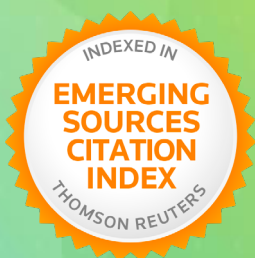


Revista de Enfermería y Humanidades

ASOCIACIÓN DE HISTORIA Y ANTROPOLOGÍA DE LOS CUIDADOS



CULTURA DE LOS CUIDADOS

2º Cuatrimestre 2023. Año XXVII N°66



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

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



SUMARIO

Editorial

- Felicidad

Fenomenología

- Percepción de los estudiantes sobre la evaluación basada en rúbrica
- Percepciones sobre la salud comunicativa y el bienestar en un grupo de cuidadores informales
- Apuntes acerca de la producción epistemológica de la corporalidad suicida
- Afrontamiento de enfermeras en Unidades de cuidados intensivos durante la pandemia: Una mirada interdisciplinaria

Historia

- Biografía de João Mauro Moraes, el primer hombre en graduarse como enfermero en Minas Gerais, Brasil
- Biografía de la enfermera brasileña Edith de Magalhães Fraenkel y su iconografía fotográfica (1942-1955)
- La historia de vida de la enfermera Águeda Medina Soto como elemento clave de la relevancia de la cultura de los cuidados en la enfermería de Jaén

Antropología

- Estilo de vida en mujeres con cáncer de mama: un estudio de revisión narrativa
- Acompañamiento creativo para el duelo por muerte en contexto hospitalario: La experiencia en un Hospital en Bogotá
- Beneficios del Zhineng Qigong en la salud holística de practicantes durante la COVID-19: aportes para enfermería
- El proceso de transición y capacitación de la persona trasplantada al corazón y familia: ensayo teórico
- Cultura alimentaria, tejidos que fortalecen el cuidado colectivo en una comunidad indígena
- Sistematización de experiencia de pulpos para neonatos Instituto Roosevelt Bogotá, Colombia

Teoría y Método

- Síntesis de teoría de la percepción materna del peso corporal del hijo
- Análisis del concepto de Vejez, por el método Walker y Avant
- Factores de riesgo y estilos de vida en adolescentes asociados al cáncer en la adultez: una revisión de alcance

Miscelánea

- Reseña del libro de Luis Cibanal (y Col.): Técnicas de Comunicación y Relación de Ayuda en Ciencias de la Salud

CINAHI
Académita de EBSCOs

DOAJ
DIRECTORY OF OPEN ACCESS JOURNALS



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

EDITORIAL

Felicidad

Happiness

Felicidade

Elena Andina-Díaz^{1*}

¹ Profesora Contratada Doctor. Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de León (España); Or-
cid: <https://orcid.org/0000-0001-9687-1967>; correo electrónico: elena.andina@unileon.es

* **Correspondencia:** Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de León (España). Campus de
Vegazana, S/N, 24170 León, España.

Abstract: The purpose of this editorial is to reflect, as micro-story, on the spaces where we seek
happiness in our culture immersed in the digital age.

Keywords: Culture; happiness; digital age.

Resumen: El propósito de esta editorial es reflexionar, en forma de micro-relato, sobre los espacios
donde buscamos la felicidad en nuestra cultura sumergida en la era digital.

Palabras clave: Cultura; felicidad; era digital.

Resumo: O objetivo deste editorial é refletir, sob a forma de uma micro-história, sobre os espaços
onde procuramos a felicidade na nossa cultura imersa na era digital.

Cómo citar esta editorial: Andina-
Díaz, E. (2023). Felicidad. *Cultura de
los Cuidados* (Edición digital), 27(66).
Recuperado de
[http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.
66.01](http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.66.01)

Received: 07/02/2023

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.

Palavras-chave: Cultura; felicidade; era digital.



Y por qué no, si es pronto para llegar a casa. Pensé.

Eran las 13:30 horas de un viernes cualquiera, nublado y frío, de invierno. Volvía de tra-
bajar mucho más pronto que lo habitual, pero es que mi cabeza no podía más y había

decidido cerrar el chiringuito hasta el lunes. La calle estaba repleta de gente, ¡claro!, en una de las vías más turísticas de la ciudad.

La puerta estaba abierta, y sin pensarlo, me colé.

Mirada rápida, a ver si hay alguien conocido. Tic, tac, por favor, que no, que quiero estar sola. Glenn Gould¹ tocando, bajito, ¡qué más puedo pedir!

Cuatro mesas vacías, y una con una pareja, y en la barra, dos hombres y una mujer.

Uff, una banqueta libre. Qué bien, allá que voy. Y encima el periódico local a mi lado, disfruta del momento, Elenita.

- Una caña con limón, por favor.

Pero no pasé de la primera página. Me puse a mirar y a escuchar, debo confesar.

La pareja de la mesa estaba más preocupada por lo que contaban sus teléfonos que por iniciar una conversación. En la barra, la mujer hablaba por su celular, y los dos hombres, tecleaban compulsivamente sus respectivos dispositivos electrónicos.

Somos animales de costumbres. Hace apenas cinco años esta escena sería casi impensable, y ahora pasar cinco min sin ellos, sin los móviles, por ejemplo, para consultar la carta del restaurante en el que estábamos y ya de paso ver las críticas para elegir el plato mejor valorado nos cuesta imaginarlo.

FOMO o FOBO, ¿tú de qué vas? Así comenzaba un artículo que leí hace poco y que acababa provocando tristeza en todas las células de mi cuerpo y activaba mis miedos.

Miedo a quedarse fuera, a perderse la mejor exposición en el museo de moda, el viaje adrenalina, o la fiesta en el ático más fantástico en la ciudad, en la que, obviamente, vamos a conocer a alguien superimportante que nos llevará al estrellato en nuestra carrera. Y luego, deberemos contarlo en las redes para que todos vean lo enrollados que somos y lo felices que estamos. En definitiva, necesidad de estar en todos los saraos por miedo a que, si no, el resto de los mortales que nos conocen nos condenen al ostracismo social. A la ultratumba, amén.

Miedo a elegir el peor musical, la compañía de teléfono más cara, o el sofá menos molón. Necesidad de elegir la mejor opción, entre todas las posibles, para no perder nuestro valioso tiempo en cosas no interesantes y de que el resto de los mortales que nos conocen no crean que somos unos incompetentes. Y nos manden directos a la ultratumba, de nuevo, amén.

WhatsApp, Twitter, LinkedIn, Instagram, TikTok, YouTube, qué maravillosa la vida con Photoshop, qué felices se muestran los demás, aparentemente... si bien, esclavos de la

lujuria, de la avaricia, de los honores, de la esperanza, del temor. Séneca² tenía razón, ergo, ¿dónde buscar referentes para fabricar trocitos de felicidad? Porque, quien crea que el bombardeo masivo de imágenes ideales www no va a transformar nuestras creencias, valores, actitudes, es un ingenuo.

¡Ay! Benditos estoicos y sus trending topics.

Marco Aurelio venía a decir en sus Meditaciones³ que no nos dejáramos llevar por las circunstancias, por las modas, por los acontecimientos, por los demás. Aventuraba que cuando éstas causaran confusión volviéramos en nosotros mismos enseguida, no interrumpiéramos la marcha de nuestra conducta, pues cuando más constantemente la recoráramos, más dueños seríamos de ella.

Mundo capitalizado, globalizado, aliens deambulando, aculturados, y las máquinas, disfrazadas de señales luminosas, indicando el camino de la felicidad.

Posé la mochila encima del taburete y mi móvil encima de la barra.

- ¿Le importa echarle un ojo? Voy al aseo.

La mujer que estaba a mi lado puso la mano tapando el celular, asintió con la cabeza, extrañada, y me miró a los ojos.

Al entrar, un agujero negro me aspiró, luz cegadora, y silencio absoluto.

Me observé: descalza, vestido veraniego, melena al aire, y un cuaderno en blanco en la mano derecha. No entendía nada.

Comencé a caminar. Suelo lleno de arena, troncos secos, y caracolas; eucaliptos, pinos carrascos, crespinillos, y sus aromas, mezclados con los de sal y humedad. Tras dos minutos de travesía, una playa desierta y una barca varada.

