: consolidando las fortalezas, minimizando las debilidades, aprovechando las ventajas de las oportunidades, y eliminando o reduciendo las amenazas.

El principal desafío al que se enfrenta el futuro de la profesión enfermera se puede resumir en una sola palabra, la misma, por cierto, que define la forma en la que se dio asistencia durante la primera ola: cambio.

Se trata de un nuevo enfoque en el que la previsión es un factor clave y que implica, no sólo a la práctica clínica y a la gestión, sino también a la investigación y a la docencia. Todo lo ocurrido en el devenir de la pandemia debe interpretarse como una invitación a mirar desde otra perspectiva el modelo de atención que se está ofreciendo a los pacientes a través de los servicios de enfermería, así como a revisar los postulados en los que se sustenta. Ya no podemos ‘casarnos’ con un solo modelo asistencial, sino que tenemos que integrar e incorporar modelos diferentes, enfocados al autocuidado, a la adaptación a la realidad asistencial cambiante y a la humanización, e incluir todos estos aspectos en nuestras estrategias de atención, enfocándolos a las necesidades de los pacientes en cualquiera de los ámbitos de actuación.

Como eje estructural de esta integración que debe sustentar el nuevo modelo, se encuentra la aplicación de las TIC de una forma paulatina y transversal. También va a resultar clave aplicar una mayor flexibilidad en la formación de nuevos profesionales por parte de las Universidades, así como potenciar la formación continua a lo largo de vida, como regula la unión Europea.

Igualmente, el manejo de los equipos de protección y otras capacitaciones de tipo práctico, deben combinarse con las bases teóricas, pero sin olvidar nunca que la parte más importante del enfoque académico debe ser la humanización de los cuidados.



Finalmente, como prospectiva sería deseable:

⊙ Fomentar una mayor formación y adaptación a las TIC: hay que aprovechar la oportunidad que brinda la pandemia y obtener el máximo beneficio a las competencias tecnológicas y no tan tecnológicas que han resaltado en la pandemia y seguir de forma continua y permanente con una formación que optimice el quehacer diario de la enfermera.

⊙ Reforzar el liderazgo en enfermería, dirigido a las capacidades de influir en los demás, en definitiva, de convertirnos en un rol modelo. Dicho enfoque debe comenzar durante el periodo de formación. Ha de aplicarse en el sentido de una profesión que trata de cubrir las cuatro áreas fundamentales que proporcionan y/o definen el marco de actuación de la enfermería, tanto a nivel formativo como en el desarrollo de la actividad profesional; reforzando las áreas de Investigación, Formación, Gestión y el área Asistencial.

⊙ Coordinación entre profesionales interdisciplinares: La enfermería ha demostrado ser la columna vertebral que mantiene a todos los procesos, asegurando que todos actúen al mismo nivel, de ahí la necesidad de potenciar los aspectos formativos enfocados al desarrollo del liderazgo, no tan sólo al relacionado con el 'mandato' sino también en el sentido de reforzar la autonomía de estos profesionales en el día a día, asegurando así la optimización de las competencias enfermeras en todas las etapas, no sólo en tiempos de crisis. La enfermería debe de ejercer un rol modelo pero a la vez también liderar dentro del equipo interdisciplinar.

⊙ Búsqueda de un modelo híbrido: Como personal de enfermería, se ha de mantener el enfoque centrado en el cuidado del paciente, pero con la visión de que éste sea integrativo y con todo lo que supone el concepto de transformación digital de por medio. Un planteamiento óptimo para lograr ese objetivo de integración entre el complemento digital con todas las competencias y las características humanitarias inherentes a la enfermería, apostando esa integración al servicio de la comunidad.

⊙ La utilización de la tecnología puede mejorar el acceso al paciente, la promoción de los cuidados, el conocimiento de la enfermedad, la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, la solicitud de ayuda durante la enfermedad y la adaptación a vivir con ella; por tanto, todo son beneficios, pues mejora el autocuidado, el grado de satisfacción y la calidad de vida; disminuyen las exacerbaciones, las visitas a urgencias, los reingresos y los días de hospitalización (González-Esteban, et al., 2016).

Todos estos beneficios permiten desarrollar lo que se denomina empoderamiento del paciente, que consiste en dar confianza al paciente a través de conocimientos y proporcionar consejos sobre los cuidados; el objetivo es que el usuario sea capaz de gestionar su propia salud, siendo primordial esta acción en pacientes crónicos.



En definitiva, la humanidad ha estado siempre sometida a las pandemias y lo seguirá estando. De las situaciones difíciles es obligado aprender y no olvidar. Aún nos quedan por delante importantes retos, de lo que no hay duda es que de los errores vividos se aprenderán importantes lecciones para futuras epidemias.

BIBLIOGRAFÍA

- Consejo Internacional de Enfermeras (2021). *El Efecto de la COVID-19: Las enfermeras del mundo se enfrentan a trauma colectivo, un peligro inmediato para la profesión y el futuro de nuestros sistemas de salud*. Ginebra: Autor.
- Directiva 2011/24/UE, de 9 de marzo, del Parlamento Europeo y del Consejo. (2011). *Boletín Oficial del Estado*, 88. *Relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza*, 9 de marzo de 2011, 45 a 65. <https://www.boe.es/doue/2011/088/L00045-00065.pdf>
- Fernández Navascués, A.M. (2019). Nuevas tecnologías, nuevas organizaciones sanitarias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 42(2), 133-138. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.23938/assn.0716>
- Greenhalgh, T.; Wherton, J., Shaw, S., & Morrison, C. (2020). Video consultations for COVID-19 – An opportunity in a crisis? *British Medical Journal Publishing Group*, 368, m998. <https://doi.org/10.1136/bmj.m998>
- González-Esteban, M. P., Ballesteros-Álvaro, A. M., Crespo-de las Heras, M. I., & Pérez-Alonso, J. (2016). Intervenciones de Teleenfermería efectivas en Atención Primaria. Revisión sistemática. *Evidentia*, 13, 55-56. Recuperado de <http://www.index-f.com/evidentia/n55-56/ev10496.php>
- Goodman, C., Morales Asensio, J.M., & de la Torre-Aboki, J. (2013). La contribución de la enfermera de Práctica Avanzada como respuesta a las necesidades cambiantes de salud de la población. *Metas Enferm*, 16(9), 20-25. Recuperado de <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80515/la-contribucion-de-la-enfermera-de-practica-avanzada-como-respuesta-a-las-necesidades-cambiantes-de-salud-de-la-poblacion/>
- Instituto Nacional de Estadística. (2021). *Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares*. Madrid: Autor.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019). *Evaluación sobre Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Autor.
- Morales, C.L., Santelices, C.L., & Robert, N. (2020). *Enfermería durante la pandemia: retos, oportunidades y lecciones aprendidas. Informe sobre las conclusiones del conversatorio digital. Enfermería: papel clave en el cambio de modelo asistencial ante la COVID-19*. Barcelona: Elsevier: Smart Health. Recuperado de https://www.elsevier.com/_data/assetsets/pdf_file/0020/1151345/86c7523241720e850a0a6f9bc8b05fd4b81eace1.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Cibersalud. 58ª Asamblea Mundial de la Salud*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/23104/WHA58_28-sp.pdf;jsessionid=892D749731C7BE17B4DE81935D67E4CD?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud (2018). *71ª Asamblea Mundial de la Salud*. Recuperado de https://apps.who.int/gb/s_s_wha71.html
- Sainz De Vicuña Ancín, J.M. (2003): *El Plan Estratégico en la práctica*. Madrid: ESIC.