Noté cómo una mano tocaba mi espalda. Giré la cabeza hacia atrás y me encontré a mí misma, paralizada, con el rostro desencajado y el miedo en mis ojos. Ojos que derramaban lágrimas.

Cogí su mano, que era también la mía, y nos tumbamos boca arriba en la orilla. El vaivén de las olas comenzó a mojarnos los pies y el cielo azul celeste se comenzó a desdibujar. Nos dormimos acompañadas por el sonido del mar y de las gaviotas.

Al despertar estaba saliendo del aseo. Mis pies tenían arena y mis hombros estaban ligeramente enrojecidos, el sol había quemado mi piel.

Nadie se percató de mi presencia, salvo la mujer que había custodiado mis pertenencias.

- ¿Dónde está el aseo?

Le indiqué el camino sonriendo, me coloqué la mochila en mi espalda y con el cuaderno en mano me dirigí a la salida.

Comenzaba a llover. Olor de nuevo a humedad, esta vez petricor. La gente corría hacia los soportales para resguardarse de la lluvia. Inicé mi marcha.

Despacio, por qué no, si es pronto para llegar a casa. Pensé.

BIBLIOGRAFÍA

- Gould, G. (2013). Bach: Goldberg Variations. BWV 988 (The 1955 & 1981 Recordings).
- Séneca, L.A. (2013). Sobre la brevedad de la vida, el ocio y la felicidad. Barcelona: Acantilado.
- Aurelio, M. (2007). Meditaciones. Barcelona: RBA.

FENOMENOLOGÍA

Percepción de los estudiantes sobre la evaluación basada en rúbrica

Student perception of rubric-based assessment

Percepção de estudantes sobre avaliação baseada em rubricas

Elizabeth Fajardo Ramos^{1*}; Martha Núñez Rodríguez²; Ángela María Henao Castaño³

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

² Profesora Asociada Universidad del Tolima (Colombia). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2012-6554>; Correo electrónico: mnunez@ut.edu.co.

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

* **Correspondencia:** Calle 62 No. 8-20 Condominio Vilanova, Torre 2 Apto 1101 Colombia, Ibagué (Tolima).

Abstract: Introduction. Nursing students within their learning processes are faced with a number of summative evaluation strategies, hence the importance of using the rubric as one of the strategies in which students are active actors in the process. assessment within the framework of autonomous learning. Objective: To identify the perception of nursing students regarding the rubric as an evaluation strategy. Methodology: exploratory and descriptive qualitative study carried out in thirty-four nurses in training from a public university. The information collection was carried out through an online format with an open question, it was carried out during the month of November 2020 and they were analyzed with the IRAMUTEQ software. Results: three categories were identified: The rubric as a guide for design, the rubric as a summative evaluation method, the rubric has disadvantages. Conclusion: Students consider that rubrics are important in their training because it allows them to adopt a more active role in their learning and guides them in the development of the indicated activities. However, they also identified that rubrics must be clear, simple and precise so that they are understood, thus fulfilling their substantial function.

Keywords: Rubric; Self-regulated Learning; Pedagogy; Nursing; Autonomous Learning.

Resumen: Introducción. Los estudiantes de enfermería dentro de sus procesos de aprendizaje se encuentran enfrentados a un sin número de estrategias de evaluación sumativa, de ahí la importancia del uso de la rúbrica como una de las estrategias en las cuales los estudiantes son actores activos en el proceso de evaluación en el marco del aprendizaje autónomo. Objetivo: Describir la percepción de los estudiantes de enfermería ante el uso de la rúbrica como estrategia de seguimiento al aprendizaje y evaluación. Metodología: Estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo realizado en treinta y cuatro enfermeros en formación de una universidad pública. La recolección de la información se realizó mediante la aplicación de un formato on line con pregunta abierta. Se llevó a cabo durante

Cómo citar este artículo: Fajardo-Ramos, E., Núñez-Rodríguez, Á., & Henao Castaño, A.M[®]. (2023). Percepción de los estudiantes sobre la evaluación basada en rúbrica. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(66). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.66.02>

Received: 12/02/2023

Accepted: 10/05/2023



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

el mes de noviembre, del 2020 y se analizó con el software IRAMUTEQ. Resultados: se identificaron tres categorías: La rúbrica como guía para el diseño, la rúbrica como método de evaluación, la rúbrica tiene desventajas. Conclusión: los estudiantes consideran que las rúbricas son importantes en su formación debido a que les permite adoptar un rol más activo en sus aprendizajes y les orienta en el desarrollo de las actividades indicadas. Sin embargo, también identificaron que las rúbricas deben ser claras, sencillas y precisas para que sean entendidas cumpliendo así su función sustancial.

Palabras Clave: Rúbrica; Aprendizaje Autorregulado; Pedagogía; Enfermería; Aprendizaje. Autónomo

Resumo: Introdução. Os alunos de enfermagem em seus processos de aprendizagem se deparam com uma série de estratégias de avaliação somativa, daí a importância de utilizar a rubrica como uma das estratégias em que os alunos são atores ativos no processo. avaliação no âmbito da aprendizagem autónoma. Objetivo: Identificar a percepção dos académicos de enfermagem sobre a rubrica como estratégia de avaliação. Metodologia: estudo qualitativo exploratório e descritivo realizado com trinta e quatro enfermeiros em formação de uma universidade pública. A coleta de informações foi realizada por meio de um formato online com uma pergunta aberta, foi realizada durante o mês de novembro de 2020 e foram analisadas com o software IRAMUTEQ. Resultados: foram identificadas três categorias: A rubrica como guia para o design, a rubrica como método de avaliação somativa, a rubrica apresenta desvantagens. Conclusão: Os alunos consideram que as rubricas são importantes na sua formação porque lhes permite adotar um papel mais ativo na sua aprendizagem e orienta-os no desenvolvimento das atividades indicadas. No entanto, também identificaram que as rubricas devem ser claras, simples e precisas para que sejam compreendidas, cumprindo assim sua função substancial.

Palavras-chave: Rubrica; Aprendizagem Autorregulada; Pedagogia; Enfermagem; Aprendizagem Autónoma.

INTRODUÇÃO

Las estrategias de aprendizaje son una serie de operaciones cognoscitivas y afectivas que el estudiante lleva a cabo para aprender, con las cuales puede planificar y organizar sus actividades de aprendizaje. Las rúbricas verdaderas presentan criterios apropiados para el propósito de una evaluación y describen estos criterios a lo largo de un continuo de niveles de desempeño. La presencia de criterios y descripciones del nivel de desempeño distingue a las rúbricas de otros tipos de herramientas de evaluación como listas de verificación y escalas de calificación. (Brookhart, 2018). En este sentido, la rúbrica ha sido asumida por muchos docentes como una estrategia que le permite abordar el acto educativo en dos direcciones que son complementarias: por una parte, al ser apropiada por los estudiantes les promueve el aprendizaje autónomo al orientarles sobre lo que se espera en su desempeño y por otra parte le sirve al docente para evaluar el nivel de logro del estudiante. Las rúbricas se pueden definir como una colección de criterios para trabajar y evaluar; estos criterios consisten en descripciones del desempeño y estándares que los estudiantes esperan lograr. (Zenobia Chan & Simone Ho, 2019). Desde esta perspectiva la rúbrica ha sido expuesta como una matriz de valoración que incorpora en un eje los criterios de ejecución de una tarea y en el otro eje una escala en cuyas casillas interiores están con texto en los que se describen niveles progresivos de logro de la tarea propuesta.

En este sentido las rúbricas han sido descritas como un “instrumento evaluativo, basado en una escala cuantitativa y/o cualitativa asociada a unos criterios preestablecidos, que miden las acciones del alumnado sobre los aspectos de la tarea o actividad que serán evaluados”. (Torres & Perera, 2010). Por lo tanto, las rúbricas son herramientas de calificación útiles que agregan confiabilidad, validez y transparencia a las evaluaciones, a menudo se utilizan para aumentar la validez en los exámenes y disminuir la subjetividad (Fraile et al., 2017). En este orden de ideas, la rúbrica en estudiantes universitarios ha sido utilizada para responder a las necesidades de la evaluación formativa, siendo una herramienta que permite adaptar las actividades a las necesidades de los alumnos y mejorar así su fiabilidad a partir del retorno obtenido (Blanco Abellan & Ginovart Gisbert, 2012).