-
- Scharmer, C. O. (2017). *Teoría U. Liderar desde el futuro a medida que emerge*. 2ª edición. Sitges: Eleftheria.
- Rodríguez, A. (2019). *Evolución de la atención telemática por enfermería en una unidad monográfica de enfermedad inflamatoria intestinal* (Tesis doctoral). Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Recuperada de <https://eprints.ucm.es/51740/1/T40991.PDF>
- UNICEF. (2020). *La brecha digital impacta en la educación*. Recuperado de <https://www.unicef.es/educa/blog/covid-19-brecha-educativa>
- Ramírez, E. (2019). La labor en la Unidad de Telecuidados Enfermeros. *Diario Independiente de Contenido Enfermero*, p.20. Recuperado de <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/la-labor-enfermera-en-la-unidad-de-telecuidados-enfermeros/>
- Zangara, M. A., & Sanz, C. V. (2020). Trabajo colaborativo mediado por tecnología informática en espacios educativos: Metodología de seguimiento y su validación. *Revista Iberoamericana De Tecnología En Educación y Educación En Tecnología*, (25), e1. <https://doi.org/10.24215/18509959.25.e1>



Riesgo de Trastornos de Conductas Alimentarias Asociados al Estado Nutricional de los Adolescentes

Risk of eating disorders associated with the nutritional status of adolescents

Risco de transtornos alimentares asociados ao estado nutricional de adolescentes

Maria Stella Campos de Aldana^{1*}; Sonia Solano Aguilar²; Astrid Nathalia Paez Esteban³; Sandra Patricia Ortiz Rodríguez⁴; Claudia Torres Contreras⁵; Lina Fernanda Casadiegos Patiño⁶

¹MSc En enfermería en Salud Familiar, Docente de Enfermería, Universidad de Santander UDES, 3176608313. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6190-181X>; Correo electrónico: al.campos@mail.udes.edu.co

²MSc en Educación, Docente programa de enfermería, Universidad de Santander UDES. Coordinadora de prácticas. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1199-523X>; Correo electrónico: soniasolano5@hotmail.com,

³Epidemióloga, Ph (E) en epidemiología, docente programa de enfermería. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0010-7564>; Correo electrónico: nathaliapaez1@hotmail.com,

⁴Epidemióloga, docente departamento de Salud Pública. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0385-5138>; Correo electrónico: belugaortiz@yahoo.com,

⁵Enfermera magister, docente programa de enfermería, Candidata a doctora en educación. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7064-9380>; Correo electrónico: claudiaconsuelo@yahoo.com,

⁶Lina Fernanda Casadiegos Patiño, MSc en epidemiología, Coordinadora de investigación maestría en Gestión de Servicios de Salud UDES. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8517-1401>; Correo electrónico: linafer87@hotmail.com

***Correspondencia:** Universidad de Santander, Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Enfermería. Calle 70 nro. 55-210 Campus Universitario Lagos del Cacique. Bucaramanga. Colombia. Correo electrónico: al.campos@mail.udes.edu.co.

Cómo citar este artículo: Campos de Aldana, M.S., Solano Aguilar, S., Páez Esteban, A.N., Ortiz Rodríguez, S. P., Torres Contreras, C. C., & Casadiegos Patiño, L.F. (2023). Riesgo de Trastornos de Conductas Alimentarias Asociados al Estado Nutricional de los Adolescentes. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 27(65). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.65.24>

Received: 07/12/2022
Accepted: 18/02/2023.



Copyright: © 2023. Remitido por los autores para publicación en acceso abierto bajo los términos y condiciones de Creative Commons Attribution (CC/BY) license.

Abstract: Introduction: Eating disorders are described as complex disorders comprising two types of behavioral alterations: some directly related to food and weight and others derived from the relationship with oneself and others. Objective: To describe the risks of eating behaviors associated with the nutritional status of adolescents from public schools in Bucaramanga. Materials and methods: Observational, descriptive, cross-sectional study. The population corresponds to 471 adolescents between 10 and 19 years of age, from 19 educational institutions of the public network of Bucaramanga, multistage probabilistic sampling, the eating attitudes test (EAT26) was used, the perception of body image, comparisons were made according to sex and nutritional status with the X2 test. Results: Discussion and conclusions: Participants with eating behavior disorders have higher percentages in those with altered nutritional status (severe malnutrition, overweight and obesity) and differences were identified regarding body image according to nutritional status.

Key words: Adolescent; eating disorders; nutritional status.



Resumen: Los trastornos de la conducta alimentaria son descritos como desórdenes complejos que comprenden dos tipos de alteraciones conductuales: unos directamente relacionados con la comida y el peso y otros derivados de la relación consigo mismo y con los demás. Objetivo: Describir los riesgos de las conductas alimentarias asociados al estado nutricional de adolescentes de colegios públicos de Bucaramanga. Materiales y métodos: estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. La población corresponde a 471 adolescentes entre los 10 y 19 años de edad, de 19 Instituciones Educativas de la red pública de Bucaramanga, muestreo probabilístico polietápico, se utilizó el test actitudes alimentarias (EAT26), la percepción de la imagen corporal, se realizaron comparaciones según el sexo y el estado nutricional con la Prueba de X². Resultados: Discusión y conclusiones: Los participantes con trastornos de conductas alimenticias tienen porcentajes más altos en los que tienen alteración del estado nutricional (desnutrición severa, sobrepeso y obesidad) y se identificó diferencias respecto de la imagen corporal según el estado nutricional.

Palabras clave: Adolescente; trastornos de la conducta alimentaria; estado nutricional.

Resumo: As perturbações alimentares são descritas como perturbações complexas que compreendem dois tipos de alterações comportamentais: algumas diretamente relacionadas com a alimentação e o peso e outras derivadas da relação consigo próprio e com os outros. Objetivo: Descrever os riscos dos comportamentos alimentares associados ao estado nutricional dos adolescentes nas escolas públicas de Bucaramanga. Materiais e métodos: Estudo observacional, descritivo, transversal. A população corresponde a 471 adolescentes entre os 10 e 19 anos de idade, de 19 instituições educativas da rede pública de Bucaramanga, foi utilizada a amostragem probabilística em várias fases, o teste de atitude alimentar (EAT26), a percepção da imagem corporal, foram feitas comparações de acordo com o sexo e o estado nutricional com o teste X². Resultados: Discussão e conclusões: Os participantes com distúrbios alimentares têm percentagens mais elevadas naqueles com estado nutricional alterado (desnutrição grave, excesso de peso e obesidade) e foram identificadas diferenças relativamente à imagem corporal de acordo com o estado nutricional.

Palavras-chave: Adolescente; distúrbios alimentares; estado nutricional.