La calificación es un aspecto inherente en la labor docente y es allí donde la evaluación debe centrarse en considerar la participación del alumno en el proceso por su potencial de aprendizaje porque los procesos de evaluación son cruciales en el aprendizaje del alumno, incluso, más relevante que los objetivos o los métodos de enseñanza. Resulta imperativo optimizar los procesos de evaluación a través de la implementación de instrumentos pedagógicos como la rúbrica con el fin de mejorar la calidad del proceso de enseñanza- aprendizaje “ayudando al estudiante a comprender cuáles son las expectativas del profesor respecto a la actividad formativa propuesta” (Torres y Perera, 2010, p. 141). En efecto, Roblyer y Wiencke (2003) coinciden en que la rúbrica es una herramienta versátil que puede utilizarse tanto para la evaluación como para desarrollar un acompañamiento integral al aprendizaje de los estudiantes, una ventaja que es posible gracias a que proporciona una retroalimentación referente a cómo mejorar el trabajo. De manera semejante, también proporciona al profesor la posibilidad de socializar sus expectativas sobre los objetivos de aprendizaje que ha fijado para sus estudiantes.

Un factor determinante para el buen aprendizaje y desarrollo académico óptimo es el uso de estrategias de una forma elaborada, ordenada y significativa de los contenidos curriculares (Beltrán, 2003). Sin embargo, para que la rúbrica sea verdaderamente significativa se debe tener en cuenta que su empleo no debe girar en torno a un tema, sino que ha de estar en función del propósito de la evaluación.

De acuerdo con Liarte (Román, 2019), las rúbricas son una herramienta para la evaluación que permite revisar cada una de las competencias de forma detallada. “Es un instrumento idóneo especialmente para evaluar competencias, puesto que permite diseccionar las tareas complejas que conforman una competencia en tareas más simples distribuidas de manera gradual y operativa” (Román, 2019). En una línea similar, Brown y Pickford (2013) sostienen que las rúbricas deben utilizarse en los procesos evaluativos porque permiten reconocer y responder al aprendizaje con el fin de fortalecerlo en su propio contexto.

La implementación de rúbricas fortalece el aprendizaje autónomo debido a que los estudiantes pueden utilizarlas para hacer un seguimiento a su trabajo y corregir las debilidades encontradas. De esta forma, el sujeto en formación se hace responsable de su adquisición de conocimiento gracias a que cuenta con un recurso de retroalimentación como la rúbrica que orienta su proceso formativo.

Las rúbricas representan para los estudiantes una oportunidad para interactuar en el contexto de las Tecnología de la Información y Comunicación (TIC) debido a que favorece la independencia académica del estudiante. Lo anterior ocurre gracias a que la implementación de rúbricas fortalece la interactividad con el manejo de la información y las herramientas web. No obstante, “el aprendizaje autónomo no debe quedar como una estrategia que se desarrolla por sí sola” (García, 2016, p. 15) y es en este contexto donde precisamente las rúbricas adquieren especial importancia en el proceso de formación: porque permiten acompañar las actividades de aprendizaje sin afectar la autonomía del estudiante.

La formación de Talento Humano en Salud es abordada en los planes de estudio, asignando un significativo número de créditos en el componente de prácticas en escenarios clínicos y no clínicos. En la formación de profesionales de Enfermería en la Universidad del Tolima - Colombia- las prácticas en escenarios clínicos se inician en el tercer semestre de formación y representan retos para el docente pues es el primer contacto del estudiante con escenarios reales, en los que es imperativo promover el aprendizaje autónomo y capacidad de poner en marcha procesos cognoscitivos de orden superior.

Se han abordado estudios de corte cuantitativo, dirigidos a construir, validar, sistemas de evaluación mediante rúbricas en estudiantes de enfermería, dadas las particularidades del proceso formativo ya enunciadas. Sin embargo, es pertinente indagar cual es la perspectiva desde la mirada del estudiante, frente al uso de las rúbricas como elemento fundamental del acto educativo, como estrategia de seguimiento al aprendizaje y a la evaluación. (Espinoza, Herrera, j, Magni Acevedo, & Gálvez Carvajal, 2021)

El objetivo propuesto para este estudio fue, describir la percepción de los estudiantes de Enfermería ante la rúbrica como estrategia de seguimiento al aprendizaje y evaluación.

METODOLOGIA

La presente investigación es un estudio cualitativo exploratorio descriptivo que se ha desarrollado a partir del análisis de contenido. En este sentido, el análisis de contenido describe de manera objetiva, sistemática y cuantitativa los datos (Bardin, 1986) permitiendo conocer la percepción de los estudiantes de enfermería frente la evaluación de productos con el uso de rúbrica. Percibir involucra encontrarse con cosas y situaciones cuyas

aprehensiones, permanencia en la memoria e impacto conductual permiten la constitución de la experiencia. La percepción es, en principio, un proceso de seguimiento de un objeto mediante los sentidos y ese objeto debe coincidir con una cosa cuya realidad o existencia pueda ser comprobada, aun con sus modificaciones no esenciales. (Rosales Sánchez, 2015)

Los participantes fueron 34 estudiantes de una institución de educación superior de Ibagué que cursaban la asignatura de enfermería básica clínica de manera virtual en el mes de diciembre del 2020. A ellos se les había enviado la rúbrica de elaboración de un poster con anterioridad (competencia proyectada en el plan de curso) y dicha calificación se encontraba como componente evaluativo de trabajo final. La recolección de la información se dio por medio de un formato on line con dos preguntas abiertas las cuales exploraban la percepción de los estudiantes con la elaboración del poster como producto final de la asignatura utilizando la rúbrica como método evaluativo. La recolección on line permitió en época de aislamiento poder tener interacción con los participantes y permitiendo a los alumnos que puedan trabajar de forma autónoma.

Los datos fueron recolectados en una planilla electrónica del programa Microsoft Excel® y para el análisis de dos preguntas abiertas. La primera relacionada con la percepción que tenían de la rúbrica como método de evaluación del Poster, la segunda con las ventajas y desventajas que consideraba presentaba la rúbrica.

Fue utilizada la técnica de análisis de contenido temático según la teoría Bardin (1986), la cual está compuesta por tres fases: 1) preanálisis, con lectura exhaustiva del material empírico; fue realizado por cada una de los investigadores de manera independiente, 2) exploración del material para hacer inteligibles las unidades de registro, fue realizada uno de los investigadores y posteriormente puesto en dialogo con otros investigadores 3) tratamiento de los resultados, inferencia e interpretación. En el preanálisis, los contenidos no relacionados fueron eliminados del texto, en algunas declaraciones se completaron las frases con el fin de tener un contenido claro para el análisis. En el manejo de los resultados se buscaron las clases de palabras permitiendo agrupar el contenido en núcleos de significados, formando así el árbol de palabras y sus relaciones entre ellos; además, se contó con el software Interface de R pour les Analyses multidimensionnelles de textes et de questionnaires (IRAMUTEQ) permitiendo el análisis estadístico del corpus textual e información de manera individual del comportamiento de las palabras (Moreno & Ratinaud, 2015). Se cumplieron a cabalidad los criterios de rigurosidad por medio de la precisión de los datos con la saturación de cada una de las categorías identificadas y análisis empleando las estrategias de auditoría, llevado a cabo por una enfermera magister en educación, que supervisó el trabajo para evitar la introducción de sesgos, y la triangulación de análisis, proceso que los investigadores revisaron las transcripciones y discutieron el contenido de ella.

Los aspectos éticos se trataron de la siguiente forma: cada uno de los estudiantes tenían en el formulario una pregunta en la cual autorizaban o no el diligenciamiento del mismo con la libertad de aceptarlo o no, se mantuvo el anonimato por medio de la asignación de un número de manera consecutiva, solo en estudiante era menor de edad y tuvo igual trato y estaba próximo a cumplir mayoría de edad.