INTRODUCCION

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son desórdenes complejos que comprenden dos tipos de alteraciones conductuales: unos directamente relacionados con la comida y el peso y otros derivados de la relación consigo mismo y con los demás (Garner & Garfinkel, 1979; Garner, 1982), con mayor prevalencia en las mujeres, estimada en un rango entre 1 a 22% y para los hombres de 0.3 a 0.6% (Homberger, 2021) que han venido en aumento (Gaete, 2020).

Se ha evidenciado que los trastornos de la conducta alimentaria están relacionados con la sintomatología, comportamientos alimentarios irregulares y conductas sobre su imagen corporal. Así mismo, están definidos como alteraciones en los hábitos alimentarios, los cuales se clasifican teniendo en cuenta criterios diagnósticos relacionados con conductas específicas que presentan los sujetos, siendo importante los resultados negativos a nivel físico emocional y social (Vela, 2014; Miller & Bravender, 2018).

Los TCA, contemplan tres problemas principales que son la anorexia nerviosa (AN) la bulimia nerviosa (BN) y los trastornos alimentarios no especificados (TANE); entre los que se encuentra la ingestión compulsiva (IC) y otros trastornos cuyos criterios diagnósticos están bien definidos en el Manual de Enfermedades Psiquiátricas de la Asociación



Americana de Psiquiatría (DSM-IV-TR) y en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (Monterrosa, 2012; Gardner, 1999; WOH, 2007; Dawson, 2018).

La posibilidad de contar con un diagnóstico certero que considere los diversos signos y conductas que presentan las personas que padecen este tipo de trastornos, posibilitaría por un lado la optimización del recurso humano y fundamentalmente, identificar precozmente a aquellas personas que se encuentren en un punto de riesgo, facilitando la labor preventiva, y de tratamiento y así favorecer un mejor pronóstico (Górski, 2020).

Un buen nivel de educación nutricional se adquiere cuando la población toma conciencia y se hace responsable del cuidado de su salud, siguiendo las pautas y recomendaciones expresadas por la comunidad científica y los organismos nacionales e internacionales que se ocupan de proteger la salud (Urzua, 2009).

Así como la comunidad debe favorecer políticas nutricionales que faciliten las decisiones de la población en la elección de una dieta saludable, se debe controlar la información procedente de los medios de comunicación, dado que es indispensable para evitar que provoquen confusiones, garantizar la protección del consumidor, y evitar la presencia de conductas desfavorables para el mantenimiento de la salud y la promoción de dichas conductas (Bolaños, 2009; Omiwole, 2019).

Es en este contexto las instituciones educativas, los medios de comunicación y los servicios de salud deben estimular actitudes positivas hacia los alimentos propios de la cultura a la que pertenece el individuo, seguir las recomendaciones de las guías alimentarias controlando las aversiones, respetar las preferencias sin caer en la monotonía, promover dietas variadas y equilibradas que aseguren la calidad y cantidad recomendadas, estimular el sentido de solidaridad e implicar a todos los integrantes en las actividades relacionadas con la comida (seleccionar, comprar, planificar, cocinar o conservar los alimentos) haciendo partícipe a toda la familia (Uchôa, 2019; Leme, 2020).

El objetivo del estudio fue describir los riesgos de las conductas alimentarias asociados al estado nutricional de los adolescentes de colegios públicos de Bucaramanga

METODOLOGIA

Tipo de estudio y cálculo de tamaño de muestra



Estudio observacional, descriptivo de corte transversal. La población correspondida a adolescentes entre los 10 a 19 años de edad, estudiantes en 19 instituciones educativas que hacen parte de la red pública educativa en el Municipio de Bucaramanga en 2015.

Se llevo a cabo muestreo probabilístico polietápico, considerando las categorías de: comuna, institución, edad, y sexo. El tamaño de muestra se estimó en 422 adolescentes, con un error de 4%, un nivel de confianza del 95%, calculado en Epidat 3.1, asumiendo un tamaño de muestra desconocido y una prevalencia del evento de 22.7 % (Lindvall, 2016).

Instrumentos

El test actitudes alimentarias (EAT26) propuesto Garner y otros investigadores (Garner, 1979; Garner, 1982; Garner 1999; Monterrosa, 2012; Vela, 2014), tiene tres dimensiones: Dieta: 4, 9, 10, 14, 15, 22, 25, 29, 30, 36, 37, 38 y 39; Bulimia y preocupación por la comida: 6, 7, 13, 31, 34 y 40; Control oral: 5, 8, 12, 24, 26, 32 y 33. Se realizó la recodificación de los ítems negativos 1,18,19,23,27 y 39. Se les asignó el puntaje de uno, dos y tres a las seis opciones de respuesta tipo Likert según indica el autor. Luego, se calculó el puntaje de cada dimensión y total. De acuerdo a este último y se creó la variable riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, es decir, se considera bajo a quienes obtuvieron un puntaje menor o igual a 20, medio entre 21 y 29 y alto con un valor ≥ 30 .

La percepción de la imagen corporal, se calcularon los índices de insatisfacción y de distorsión, el primero como la diferencia entre la imagen percibida y la deseada, y el segundo como la diferencia entre la imagen percibida y la real según Gardner y colaboradores (Garner, 1999). Se categorizaron los índices de insatisfacción y distorsión de la siguiente forma: en el primero, un valor de índice menor a cero, indica que la imagen en que se percibe al adolescente es menor a la deseada, es decir, el adolescente desea aumentar de peso; un valor igual a cero, la imagen que percibe es igual a la deseada y un valor mayor a cero, la imagen que percibe es mayor a la deseada, o sea el adolescente desea perder peso. De forma semejante, el índice categorizado de distorsión, es menor a cero, el adolescente se percibe con menor peso que el real; igual a cero, la imagen que percibe es igual a la real y por último mayor a cero, se percibe con mayor peso que el real.

Se llevó a cabo la clasificación del IMC para según el sexo y la edad de los adolescentes conforme a los parámetros de la OMS, que considera obesidad $\geq + 2$ Desviaciones Estándar (DE) del IMC, sobrepeso $\geq + 1$ a $< + 2$ DE (IMC), normal ≥ -1 a $< + 1$ DE (IMC), desnutrición leve ≥ -2 a < -1 DE (IMC), desnutrición moderada ≥ -3 a < -2 DE (IMC) y desnutrición severa < -3 DE (IMC) (WHO, 2007).

Procesamiento y análisis de la información

Se elaboró la base de datos en Epidata, se realizó doble digitación, validación y depuración de la información. Luego se exportó a Stata para el análisis.



Para el análisis descriptivo se calcularon proporciones para las variables cualitativas, se evaluó la distribución de las variables cuantitativas a través de la prueba de Shapiro Wilk, se calcularon medidas de tendencia central según su distribución normal o no, mediante promedios o medianas, respectivamente.

En el análisis bivariado se evaluaron las diferencias a través de las pruebas estadísticas de χ^2 para las variables cualitativas y Prueba de Wald para las variables cuantitativas. Todos los análisis se realizaron teniendo en cuenta el diseño de muestreo polietápico. Se consideró un nivel de significancia estadística menor a 0,05.