RESULTADOS

El estudio contó con 34 participantes estudiantes de la asignatura enfermería básica, en su mayoría mujeres (85%), con edades que oscilaron entre los 17 y 21 años.

De los cuestionarios con pregunta abierta analizados en el software fueron analizados 362 segmentos textuales, por lo tanto, a partir de la selección lexical se formaron tres categorías (Figura 1).

Categoría 1. La rúbrica como guía para el diseño

En esta categoría se presenta cómo los estudiantes encontraron en la rúbrica una guía para el diseño del poster, especialmente los lineamientos que debería de tener permitiendo que cada uno organizara este trabajo final de obtener la mejor evaluación.

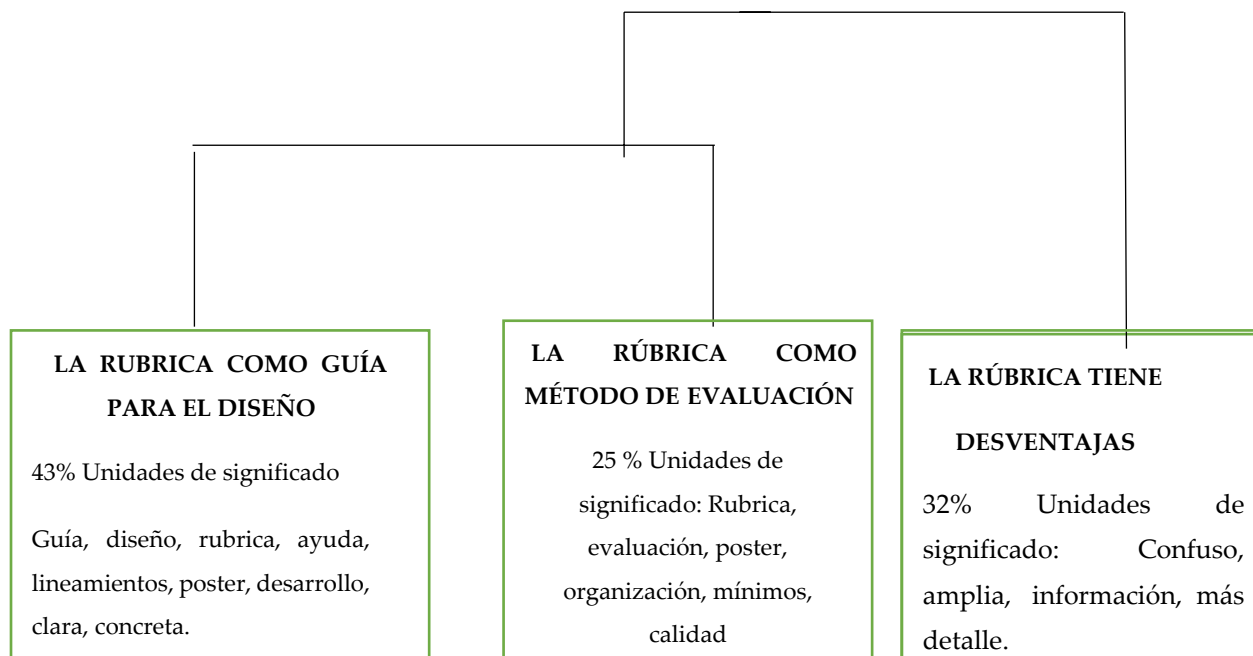
“Es una rúbrica muy detallada, por lo que si ayuda a desarrollar el poster y adherirse a los lineamientos permitiendo evaluar lo que estamos realizando y esforzarnos por tener la mejor calificación” E13

“Considero que la rúbrica es clara, concreta y concisa por tanto permite determinar de manera sencilla los elementos importantes dentro del poster” E28

“La rúbrica me ayudó bastante. Al inicio no sabía muy bien qué debía o no colocar en el póster, pero viendo la rúbrica supe en qué cosas hacer énfasis para la organización y sustentación de mi póster, así se tiene claro que diseño realizar, siendo además una nota final” E 7

“La rúbrica me permitió complementar los detalles del trabajo y tener una guía clara de que cosas se evaluaran, y de esta manera optimizamos el trabajo en la realización del poster con el fin de tener una muy buena nota “E 23

Figura 1. Dendograma. Distribución de las categorías y subcategorías del estudio con sus respectivas unidades de significado



Fuente: Elaboración propia, estudio 2020

Categoría 2. La rúbrica como método de evaluación

En esta categoría los estudiantes identifican en la rúbrica una estrategia, permitiendo elaborar el producto final de tal manera que se tenga un buen producto y su posterior evaluación.

“Si, la rúbrica es precisa y clara frente a los puntos a evaluar y cómo se va a llevar a cabo dicha evaluación, aclara metodología del trabajo” E 16

“Considero que sí fue útil porque mostró al estudiante los principales puntos a evaluar por la docente, fue claro y específico” E21.

“Es una rúbrica bien diseñada, me parece que en cuanto a organización visual a veces se puede sacrificar información por poner imágenes por lo tanto se afecta el diseño y la puntuación en ese aspecto” E13

“La rúbrica nos brindaba cuales son los mínimos que tenemos que realizar en un artículo para saber si es de buena calidad” E 32

Categoría 3. La rúbrica tiene desventajas

Los estudiantes perciben también desventajas en el uso de rúbricas especialmente por la densidad de la información con la que cuenta creando confusión en el momento de tomar decisiones en la elaboración del producto.

“La rúbrica nos permite reconocer cuáles son los aspectos que se deben tener en cuenta en la construcción del póster. Aunque en la parte de la crítica de artículos no se entiende muy bien qué aspectos son los que deben exponerse... Ya que son muchos aspectos que se evalúan.” E25

“Considero que es útil, pero habría sido más útil un esquema o una explicación más detallada de lo que se buscaba del póster, fue confuso iniciar la búsqueda porque había confusión en la prioridad” E 19

“La verdad la rúbrica no me aportó, tiene muchos elementos que considero no me fueron de utilidad, requiere que se tenga más asesoría para trabajar con la rúbrica” E14

DISCUSIÓN

De acuerdo con el objetivo planteado, la percepción de los estudiantes de enfermería en torno al rol que tiene la rúbrica en el proceso de evaluación, los resultados muestran claramente un mayor porcentaje de participantes que se inclina por la rúbrica como una guía para diseñar el trabajo a evaluar. En este sentido la rúbrica cumple su papel formativo, más que sumativo. El uso de la rúbrica con este objetivo se sustenta en adicionar a los estudiantes las características finales que debe tener su trabajo, los criterios de evaluación y el nivel de competencias que deben adquirir; es decir, les permite conocer de antemano las competencias y elementos que van a ser valorados junto con la puntuación otorgada, por lo que favorece el proceso de enseñanza-aprendizaje (Raposo y Martínez, 2011) (Espinoza, Herrera, j, Magni Acevedo, & Gálvez Carvajal, 2021).

En este sentido, evalúan no solo el resultado, sino el proceso de enseñanza-aprendizaje, pues permite analizar otros aspectos académicos como la metodología e inclusive el rol del docente. Además, crea un espacio para la retroalimentación, aspecto evidenciado en los estudios realizados por Menzala-Peralta y Ortega-Menzala (2021) en el cual el personal docente y el estudiantado analizan las fortalezas y las debilidades demostradas, así como posibles recomendaciones, las cuales podrán ser reevaluadas y valorar el mejoramiento en el rendimiento.

Al respecto, Gabriela de la Cruz (2011) plantea que las rúbricas coadyuvan a la realización de tareas porque permiten la especificación de aquellas dimensiones que integran una actividad a desarrollar. A su vez, esta perspectiva es compartida por Stevens y Leví quienes

sostienen que las rúbricas además funcionan para los estudiantes porque les permite ahorrar tiempo y tienen el potencial de ofrecer resultados específicos en relación con el desempeño (citado por De la Cruz, 2011). Estas posiciones que de manera general sustentan el valor de las rúbricas en el seguimiento al aprendizaje, también fueron evidenciadas específicamente en la evaluación de competencias en estudiantes de Enfermería, descritas en el Marco Común Europeo por González-Villa (2018) en su tesis doctoral.