Consideraciones éticas

Se contó con aval del comité de ética, con radicado 00006817 del 04/08/2015 del Instituto ISABU (Instituto de salud de Bucaramanga) Así mismo se tuvo en cuenta los principios planteados en los códigos internacionales de investigación biomédica y a la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, hoy denominado Ministerio de la Protección Social y la Ley 911 de 2004 del Tribunal de Ético de Enfermería. Se realizó consentimiento y asentimiento dado que involucro menores de 18 años. Se considero estudio con riesgo mínimo que involucro preguntas sensibles.

RESULTADOS

Las características sociodemográficas de los adolescentes se presentan en la tabla 1, dentro de las cuales se destaca que la mitad son mujeres, en adolescencia media, predominantemente de procedencia urbana, una tercera parte pertenece a estrato socioeconómico dos, aproximadamente la mitad está vinculado al régimen contributivo, se encuentra registrado en el Sistema de Selección de Beneficiarios Para Programas Sociales en Colombia (SISBEN), uno de cada diez adolescentes manifestó antecedente de situación de desplazamiento, la mayoría practica alguna religión siendo la más frecuente la católica seguida de la evangélica y por último la distribución de los estudiantes por grados académicos oscila entre 10,5% y 24,2%.

En cuanto al estado nutricional según la clasificación del IMC de la OMS. En la tabla 2, se observa que más de la mitad de los estudiantes se ubican en categoría normal; además, las mujeres presentan mayor desnutrición severa, estado normal y sobrepeso que los hombres. Por el contrario, los hombres presentan mayor desnutrición leve, desnutrición moderada y obesidad que las mujeres; sin embargo, estas diferencias no son estadísticamente significativas. Por otro lado, una de cada cuatro mujeres presenta TCA al igual que uno de cada cinco hombres.



Tabla 2. Estado nutricional, riesgo de trastornos de conductas alimentarias, satisfacción y distorsión de la imagen corporal por sexo de los adolescentes de instituciones educativas públicas de Bucaramanga, Colombia. 2015

Variable	% (95% CI)
Sexo	
Femenino	50,6 (43,4-57,8)
Masculino	49,4 (42,2-56,6)
Grupo de edad	
Temprana (10-13 años)	33,5 (27,4-40,2)
Media (14-16 años)	50,8 (43,6-57,9)
Tardía (17- 19 años)	15,8 (9,9-24,1)
Procedencia	
Urbana	88,7 (83,5-92,3)
Rural	6,8 (4,1-11,1)
NS/NR	4,6 (2,4-8,5)
Estrato socioeconómico	
1	24,6 (18,6-31,8)
2	35,1 (28,2-42,8)
3	24,3 (19,3-30,2)
4	12,7 (9,3-17,2)
5	0,9 (0,3-2,9)
6	0,7 (0,2-2,5)
NS/NR	1,6 (0,9-2,7)
Régimen de seguridad social en salud	
Contributivo	49,3 (42,2-56,5)
Subsidiado	30,4 (23,7-38)
Prepagada	3,3 (1,8-5,9)
Vinculado	1,2 (0,5-3)
Especial	3,6 (2-6,5)
NS/NR	12,1 (7,4-19,3)
SISBEN	57,2 (50,1-64)
Desplazamiento	9,5 (5,5-16)
Practica de religión	82,1 (76,3-86,7)
Religión	
Católica	52,5 (45,2-59,6)
Evangélica	24,1 (17,8-31,8)
Adventista	1,5 (0,7-3,1)
Testigos de Jehová	1,2 (0,4-3,4)
Otra	2,6 (1,2-5,5)
NS/NR	18,1 (13,7-23,7)
Grado	
6	12 (8,6-16,6)
7	16,7 (12,4-22,1)
8	23,4 (17,6-30,3)
9	10,5 (6,7-16)
10	13,2 (10,1-17,2)
11	24,2 (17,8-32)
Peso*	54,3(51,7-56,8)
Talla*	1,6 (1,6-1,6)
IMC*	20,8(20,1-21,5)

*Mediana (Rango Intercuartílico). SISBEN: Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales.
IMC: Índice de Masa Corporal



Tabla 2. Estado nutricional, riesgo de trastornos de conductas alimentarias, satisfacción y distorsión de la imagen corporal por sexo de los adolescentes de instituciones educativas públicas de Bucaramanga, Colombia. 2015

Variable	Total		Mujeres		Hombres		valor de p*
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	
Estado Nutricional** (n=471)							0,1
Desnutrición severa	1,5	(0,2-8,2)	2,9	(0,5-15,2)	0	-	
Desnutrición moderada	1,7	(0,7-4)	0,8	(0,1-5,7)	2,5	(0,9-6,7)	
Desnutrición leve	11,6	(7,7-17,2)	8,8	(5,3-14,1)	14,5	(8-24,9)	
Normal	59,1	(51,7-66,1)	66,2	(57,4-74)	51,8	(40,6-62,8)	
Sobrepeso	17,7	(12,6-24,2)	17,2	(12-23,9)	18,2	(10,1-30,4)	
Obesidad	8,6	(5,1-14,1)	4,2	(1,9-9)	13,1	(6,9-23,5)	
Trastorno conductas alimentarias (n=471)	21,9	(16,5-28,5)	25,7	(18-35,4)	18,0	(11,3-27,4)	
Satisfacción (n=448)							0,55
Desea aumentar	30,4	(24,3-37,2)	27,1	(19,7-36,1)	33,7	(24,4-44,4)	
Satisfecho	18,5	(14-24,2)	20,4	(13,8-29)	16,6	(11-24,4)	
Desea disminuir	51,1	(43,8-58,4)	52,5	(43,3-61,6)	49,7	(38,3-61)	
Distorsión (n=194)							0,12
Menor peso	29,5	(22,2-38)	29,4	(19,8-41,4)	29,6	(19,6-42,2)	
Igual	27,2	(19,8-36,1)	33,9	(23-46,8)	18,6	(10,6-30,6)	
Mayor peso	43,3	(34,6-52,4)	36,7	(25,1-50)	51,7	(39,4-63,9)	

*Prueba de X². **Clasificación según las tablas de IMC para la Edad, de niños(as) y adolescentes de 5 a 18 años de edad y tablas de IMC para adultos(as) no embarazadas, no lactantes \geq 19 años de edad según la OMS.

En la tabla 3 se muestra la distribución del riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria, satisfacción y distorsión con la imagen corporal según el estado nutricional, se evidencia que el 6,4% de los adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria presentan desnutrición severa frente al 0,1% sin TCA, así como el 20,8% y 12,6% de los adolescentes con TCA presentan obesidad y sobrepeso comparado con el 16,8% y 7,4% de quienes no tienen TCA, diferencias estadísticamente significativas, valor de p 0.01.

En la satisfacción con la imagen corporal se observa que aproximadamente tres de cada cuatro adolescentes satisfechos con su imagen se encuentran en un estado nutricional normal, 32,2% de quienes desean aumentar de peso se encuentran en algún grado de desnutrición y el 44,5% de quienes desean perder peso se encuentran en la categoría de sobrepeso y obesidad. diferencias estadísticamente significativas, valor de p <0.01.