Sin embargo, la población percibió algunas desventajas en la rúbrica aplicada. Este resultado evidencia que, como toda rúbrica, su aplicación puede plantear algunas dudas de interpretación de los estudiantes, así como impedir en ciertas ocasiones consideraciones a algunos matices (Astudillo, Rivarosa y Ortiz, 2014). En efecto, concebir desventajas frente a la implementación de la rúbrica se convierte en la oportunidad por excelencia para desarrollar una dialéctica teórico-práctica que permita procesos de reflexión que fortalezcan su diseño y planificación para garantizar con esto que se cumpla su fin didáctico.

Para conseguirlo, es indispensable que el estudiante en la rúbrica conozca las expectativas del docente frente al trabajo a realizar, se presentan los criterios establecidos para evaluar, tomándolos a modo de pautas que le guíen para alcanzar más fácilmente sus objetivos de aprendizaje. Torres y Perera (2010)

Estos resultados son coherentes además con lo encontrado por Espinosa-Fernández (2018), que evaluó la efectividad de las rúbricas en Estudiantes de Enfermería y encontró que su efectividad en la orientación al estudiante en el logro de competencias se vio incrementada cuando se abordó como una estrategia de evaluación formativa.

Lo anterior significa que si la rúbrica por sí misma no es suficiente puede acompañarse con dispositivos de formación tales como: relatos, diarios de trabajo, memoriales de formación, grupos de discusión, entre otros. De esta manera, se fortalece la reflexión consciente del conocimiento se descubren obstáculos que funcionan como una oportunidad de aprendizaje al ser necesario reformular la propuesta según las necesidades de los estudiantes (Astudillo, Rivarosa y Ortiz, 2014).

Sin lugar a duda, este resultado evidencia la importancia de la retroalimentación (feedback) que el profesor debe efectuar en el desarrollo del aprendizaje de sus alumnos. No obstante, la efectividad de esta retroalimentación que el profesor proporciona dependerá de las estrategias cognitivas, metacognitivas y de la motivación que impregne en sus estudiantes (Panadero y Romero, 2014). Por último, se percibe a la rúbrica como un elemento de evaluación

sumativa. Convencionalmente se han elaborado evaluaciones sumativas según el paradigma cuantitativo, asignándole un valor numérico a los aspectos descriptivos, de acuerdo con el desempeño demostrado por el estudiantado. Aunque existen diversos factores que no pueden contabilizarse.

Por ello, en la actualidad se buscan razonamientos cualitativos de evaluación, que valoren de forma holística el proceso educativo, considerando el cumplimiento de los objetivos estipulados y la metodología; lo que evita basarse exclusivamente en los resultados cuantitativos de un examen dejando de lado la evaluación global del proceso de enseñanza- aprendizaje (Hernández y Moreno, (2007). Al respecto, Martínez (2008), explica que, las rúbricas como instrumento de evaluación son perfectibles en tanto que las mismas constituyen una herramienta que se puede ir ajustando con la práctica hasta encontrar el valor justo de las metas de la evaluación a las cuales se espera llegar o se quiere que los estudiantes lleguen.

La responsabilidad de la formación de enfermeros ha llevado a los docentes en el desarrollo de didácticas para la evaluación que permitan la incorporación de estrategias utilizadas por otras disciplinas, en especial las rubricas las cuales tuvieron un rol protagónico en periodos de aislamiento cuando la presencialidad en la universidad estaba limitada.

Las limitaciones del estudio estuvieron relacionadas con la retroalimentación según los resultados de la rúbrica para cada uno de los estudiantes, los cuales fueron citados de manera remota sincrónica pero no acudieron al espacio.

CONCLUSIONES

El presente estudio informo como la implementación de rúbricas para evaluar los aprendizajes adquiridos en el campo de la enfermería es realmente una necesidad, esto se debe a que permite que el estudiante adopte un rol activo y deje a través su comportamiento pasivo en el proceso de formación. En efecto, para los estudiantes de enfermería es fundamental ser partícipes en la construcción de saberes para que puedan así retroalimentar a su contraparte (docente) de forma significativa.

La utilización de la rúbrica no solo se convierte en una estrategia evaluativa que mide el desempeño de los estudiantes, sino que fortalece su autonomía y trasciende al mejoramiento de la calidad de la enseñanza-aprendizaje. Por esta razón, procedimentalmente la rúbrica no debe estar supeditada a aspectos cuantitativos puesto que su riqueza radica en su flexibilidad como característica principal.

La creación e implementación de rúbricas suponen un reto para el docente y los estudiantes en la medida que no siempre suelen ser entendidas con facilidad. Por esta razón, es fundamental que sean construidas a partir de objetivos claramente identificados y que además cuenten con criterios precisos para evitar distraer la atención o saturar la información dificultando el aprendizaje.

La implementación de rúbricas en los procesos de enseñanza-aprendizaje precisa de un mayor acercamiento entre docentes y estudiantes para que así esta herramienta adquiriera mayor significancia. Lo anterior quiere decir que la rúbrica por sí misma no funciona si no existe una adecuada retroalimentación del trabajo que se realiza y de los aprendizajes que se alcanzan.

BIBLIOGRAFÍA

o Astudillo, C., Rivarosa, A., & Ortiz, F. (2014). Reflexión docente y diseño de secuencias didácticas en un contexto de formación de futuros profesores de ciencias naturales. *Perspectiva Educacional. Formación de profesores*, 53(1), 130-144.

o Bardin, L. (1986). *El análisis de contenido*. Madrid: Akal.

o Beltrán, J. (2003). Estrategias de aprendizaje. *Revista de educación*, 332, 55-73. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=776715>

o Blanco, M., & Ginovart, M. (2012). On How Moodle Quizzes Can Contribute to the Formative e-Assessment of First-Year Engineering Students in Mathematics Courses. *RUSC. Universities and Knowledge Society Journal*, 9(1), 150-166. <https://doi.org/10.7238/rusc.v9i1.1277>

o Brookhart, S. (2018). Appropriate Criteria: Key to Effective Rubrics. *Front. Educ.*, 10 April 2018 | <https://doi.org/10.3389/feduc.2018.00022>

o Brown, S., & Pickford, R. (2013). Evaluación de habilidades y competencias en educación superior. Narcea

S.A. De la Cruz, G. (2011). La construcción y aplicación de rúbricas: una experiencia en la formación de psicólogos educativos. *Observar*, 5(1), 21-41. <http://www.observar.eu/>

o Espinoza, B., Herrera, B., J., C., Magni Acevedo, C., & Gálvez Carvajal, R. (2021). Autoevaluación del aprendizaje clínico en estudiantes de Enfermería. Validación de rúbrica. *Zona Próxima*, 34, 71-96.

o Espinosa-Fernández, M. (2018). *Evaluación de Competencias Clínicas en Estudiantes de Enfermería, un nuevo paradigma. Evaluación de una rúbrica*. Valencia: Universitat Jaume I. <http://dx.doi.org/10.6035/14103.2018.612138>

o Fraile, J., Pardo, R., & Panadero, E. (2017). ¿Cómo emplear las rúbricas para implementar una verdadera evaluación formativa? *Revista Complutense de Educación*, 28(4), 1321-1334. <https://doi.org/10.5209/RCED.51915>

o García, J. (2016). Fortalecer las habilidades de aprendizaje autónomo con herramientas y recursos digitales mediante un AVA en educación media.



https://repository.uniminuto.edu/bitstream/handle/10656/4390/TAMB_GarciaQuiza

Juan_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y

o Gozalez-Villa, P. (2018). *Validación de un instrumento de evaluación de las competencias adquiridas en la practica clinica de Enfermeria de la UCM*. Madrid: Universidad Complutense.

o Hernández, R., & Moreno, S. (2007). La evaluación cualitativa: Una práctica compleja. *Educación y Educadores*, 10(2), 215-223.

o Martinez, J. (2008). Las rúbricas en la Evaluación escolar. Construcción y uso. *Avances en Medición*, 6, 129-138.