Por otra parte, la distorsión de la imagen corporal, aproximadamente el 60% de quienes se perciben con menor y mayor peso se encuentran en un estado nutricional normal. El 28,8% de quienes se perciben con mayor peso que el real se encuentran en sobrepeso o obesidad, así como el 21,6% de quienes se perciben con menor peso. El 17% de quienes se perciben con bajo peso se encuentran en desnutrición leve. Diferencias no significativas.



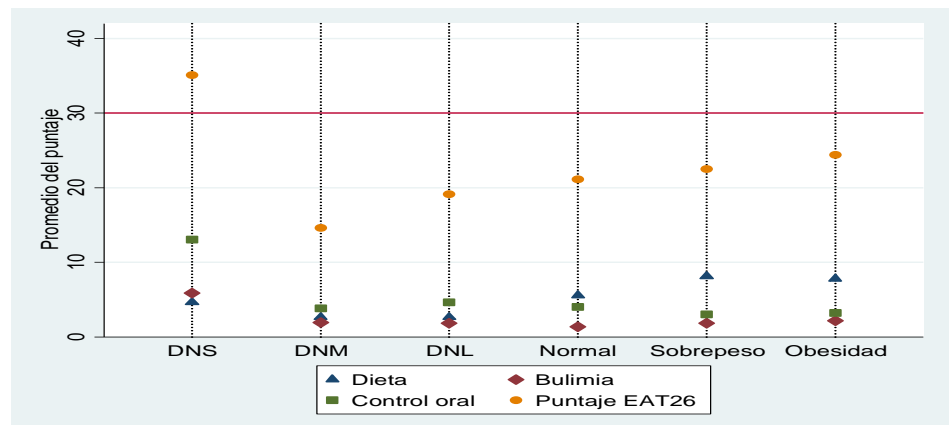
Tabla 3. Riesgo de trastornos de conductas alimentarias, satisfacción y distorsión de la imagen corporal según el estado nutricional de los adolescentes de instituciones educativas públicas de Bucaramanga, Colombia 2015

Variable	Desnutrición severa % (IC 95%)	Desnutrición moderada % (IC 95%)	Desnutrición leve % (IC 95%)	Normal % (IC 95%)	Sobrepeso % (IC 95%)	Obesidad % (IC 95%)	Valor de p*
Trastorno conductas alimentarias							0,01
No	0,1 (0-0,7)	2,1 (0,9-5,1)	14 (9,1-20,9)	59,6 (51,3-67,5)	16,8 (11-24,8)	7,4 (4,2-12,8)	
Si	6,4 (1-31,2)	0	3,2 (1,3-7,4)	57 (41,1-71,6)	20,8 (12,1-33,5)	12,6 (4,1-32,6)	
Satisfacción							<0,01
Desea aumentar	4,5 (0,6-25,5)	3,3 (1-11)	24,5 (14,3-38,8)	58 (45-70)	7,7 (4,1-14,2)	1,9 (0,4-8,1)	
Satisfecho	0,4 (0,1-3)	2,9 (0,6-12,3)	15,8 (8,1-28,5)	74,3 (61-84,2)	5,6 (2,1-13,7)	1 (0,2-4,9)	
Desea disminuir	0,1 (0-1)	0 (0-0)	1,8 (0,9-3,9)	53,6 (42,3-64,5)	28,9 (19,6-40,3)	15,6 (8,9-25,9)	
Distorsión							0,78
Menor peso	0	1,2 (0,2-8)	17 (8,9-30,2)	60,2 (44,9-73,8)	19,9 (10,2-35,1)	1,7 (0,4-7,5)	
Igual	0	3,9 (0,5-23,4)	10,6 (3,3-29,2)	67,4 (49,4-81,3)	12 (5-25,8)	6,1 (1,6-20,4)	
Mayor peso	0	2,1 (0,3-13,6)	11,1 (5,5-21,2)	58,1 (44,4-70,6)	22 (13,1-34,5)	6,8 (2,5-16,8)	

* Prueba de X²

En la figura 1 se presenta el promedio del puntaje total del EAT26 y de cada dimensión de los trastornos alimenticios según el estado nutricional de los adolescentes, se observan diferencias estadísticamente significativas entre el puntaje de la dieta (valor de p de <0,01), bulimia (valor de p de 0,02), control oral (valor de p de 0,01) y puntaje total (valor de p de <0,01) con el estado nutricional. Tiende a aumentar el puntaje de la dieta en las categorías con exceso de peso, por otra parte, el puntaje de bulimia, el control oral y total es mayor en la categoría de desnutrición severa, este último inclusive supera el punto de corte de 30.

Figura 1 Puntaje del EAT26 total y por las dimensiones de los trastornos alimenticios según el estado nutricional de los adolescentes de instituciones educativas públicas de Bucaramanga, 2015





Por otra parte, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el estado nutricional y las variables sexo, edad (valor de p de 0,50), procedencia (valor de p de 0,07), en situación de desplazamiento (valor de p de 0,50), estrato socioeconómico (valor de p de 0,05), afiliación al sistema de seguridad social en salud (valor de p de 0,57) y religión (valor de p de 0,78) a través de las pruebas de X^2 .

DISCUSIÓN

De la población de estudio se determinó que el 21.9% de los estudiantes presentaron algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria, prevalencia que está dentro de rango posible según estudios previos, del 12 al 40% (Al Hourani, 2020), del 0.3 al 50% (Sacco, 2018), y en otro estudio donde participaron 454 adolescentes con edades entre 13 y 18 años donde el 15,19% presenta riesgo de padecer algún trastorno alimentario (Rutzstein, 2010).

En múltiples estudios se ha observado una asociación entre el sexo y los trastornos alimentarios (Bohon, 2019; Hauck, 2020). En el presente estudio se evidencio que el 25.7% de las mujeres presentaron un TCA y los hombres un 18%, prevalencias levemente superiores al comparar con uno realizado en Buenos Aires, en una muestra de estudiantes de entre 13 y 23 años, en la cual se halló una prevalencia de TCA del 18,8% (Silva, 2014).

En los últimos años se ha incrementado el porcentaje de adolescentes del sexo masculino que posee estos trastornos, estudios han demostrado que los hombres están más enfocados en ganar masa muscular que en perder masa grasa (Nagata, 2020). Por otra parte, se han planteado ciertas dificultades en la detección de los TCA en la población masculina, esto podría deberse, en parte, a que los hombres no suelen manifestar el deseo de estar más delgados (Keel, 2007).

Mientras, en las mujeres han observado además de una mayor predisposición genética, pero también, una mayor exposición a factores socioculturales para desarrollar un TCA (Keel, 2007), donde se enfatizan hacia la delgadez, lo cual es muy promovido por los medios de comunicación y redes sociales (Saunders, 2018). En los hallazgos de este estudio se evidencio desnutrición severa tan solo en el grupo de mujeres.

Se encontró que solo el 20.4% de las mujeres y el 16.6% de los hombres tenían satisfacción corporal en relación con la figura corporal, hallazgos que difieren al estudio de Heiman, publicado en 2019 donde identificaron una mayor aficción en la imagen corporal en las mujeres, y reconocían que ellas prestaban mayor cuidado a la dieta y el ejercicio (Heiman, 2019). Además, Wolf, K. concluye que el estereotipo de ser esbelta, saludable y profesional, podría influenciar (Wolf, 2004) y los medios de comunicación, en especial la televisión promueve para que las estudiantes no esten satisfechas con su imagen corporal y a realizar dietas frecuentes, aumentando de esta manera el riesgo para desarrollar TCA (Gublielmone, 2012).



En este estudio se encontró que existían diferencias significativas entre los TAC y los estados nutricionales ($p=0,01$), en una investigación desarrollada en Viña del Mar los resultados arrojaron diferencias significativas sobre el riesgo que detectado en los estudiantes de los diferentes cursos, tanto hombres como mujeres, “Las alumnas con las siguientes características: estado nutricional normal, sobrepeso y obesidad presentaron prevalencias de riesgo similares (23%, 26% y 25%, respectivamente). Igualmente se evidencio un alto porcentaje de insatisfacción corporal en la muestra total (65%); sin embargo, éste fue significativamente mayor en los alumnos que presentaron riesgo, ya que casi en su totalidad desearían ser más delgados ($p < 0,001$) (Behar, 2007).

Por otra parte, en lo referentes a la distorsión en la autoimagen corporal no presentó influencia significativa en el riesgo de padecer un cuadro alimentario en ambos sexos. Similar a otro estudio donde tampoco identificaron diferencia significativa entre conductas bulímicas y restrictivas en los alumnos con riesgo de desarrollar trastornos alimentarios (Behar, 2007).

La disciplina de enfermería, con el escenario descrito, se aprecia con posibilidades de plantear intervenciones tanto en el área asistencial como comunitaria, que involucren intervenciones desde etapas tempranas de la vida; promoviendo la participación de éste grupo poblacional a los programas institucionales según la políticas públicas, al trabajo con la comunidad en la búsqueda y orientación de estilos de vida saludables, al trabajo en equipo con los docentes de los colegios y/o escuelas, a la interacción constante y continua con los niños y al acompañamiento y seguimiento de los programas con los padres y las familia.

Paralelamente, con base en los resultados de la investigación se puede continuar con proyectos de extensión en adolescentes, diseñar intervenciones a nivel de los estudiantes, los docentes y las familias, con programas de ejercicios, capacitaciones, para luego explorar el efecto, y aprovechando que en las instituciones educativas se podría llevar a cabo cohortes de seguimiento.

Dentro de las limitaciones del presente estudio se identifica que no se valoró la autoestima, lo cual se recomendaría para futuros estudios, dado que es una variable que puede afectar especial el concepto de imagen corporal, además pudiera ser muy interesante consultar otras variables como practica de deporte, el uso de redes sociales, antecedentes de enfermedades metabólicas (Jankauskiene, 2019; Uchôa, 2019; Martins R, 2021; Santos ISC, 2021).

Dentro de los beneficios potencialidades que tienen que ver con que con los resultados de esta investigación se considera que se estaría generando insumo para plantear políticas públicas nutricionales que faciliten las decisiones de la población en la elección de una dieta saludable a partir de estrategias educativas que garanticen ambientes saludables que trabajen por evitar la aparición de los TCA como el manejo de los recursos alimentarios que ofrece el entorno para que los individuos conozcan los alimentos de los



que disponen y potencien la solidaridad y el uso racional. Por tanto, es indispensable intervenir en la propia estructura social, en la jerarquía de sus valores y en las motivaciones y estímulos que potencia, para modificar los hábitos erróneos hacia patrones más saludables.

CONCLUSIONES

Se identifica diferencias entre los participantes que presentan TCA y la satisfacción de la imagen corporal con el estado nutricional. Los participantes con TCA presentan porcentajes más altos en los clasificados con desnutrición severa, sobrepeso y obesidad. Los adolescentes que desean aumentar de peso presentan porcentajes más altos en los clasificados con algún grado de desnutrición y los que desean disminuir presentan porcentajes más altos en los de sobrepeso y obesidad. Las mujeres se identificaron con mayor tendencia a TCA. Se evidenció que el 21,9% de los adolescentes presentaron algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria, cerca del 15% presenta algún grado de desnutrición y 26% sobrepeso u obesidad.

Los hallazgos identificados dan razón de la importancia de establecer intervenciones a nivel individual, grupal (colegio), familia, comunidad, medios de comunicación y la importancia de cambios en las políticas públicas para promover estilos de vida saludables y prevenir las consecuencias de las enfermedades relacionadas con estos eventos.

BIBLIOGRAFÍA

- Al Hourani, H., Ababneh, R., Khawaja, N., Khader, Y., & Ajlouni, K. (2020) Eating disorders among Jordanian adolescents with and without dysglycaemia: a comparative study. *East Mediterr Health J.* 26(12),1502-1509. <http://dx.doi.org/10.26719/emhj.20.86>.
- Behar, A.R., Alviña, M., Gonzalez, T., & Rivera, N. (2007). Detección de actitudes y/o conductas predisponentes a trastornos alimentarios en estudiantes de enseñanza media de tres colegios particulares de Viña del Mar. *Revista Chilena de Nutrición.* 34(3):240-249. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182007000300008>
- Bohon, C. (2019). Binge Eating Disorder in Children and Adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 28(4), 549-555. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2019.05.003>
- Bolaños, P. (2009). La educación nutricional como factor de protección en los trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la Conducta Alimentaria.* 10,1069-1086. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3214016>
- Dawson, R. (2018). Eating Disorders in Children and Adolescents. *Pediatr Ann.* 47(6),e230-e231. <http://dx.doi.org/10.3928/19382359-20180523-01>