o Menzala-Peralta, C., & Ortega-Menzala, E. (2021). Rubrica como instrumento de evaluación en la educación superior. *Revista Científica Dominio de las Ciencias*, 7(4), 1020-1034.

o Moreno, M., & Ratinaud, P. (2015). *Manual uso de IRaMuTeQ version 0.7 alpha 2*. Recuperado de <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/guia-iramuteq>

o Panadero, E., & Romero, M., (2014). To rubric or not to rubric? The effects of self-assessment on self-regulation, performance and self-efficacy. *Assessment in Education: Principles, Policy & Practice*, 21(2), 33-48.

o Raposo, M., & Martínez, E. (2011). La Rúbrica en la Enseñanza Universitaria: Un Recurso Para la Tutoría de Grupos de Estudiantes. *Formación universitaria*, 4(4), 19-28.

o Roblyer, M.D. & Wiencke, W.R. (2003). Design and use of a rubric to assess and encourage interactive qualities in distance courses. *The American Journal of Distance Education*, 17 (2), 77-97

o Román, L. (2019). Evaluar con rúbricas: qué son, cómo aplicarlas y cuáles son sus beneficios. *Educación 3.0*. Recuperado de <https://www.educaciontrespuntocero.com/noticias/evaluar-con-rubricas/>

o Rosales Sánchez, J. (2015). Percepción y experiencia. *EPISTEME NS*, 35, 21-36.

o Torres, J., & Perera, V. (2010). La rúbrica como instrumento pedagógico para la tutorización y evaluación de los aprendizajes en el foro on line en educación superior. *Revista de Medios y Educación*, 36(1), 141-149.

<https://www.redalyc.org/pdf/368/36815128011.pdf>

o Zenobia Chan & Simone Ho (2019) Good and bad practices in rubrics: the perspectives of students and educators. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 44:4, 533-545.

<https://dx.doi.org/10.1080/02602938.2018.1522528>

Percepciones sobre la salud comunicativa y el bienestar en un grupo de cuidadores informales

Perceptions about communicative health and well-being in a group of informal caregivers

Percepções sobre saúde comunicativa e bem-estar em um grupo de cuidadores informais

Yenny Rodríguez-Hernández^{1*}; Sandra Patricia Orozco-Rico²; Diana Marcela Laverde-Robayo³;

¹PhD en Educación. Fonoaudióloga. Facultad de Ciencias de la Salud. Programa de Fonoaudiología Grupo Desarrollo y Discapacidad de la Comunicación Interpersonal-Estudio y abordaje. Orcid: 0000-0001-9196-0290; Correo electrónico: yenny.rodriguez@ibero.edu.co

²Facultad de Ciencias de la Salud. Programa de Fonoaudiología Grupo Desarrollo y Discapacidad de la Comunicación Interpersonal-Estudio y abordaje. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9949-2222> Correo electrónico: fonoibero@gmail.com

³Facultad de Ciencias de la Salud. Programa de Fonoaudiología Grupo Desarrollo y Discapacidad de la Comunicación Interpersonal-Estudio y abordaje. Orcid: 0000-0002-0242-7951. Correo electrónico: laverderdianam@gmail.com

*Correspondencia: Facultad Ciencias de la Salud. Programa de Fonoaudiología. Corporación Universitaria Iberoamericana. Dg 67 No. 5-27. Bogotá. Colombia.

Cómo citar este artículo: Rodríguez, Y., Laverde, D.M., & Orozco, S.P. (2023). Percepciones sobre la salud comunicativa y el bienestar en un grupo de cuidadores informales. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(66). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.66.03>

Received: 18/01/2023

Accepted: 25/04/2023



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

Abstract: Communicative health plays an important role in the well-being of a person with or without a disability. The aim of the article is to describe the communicative interaction that occurs between a group of caregivers and the people which they take care to identify their perceptions focus on their communicative health. This is descriptive research. 12 informal caregivers participated and they completed a survey based on the communication strategies used in interactions with the people who they take care. The results show that the interaction between the caregiver and the person who they take care. This is characterized by the presence of different communicative intentions, the use of verbal and non-verbal code, the passive role of the person with disabilities, and the active role of the caregiver. In the discussion the authors introduce the criteria to take into account when someone is talking about communicative health in people with disabilities. The study shows the signs that account for communicative health evidenced in the caregiver-person dyad who is cared for.

Keywords: Caregivers; communication strategies; disability; health; communication.

Resumen: La salud comunicativa es una parte importante en el bienestar de una persona con o sin discapacidad. El objetivo del artículo es describir la interacción comunicativa que se da entre un grupo de cuidadores y las personas a quienes cuidan para identificar sus percepciones frente a su salud comunicativa. En la investigación de tipo descriptivo participaron 12 cuidadores informales

quienes diligenciaron una encuesta sobre las estrategias comunicativas empleadas en las interacciones con las personas a quienes cuidan. Los resultados mostraron que la interacción entre el cuidador y la persona a quien se cuida se caracteriza por la presencia de diferentes intenciones comunicativas, por el uso del código verbal oral y no verbal, por el rol pasivo de la persona con discapacidad, y por el rol activo del cuidador. Los autores reflexionan en torno a los criterios a tener en cuenta al hablar de la salud comunicativa en personas con discapacidad. El estudio concluye con los signos que dan cuenta de la salud comunicativa evidenciados en la diada cuidador-persona a la que se cuida.

Palabras clave: Cuidadores; estrategias comunicativas; discapacidad; salud; comunicación

Resumo: A saúde comunicativa é uma parte importante do bem-estar de uma pessoa com ou sem deficiência. O objetivo do artigo é descrever a interação comunicativa que ocorre entre um grupo de cuidadores e as pessoas de quem cuidam, a fim de identificar suas percepções sobre sua saúde comunicativa. Na pesquisa descritiva, participaram 12 cuidadores informais que responderam a um questionário sobre as estratégias de comunicação utilizadas nas interações com as pessoas de quem cuidam. Os resultados mostram que a interação entre o cuidador e o ser cuidado é caracterizada pela presença de diferentes intenções comunicativas, pelo uso do código verbal oral e não verbal, pelo papel passivo da pessoa com deficiência, e pelo papel ativo de cuidador. Os autores refletem sobre os critérios a serem levados em consideração quando se fala em saúde comunicativa em pessoas com deficiência. O estudo se conclui com os indícios que explicam a saúde comunicativa evidenciados na diáde cuidador-pessoa cuidada.

Palavras-chave: Cuidadores; estratégias de comunicação; deficiência; saúde; comunicação

INTRODUCCIÓN

Para Brady, Bruce, Goldman, Erickson, & et. al. (2016) la comunicación es una necesidad básica y un derecho de todas las personas. De allí que se tenga en cuenta al hablar de calidad de vida. La participación de los sujetos en actos comunicativos, las intenciones comunicativas que manifiestan, las forman lingüísticas y no lingüísticas que usan, los comportamientos que se evidencian y que se interpretan por parte del interlocutor, y el contexto en el que ocurre la interacción, entre otros elementos, son importantes al momento de hablar de comunicación. Según los autores, la efectividad de la comunicación puede variar dependiendo de una serie de variables individuales y ambientales. Por ejemplo, algunas personas con discapacidad pueden emplear diferentes formas de comunicación con sus cuidadores que para otros interlocutores pueden ser poco convencionales e individualizadas.

Al respecto, McLeod (2018) afirma que la comunicación es una característica propia de los seres humanos. Gracias a ella interactúan con otros y pueden participar en diferentes actividades de carácter social. Por otra parte, la comunicación les permite desarrollar diferentes capacidades como recibir, procesar, almacenar, y producir mensajes; comprender y ser comprendido; expresar necesidades y deseos básicos; e interactuar con otros. Las personas que forman parte de grupos minoritarios se comunican a través de otras formas de comunicación y lenguajes que no son tan comunes. Entre ellos la lengua de señas, el braille, sistemas de comunicación aumentativa y alternativa (SAAC). Independientemente de la edad, habilidades, estados, formas de comunicación, todas las personas tienen

derecho a recibir y transmitir mensajes, dar conocer sus opiniones, expresar sus emociones e interactuar con otros durante las diferentes actividades diarias para garantizar no solo su derecho a la comunicación sino también su derecho a la igualdad, a la justicia y a la dignidad humana.

En su reflexión sobre el derecho que tienen las personas a la comunicación, Teira (2021) afirma que el logopeda (fonoaudiólogo, terapeuta del lenguaje, patólogo de habla y lenguaje) debe brindar tanto a las personas con problemas comunicativos o con diversidad comunicativa así como a las personas que forman su red de apoyo, conocimientos, estrategias y recursos para desarrollar habilidades que les permitan participar en diferentes contextos de interacción. Lo anterior no solo ayudaría a visibilizarlos como grupos comunicativos diversos sino también a identificar las barreras y oportunidades comunicativas con las que se pueden llegar a encontrar para reducir así las desigualdades.

En relación con las aproximaciones que se han realizado en torno a la comunicación de personas con discapacidad en salud, Piculell, Skär, Sanmartin, Anderberg & Bohman (2021) en su estudio con cuidadores informales de adultos mayores identificaron y construyeron los significados de la comunicación. Para los autores, los cuidadores informales incluyen a los familiares y amigos del adulto; participan en su cuidado, y desempeñan un rol importante en la asistencia desde el apoyo que prestan en la realización de diferentes tareas de la vida diaria. Algunos de los cuidadores establecen relaciones asimétricas con los adultos; otros implementan diferentes estrategias para fomentar la interacción social, y la mayoría requieren capacitaciones sobre el manejo de la enfermedad, especialmente aquella que es crónica.

Por su parte, Suárez-Rojas y Rodríguez-Riaño (2020) diseñaron y validaron un programa para desarrollar habilidades comunicativas en cuidadores de adultos con la enfermedad de Alzheimer. Las autoras parten de las premisas que las acciones realizadas por las personas a lo largo de su vida tienen una función comunicativa y que gracias a la interacción pueden transmitir mensajes, reconocerse y reconocer a los demás en los diferentes contextos en los que participa. De igual manera que un deterioro o pérdida de la capacidad para comunicarse trae consigo un impacto negativo en su vida, en la vida de sus familiares y en la sociedad. Lo anterior se debe a que la persona con esta enfermedad no pueden cumplir con sus roles generando así un aislamiento. El cuidado de estas personas se debe orientar no sólo a la satisfacción de sus necesidades sino también a la promoción y adecuación de la comunicación a partir de la identificación y del reconocimiento de las habilidades y capacidades que aún se conservan.

Windsor, Woods, Kaiser, Snyder & Salisbury (2019) analizaron los efectos de un programa de formación para cuidadores de niños con problemas de comunicación y motricidad. Para los autores los niños con discapacidad suelen presentar retrasos en la comunicación y en la parte motora. En relación con la comunicación, suelen emplear gestos y

algunas palabras para solicitar acciones o información las cuales se convierten en su forma de participación durante las actividades cotidianas. El estudio sugiere la necesidad de incorporar diferentes estrategias durante las rutinas para fomentar la comunicación, el desarrollo motor, la participación de los menores, y brindarle más oportunidades de aprendizaje.

En este sentido es importante recordar que el cuidado es una actividad que implica una relación interpersonal y se da a lo largo de la vida. Inicialmente los padres cuidan a sus hijos y en la adultez mayor, son los hijos quienes los que cuidan a sus padres. En el caso de personas que tienen algún tipo de discapacidad, Nam & Park (2017), Martínez, Ramos, Robles, Martínez y Figueroa (2012), Secanilla, Bonjoch, Galindo & Gros (2011) el cuidado implica un trabajo conjunto entre el cuidador formal y el informal y por lo general son los familiares más cercanos los que asumen este rol. Los cuidadores son las personas encargadas de tomar las decisiones sobre los tratamientos, son quienes supervisan o los que los apoyan a las personas que cuidan en durante las actividades de la vida diaria. Se encargan del manejo de los aspectos económicos y sociales; y atienden las diferentes necesidades de las personas a quienes cuidan.

Investigaciones como la de Lethin, Renom-Guiteras, Zwakhalen, Soto-Martin, & et. al. (2017) han identificado que los cuidadores en el caso de personas con demencia por lo general son los cónyuges o las parejas, los miembros de la familia, los amigos, los vecinos u otras personas que tenga una relación social. Estos cuidadores informales brindan apoyo en las actividades diarias, en sus finanzas e incluso los supervisan. Sin embargo, las personas con demencia también pueden contar con cuidadores formales y a medida que aumenta su deterioro cognitivo se incrementan también las necesidades de cuidado.

En este contexto de la comunicación como un derecho, de la diversidad comunicativa de los niños con algún tipo de discapacidad, y de la diada cuidador-niño, el presente artículo describe la interacción comunicativa que se da entre los dos participantes y las habilidades desarrolladas durante las rutinas diarias. Antes de iniciar es importante resaltar el modelo desde el cual se asume el término salud o bienestar comunicativo. A saber, el Modelo Sistémico de la Comunicación Humana Interpersonal propuesto por Bernal, Pereira & Rodríguez (2018) el cual define la comunicación como un proceso social, dinámico y abierto; es una actividad que promueve la participación del individuo y de los grupos para construir sociedad; es una acción intersubjetiva en la que cada persona es un ser activo que construye significados y sentidos; e implica la interacción continua de variables intrapersonales, interpersonales y socioculturales.

La comunicación desde este punto de vista forma parte del desarrollo humano. De allí que el bienestar comunicativo o salud comunicativa se refiera al uso de la comunicación la cual les permite a las personas participar de manera activa en los diferentes contextos sociales. Esa salud comunicativa o bienestar comunicativo se percibe de manera individual y depende en gran medida del derecho que tiene una persona para interactuar

en forma comunicativa. Gracias a ella la persona puede ser reconocido por otros y alcanzar los propósitos que se ha planteado en la interacción (Bernal, Pereira & Rodríguez, 2018). Hablar de salud comunicativa implica según Cuervo (1998) usar de manera eficiente la comunicación la cual permite la participación de las personas en una comunidad integrada por seres humanos. La salud comunicativa le ayuda al individuo a influir en su contexto a través de actos comunicativos y promueve su bienestar, su autonomía y su independencia.

En el caso de las personas en condición de discapacidad, ellas tienen derecho a influir a través de la comunicación en las situaciones que rodean su existencia y es un indicador de bienestar comunicativo. Su derecho a comunicarse se ve reflejado en acciones como: a) solicitar objetos, acciones, eventos y personas y a expresar preferencias o sentimientos; b) recibir opciones y alternativas; c) rechazar objetos, eventos o acciones que no desea; c) solicitar y recibir atención e interactuar con otra persona; d) solicitar información sobre un estado, objeto, persona o evento que sea de su interés; e) comunicar mensajes de cualquier modo y con la eficacia y eficiencia acordes a sus habilidades y capacidades; f) ser reconocidos sus actos comunicativos y a recibir respuestas a los mismos; g) acceder a cualquier dispositivo de comunicación aumentativa y alternativa y otros dispositivos de asistencia necesarios; h) participar en diferentes contextos, interacciones y oportunidades como interlocutores comunicativos válido; i) recibir información sobre las personas, las cosas y los sucesos del entorno inmediato; j) participar en intercambios comunicativos en los que se le reconozca su dignidad, y k) ser comunicado en forma comprensible y de una manera cultural y lingüística apropiada (National Joint Committee for the Communicative Needs of Persons with Severe Disabilities, 1992).

METODOLOGÍA

Tipo de Estudio

La investigación tiene un enfoque cuantitativo con un diseño no experimental y de investigación por encuesta. Este diseño describe en forma numérica información relacionada con las actitudes, las opiniones o las tendencias a través de una muestra (Asenahabi, 2019). Este estudio es cuantitativo en la medida en que los datos son numéricos y emplea la estadística descriptiva; es no experimental porque no se aplicó una variable experimental y es de encuesta porque a través de este instrumento se describen las percepciones de los cuidadores en torno a la interacción comunicativa que se da con las personas a quienes cuidan.