- Garner, D.M., Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*. 9(2), 273–9. <https://doi.org/10.1017/S0033291700030762>
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y., & Garfinkel, P.E. (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*. 12(4), 871–8. <https://doi.org/10.1017/S0033291700049163>
- Gardner, R.M., Stark, K., Jackson, N., & Friedman, B.N. (1999). Development and validation of two new scales for assessment of body-image. *Percept Mot Skills*. 87:981-93. <https://doi.org/10.2466/pms.1999.89.3.981>
- Gaete, P.V., López, C.C. (2020). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral. *Rev Chil Pediatr*. 91(5), 784-793. <http://dx.doi.org/10.32641/rchped.vi91i5.1534>
- Górski, M., Całyniuk, B., Garbicz, J., Żukowska-Bąk, M., Kapcińska, A., Paciorek, K., & Polaniak, R. (2020). Eating disorders - diagnosis and characteristics. *Pol Merkur Lekarski*. 48(284), 133-138. <https://medpress.com.pl/pubmed.php?article=284133>
- Gublielmone, M.E. (2012). *Trastornos alimentarios, ansiedad y estado nutricional en estudiantes de Nutrición. (Tesis de graduación)*. Licenciatura en Nutrición. Facultad de Ciencias Médicas. Fasta: Universidad Fasta: Argentina. Recuperado de <http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/handle/123456789/263>
- Hauck, C., Cook, B. & Ellrott, T. (2020). Food addiction, eating addiction and eating disorders. *Proc Nutr Soc*. 79(1), 103-112. <http://dx.doi.org/10.1017/S0029665119001162>
- Heiman, T., & Olenik-Shemesh, D. (2019). Perceived Body Appearance and Eating Habits: The Voice of Young and Adult Students Attending Higher Education. *Int J Environ Res Public Health*. 16(3), 451. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16030451>
- Hornberger, LL., Lane, M.A., Committee on Adolescence. (2021). Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents. *Pediatrics*. 147(1), e2020040279. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2020-040279>
- Jankauskiene, R., & Baceviciene, M., (2019). Body Image and Disturbed Eating Attitudes and Behaviors in Sport-Involved Adolescents: The Role of Gender and Sport Characteristics. *Nutrients*. 11(12), 3061. <http://dx.doi.org/10.3390/nu11123061>
- Keel, P.K., Baxter, M.G., Heatherton, T.F., & Joiner, T.E. (2007) A 20-year longitudinal study of body weight, dieting, and eating disorder symptoms. *Journal of Ab-normal Psychology*, 116(2), 422-432. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.116.2.422>
- Leme, A.C.B., Haines, J, Tang, L., Dunker, K.L.L., Philippi, S.T., Fisberg, M., Ferrari, G.L., & Fisberg, R.M. (2020). Impact of Strategies for Preventing Obesity and Risk Factors for Eating Disorders among Adolescents: A Systematic Review. *Nutrients*. 12(10), 3134. <http://dx.doi.org/10.3390/nu12103134>
- Lindvall Dahlgren, C., & Wisting, L. (2016). Transitioning from DSM-IV to DSM-5: A systematic review of eating disorder prevalence assessment. *Int J Eat Disord*. 49(11), 975-997. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.22596>
- Martins, R., Saramago, T., & Carvalho, N. (2021). Lesões músculo-esqueléticas em jovens desportistas: estudo da prevalência e dos fatores associados. *Revista Cuidarte*. 12(1), e1221. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1221>
- Miller, C., & Bravender, T. (2018). Mental Disorders and Learning Disabilities in Children and Adolescents: Eating Disorders. *FP Essent*. 475:23-29. Recuperado de <https://www.meta.org/papers/mental-disorders-and-learning-disabilities-in/30556688>
- Monterrosa-Castro, Á., Boneu-Yépez, D.J., Muñoz-Méndez, J.T., & Almanza-Obredor, P.E. (2012). Trastornos del comportamiento alimentario: escalas para valorar síntomas y conductas de riesgo. *Rev.cienc.biomed*. 3(1), 99-111. <https://doi.org/10.32997/rcb-2012-3173>



- Nagata, J.M., Ganson, K.T., & Murray, S.B. (2020). Eating disorders in adolescent boys and young men: an update. *Curr Opin Pediatr*. 32(4), 476-481. <http://dx.doi.org/10.1097/MOP.0000000000000911>
- Omiwole, M., Richardson, C., Huniewicz, P., Dettmer, E., & Paslakis, G. (2019). Review of Mindfulness-Related Interventions to Modify Eating Behaviors in Adolescents. *Nutrients*. 11(12), 2917. <http://dx.doi.org/10.3390/nu11122917>
- Rutzstein, G., Murawski, B., Elizathe, L., & Scappatura, M. (2010). Trastornos alimentarios: Detección en adolescentes mujeres y varones de Buenos Aires. Un estudio de doble fase. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(1),48-61. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/231814497_Trastornos_alimentarios_Deteccion_en_adolescentes_mujeres_y_varones_de_Buenos_AiresUn_estudio_de_doble_fase
- Sacco, B., & Kelley, U. (2018). Diagnosis and Evaluation of Eating Disorders in the Pediatric Patient. *Pediatr Ann.*,47(6),e244-e249. <http://dx.doi.org/10.3928/19382359-20180523-02>
- Santos, I.S.C., Boery, R.N.S., Fernandes, J.D., Rosa, R.S., Ribeiro, Í.J., & Souza, A.S. (2021) Factors associated with metabolic syndrome and quality of life of adults in a northeast brazilian municipality. *Revista Cuidarte*. 12(2), e.1678 <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1678>
- Saunders, J.F., & Eaton, A.A. (2018). Snaps, Selfies, and Shares: How Three Popular Social Media Platforms Contribute to the Sociocultural Model of Disordered Eating Among Young Women. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 21(6), 343-354. <http://dx.doi.org/10.1089/cyber.2017.0713>
- Silva, N.Y., Mesa, M., & Escudero, D. (2014). Riesgos de trastornos alimentarios en adolescentes del último año de la enseñanza media en institutos adventistas de Argentina. *Actualización en Nutrición*, 15(4), 89-98. http://www.revistasan.org.ar/pdf_files/trabajos/vol_15/num_4/RSAN_15_4_89.pdf
- Uchôa, F.N.M., Uchôa, N.M., Daniele, T.M.D.C., Lustosa, R.P., Garrido, N.D., Deana, N.F., Aranha, Á.C.M., & Alves, N. (2019). Influence of the Mass Media and Body Dissatisfaction on the Risk in Adolescents of Developing Eating Disorders. *Int J Environ Res Public Health*. 16(9),1508. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16091508>
- Urzúa, M.A., Castro, S., Lillo, A., & Leal, C. (2009). Evaluación de los trastornos alimentarios: propiedades psicométricas del test edi-2 en adolescentes escolarizados(as) de 13 a 18 años. *Rev. Chil Nutr* 36(4): 1063-1073. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182009000400002>
- Vela, B.L., Alarcón, S.H., & Rodríguez, A.M. (2014). Revisión de las herramientas en español para la detección de los trastornos del comportamiento alimentario en adultos. *RevEspNutr Comunitaria*. 20(3), 109-17. Recuperado de <https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/Web%20RENC%202014%203-%20art%205.pdf>
- Wolf, K. (2004). The public's perceptions and knowledge regarding dietitians. Proceeding of the 14th International Dietetics Congress. *American Dietetic Association*, Chicago.
- World Health Organization. (2007) *Growth reference 5-19 years. BMI-for-age (5-19 years)*. Recuperado de http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/

MISCELÁNEA

Reseña de *El Desamparo del Tabú en Flor* de José Siles

Review of *The Forsaken Taboo in Blossom* by José Siles

Revisão do *Tabu Abandonado em Flor* por José Siles

Francisco Herrera Rodríguez^{1*}

^{1*} Doctor en medicina y profesor jubilado de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Cádiz.

*Correspondencia: Remitirse al correo electrónico.

Abstract: Francisco Herrera Rodríguez writes a review of José Siles's book "The Forsakenness of Ta-boo in Bloom".

Keywords: José Siles González, experience Poetry, proustian Anthropology.

Resumen: Francisco Herrera Rodríguez escribe una reseña sobre el poemario de José Siles "El desamparo del tabú en flor".

Palabras clave: José Siles González, poesía de la experiencia, antropología proustiana.

Resumo: Francisco Herrera Rodríguez escreve uma revisão da coleção de poemas de José Siles "O Tabu Abandonado em Flor".

Palavras-chave: José Siles González, Poesia de Experiência, Antropologia Proustiana.

Cómo citar este artículo: Herrera Rodríguez, F. (2023). Reseña de "El Desamparo del Tabú en Flor" de José Siles. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(65). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.65.25>

Received: 112/10/2022

Accepted: 29/01/2023.



Copyright: © 2023. Remitido por los autores para publicación en acceso abierto bajo los términos y condiciones de Creative Commons Attribution (CC/BY) license.



Siles, J. (2022). *El desamparo del tabú en flor*. Madrid: Verbum



He recibido, a lo largo y ancho de mi espacio y tiempo, numerosas cartas mataselladas en Cartago, las recibí siempre aquí en Gades. Me pregunto si todas fueron enviadas por José Siles González, o bien por algunos de sus heterónimos, Pepe Cartagena o Persiles de Kartápolis, ese poeta juguetero, que escribió aquello de que vivir la vida es un “fugaz episodio de alquiler que nos traspasa el alma”. No lo sé, pero sospecho que entre todos ellos tienen una alianza y las escribieron desde distintos tiempos y geografías, así como entre todos ellos cartografiaron los protocolos del hastío, el sentido del navegante, la sal del tiempo, las navegaciones y temporales padecidos por el ‘Líricus’ o incluso colaboraron con Lavoisier para comprender la estructura del aire y de Malaire. Y es que Siles/Persiles/Cartagena sabe, como Borges, que somos el pasado que seremos o que somos el tiempo que nos queda, como dice Caballero Bonald. En fin, todo ese galimatías del ayer es hoy y del hoy es ayer.



Imagen 2. José Siles González/Pepe Cartagena/Persiles de Kartápolis, desembarcando en el puerto de Gades en marzo de 2018. Fuente: Francisco Herrera.

La última carta de Pepe Siles y de sus heterónimos, con caligrafía sumeria, la recibí el 28 de septiembre de 2022; junto a ésta, en el sobre, encontré este libro titulado “El desamparo del tabú en flor”, sospecho que lo escribieron en los confines de Cabo de Hornos y en Cabo de Palos, algunos poemas seguro que surgieron cuando estaban acodados en la barra del Bar Lunar, en una mesa contigua a la que ocupaban Catulo, Tertuliano, Bukowski y Pepe El Escosío. Pensar en esto me tranquilizó, ya que el libro que tenía entre mis manos era un tratado de antropología proustiana, en el que se hace apología de los vapores del cocido y del hueso de jamón; pronto comprobé, pues, que el libro tenía algo



de antropología lírica, algo de tótem y de tabú, y de las consabidas prohibiciones para ser civilizados; por ejemplo:

“El tabú es el arte de hornear hordas
a un fuego lento y purificador,
que, frenando instintos primitivos,
transustancia lo salvaje en algo distinto
parecido a eso que eruditos sin domesticar
...del todo,
denominan...civilización”.

Incluso presentan los ‘deslices de tótem’; sobre todo en lo referido al culto de la tecnología del body, que contiene guasa sobre las liposucciones de la sobrina de Madonna o sobre las nalgas de Messi o la verga de Sansón. Mitología también encontramos en este libro, y no es que Persiles sea un poeta que cultiva los excesos del culturalismo en los poemas; aparecen, sí, Afrodita, Edipo, Eolo, Cronos, Caronte, pero siempre con un sentido que llena de vida el poema, no como esos poetas que lastran los versos de decadencia y de aburrimiento, aquí no.

En esta carta/cartago, claro que están como hemos visto los tabúes señalados por sesudos antropólogos, psicólogos, padres de las iglesias; esos tabúes que no se pueden transgredir para ser civilizados; pero los mejores momentos del poemario son cuando Siles y sus heterónimos se centran en la lírica del yo, cuando sueñan navegar montañas y escalar mares, cuando construyen un microrrelato lírico en ‘El sepelio del domador de cobras’, cuando se revelan contra los sacerdotes médicos que prohíben el tabú salino en pro de la salud o se esconden en los parques con el habano y la birra, a salvo de la mirada de los cardiólogos, pero no de los transeúntes, a los que retrata con gran meticulosidad, como buen poeta que es de la realidad y de la experiencia. Lo tan real, hoy lunes; pero no con el tono jubiloso de Jorge Guillén, sino con la vindicación expresa de la transgresión del tabú, de la ley seca y del tabaco:

“Ahora, con la prohibición,
he tomado conciencia de los lugares
más recónditos de algunos parques



donde todavía sobreviven los espíritus
de los últimos furtivos,
que abonan con su rebeldía,
jardines clandestinos donde proliferan, exuberantes,
las copas de árboles insumisos"

En este extenso poema se describe el devenir y el pasar de las gentes, con vidas afortunadas o desafortunadas; el poema rezuma escepticismo, melancolía y pesimismo existencial...incluso también algunas gotas de humor. Siles y sus heterónimos son, como digo, poetas de la realidad y de la experiencia, pero sobre todo son siervos del tiempo: "Ayer parecería que fue,...". Pero también estos heterónimos son poetas de la memoria que quieren salvar del olvido al amigo, a Pedro Marín Miranda, "Allá donde habites, tu recuerdo flameará resplandeciente".

Pero dentro de ese lirismo de la memoria, del yo, del pasado que asalta las esquinas, hay un cénit en "Soñarme contigo más allá de todos los libros". La madre, siempre, la madre:

"Tu presencia cuando te sueño,
en las noches luminosas
de luna llena y pensativa, en mi memoria
todavía paseamos cogidos de la mano
atravesando el mercado municipal
donde, después de comprar
el arreglo para el caldero,
pactas con el tiempo una tregua
que traiga los limbos que nos separan
mientras procuramos dormir juntos
los mismos recuerdos.
(...)
Madre, la mano...tu comfortable mano,
para que en el muelle de la vida
interpretemos los papeles de antaño:
Yo, el niño cogido de la mano protectora



de una dulce madre que ahora habita en otro limbo
(...)

Las noches que te vuelvo a coger la mano
para que, como si no existieran fronteras entre limbos,
soñarme contigo”.

Esta poesía del yo, de la memoria, del pasado, que está presente en el hoy, aparece en un excelente poema “Foto en la casa deshabitada”. Casa “poblada solo de viejos invocando/...sus presencias ausentes”. Poema que recuerda a algunos cuadros de Antonio López y de Manuel López-Villaseñor.

José Siles, Pepe Cartagena y Persiles de Kartápolis están pendientes de los desheredados de la tierra, que habitaron el Bar del Infierno, de los exiliados de la ruta y de los que llevan el alma en los pies. ¿Antropología proustiana? Algo hay, junto a reivindicaciones sociales que demuestran un compromiso con la época que les ha tocado vivir a estos heterónimos, lo que denota un cierto tono de poesía social; pero sobre todo este poemario, como venimos diciendo, es literatura del yo y del tiempo, ese que irremisiblemente nos lleva a los ecos dorados del último poniente, “Soñando navegar montañas y escalar mares”:

“Meter el mar en un cesto de mimbre
y envolver un cuarto y mitad de cordillera andina
en papel de estraza...marrón.
Navegar por el mar de mimbre
y escalar el pico menos empapelado de los Andes
sin salir del sueño...del todo”.

Es verdad eso de que duele la luz del sol, cuando hiere a muerte. Queridos heterónimos os informo que el ‘Líricus’ salió esta mañana de Gades y llegará ayer a Cabo de Palos. Seguramente los tripulantes tendrán problemas con los pasaportes y los visados, seguro que algo inventarán para salir de este entuerto en las redes del tiempo.