Instrumentos

Los instrumentos que se emplearon para la recolección de datos fueron:

Encuesta sociodemográfica. Diseñada por las investigadoras y su objetivo es caracterizar al grupo de cuidadores. Cuenta dos dimensiones. Una corresponde a los datos del cuidador, nivel de escolaridad, ocupación, estado civil y estatus socioeconómico. La otra se centra en el rol como cuidador; contiene preguntas orientadas a conocer la relación que tiene con la persona a la que cuida, el tiempo dedicado al cuidado, el tipo de apoyo que recibe por su labor, y el estado de su salud física y mental. La encuesta está conformada por preguntas abiertas y cerradas que contienen escalas nominales dicotómicas, ordinales y de rango.

Cuestionario de auto-reporte de habilidades de comunicación del cuidador y de la persona a quien se cuida. Se usa para identificar las estrategias comunicativas empleadas por los cuidadores y por las personas a quienes se cuida. Fue diseñado por las investigadoras a partir de la propuesta de Orange & Colton-Hudson (1998) y Wetherby & Prizant (2001). Contiene información relacionada con los datos del cuidador, y tres dimensiones. La primera hace referencia a las estrategias comunicativas del cuidador, está conformada por 27 ítems los cuales se califican en una escala Likert. La segunda corresponde a las estrategias comunicativas empleadas por la persona a quien se cuida, consta de 18 ítems que se califican con una escala Likert. La última se refiere a la percepción general del proceso comunicativo. Cuenta con indicadores relacionados con las intenciones comunicativas (10 ítems) evaluadas con una escala nominal; con el código empleado (6 ítems) con una escala Likert; con los roles comunicativos (6 ítems) con una escala Likert; con los sentimientos que tiene el cuidador frente a la comunicación (8 ítems) y una escala Likert.

Participantes

La muestra estuvo conformada por 12 cuidadores y 12 personas con discapacidad. Los cuidadores asisten a jornadas de capacitación ofrecidas por una institución sin ánimo de lucro ubicada en la ciudad de Bogotá-Colombia. A través de talleres centrados en la discapacidad, y del manejo domiciliario y de los entornos en los que encuentra la persona a quien se cuida, la fundación promueve el desarrollo integral de la población que presenta algún tipo de discapacidad o se encuentra en situación de vulnerabilidad. Tienen una mínima de 21 años y una máxima de 52 años. Todas son mujeres; 4 son casadas, 3 son solteras, 3 viven en unión libre, una es separada y una es viuda: 6 viven en Bogotá y 6 en otras ciudades y municipios de Colombia; 6 pertenecen al estrato 3, 5 al 2 y 1 al 1; 5 han cursado estudios técnicos, 3 tienen formación en educación superior, 4 bachillerato culminado; 6 son trabajadoras independientes, 4 se dedican a las labores hogareñas, 1 es comerciante y 1 es pensionada. El grupo de personas a quienes se cuida tienen una edad mínima de 2 meses y una edad máxima de 26 años; 6 son hombre y 6 mujeres; 1 presenta un tumor cerebral, 1 un retraso global de desarrollo, 1 una encefalopatía, 3 retardo mental, 1 microcefalia, 2 autismo y 1 plagiocefalia, 1 Asperger y 1 parálisis cerebral.

RESULTADOS

Para dar cuenta de las características de la salud comunicativa en este grupo de cuidadores y de las personas a quienes se cuida, en el siguiente apartado se exponen los resultados relacionados con las estrategias comunicativas empleadas por los cuidadores y las personas a quienes se cuida y las percepciones sobre el proceso comunicativo.

Estrategias empleadas por los cuidadores y por las personas a quienes se cuida

Durante la interacción comunicativa tanto los cuidadores como las personas a quienes se cuida hacen uso de diversos códigos comunicativos con los que dan a conocer diferentes intenciones comunicativas, transmiten mensajes y asumen un rol activo dentro de la interacción (Tabla 1).

Tabla 1. Estrategias comunicativas empleadas por los cuidadores

Tabla 1. Estrategias comunicativas empleadas por los cuidadores

| Estrategias empleadas/Porcentaje en la frecuencia de uso | Siempre | A Veces | Poco | Nunca |
|---|---------|---------|------|-------|
| Espera a que la persona que usted cuida realice acciones y responde a ellas | 66,7 | 25 | 8,3 | 0 |
| Usted repite una acción cuando se da cuenta que la persona a quien cuida no lo entiende | 83,3 | 8,3 | 8,3 | 0 |
| Ayuda a la persona a quien cuida a resolver una situación cuando usted se da cuenta que ella no la puede solucionar sola | 83,3 | 16,7 | 0 | 0 |
| Cambia de actividad o la re-direcciona cuando usted se da cuenta que la persona a quien cuida no la puede realizar | 58,3 | 41,7 | 0 | 0 |
| Usted da más información sobre la situación o sobre la acción para ayudarle a la persona que cuida a comprenderla | 100 | 0 | 0 | 0 |
| Formula preguntas a la persona a quien cuida cuando usted necesita aclarar alguna duda | 58,3 | 16,7 | 16,7 | 8,3 |
| Usted le habla despacio a la persona a quien cuida para que ella entienda mejor | 66,7 | 33,3 | 0 | 0 |
| Elabora mensajes claros y precisos para que la persona a quien usted cuida los pueda comprender | 83,3 | 16,7 | 0 | 0 |
| Usted repite la frase en una forma más clara para que la persona a quien cuida pueda comprender la información | 83,3 | 16,7 | 0 | 0 |
| Utiliza frases como “no comprendo” , “no le entiendo” para aclararle a la persona a quien usted cuida, que debe repetir el mensaje para poder comprenderlo | 50 | 33,3 | 0 | 0 |
| Anticipa y completa la información que le hace falta a la persona a quien usted cuida para darle a entender que comprendió lo que él o ella le quería decir | 66,7 | 16,7 | 16,7 | 0 |
| Señala los objetos a los que se refiere la persona a quien usted cuida | 58,3 | 25 | 16,7 | 0 |
| Analiza toda la información (verbal y no verbal) que le da a la persona a quien cuida, la usa para entender lo que quiere decir, y le da una respuesta | 75 | 25 | 0 | 0 |

| | | | | |
|--|------|------|------|------|
| Usted le da opciones de respuesta a la persona a quien cuida para que ella elija lo que quiere decir | 58,3 | 33,3 | 8,3 | 0 |
| Usted hace gestos o movimientos del cuerpo para que la persona a quien cuida le comprenda el mensaje | 75 | 8,3 | 16,7 | 0 |
| Usted le sigue hablando a la persona a quien cuida a pesar que haya perdido el interés en la conversación | 83,3 | 8,3 | 8,3 | 0 |
| Solicita a la persona a quien usted cuida que le repita el mensaje para poder comprenderlo | 50 | 16,7 | 8,3 | 25 |
| Usted le habla en voz alta a la persona a quien cuida para que le entienda lo que usted dice | 66,7 | 8,3 | 8,3 | 16,7 |
| Finge comprender el mensaje que la persona a quien usted cuida le envía | 16,7 | 25 | 8,3 | 50 |
| Usted permanece atento a la conversación que mantiene con la persona a quien cuida | 66,7 | 16,7 | 8,3 | 8,3 |
| Usted le escribe mensajes a la persona a quien cuida | 25 | 25 | 8,3 | 41,7 |
| Usted le habla a la persona a quien cuida durante las actividades diarias (alimentación, baño, recreación) | 83,3 | 18,7 | 0 | 0 |
| Usted le explica a la persona a quien cuida cada una de las acciones que usted va a realizar con ella antes de iniciar la acción (darle un medicamento, vestirla, peinarla, bañarla, alimentarla, entre otras) | 75 | 16,7 | 8,3 | 0 |
| Establece contacto físico con la persona a quien usted cuida durante una crisis (física y/o emocional) para darle tranquilidad y para que sienta su apoyo | 100 | 0 | 0 | 0 |
| Usted saluda a la persona a quien cuida cuando lo ve por primera vez en la mañana y le informa que ha iniciado un nuevo día | 100 | 0 | 0 | 0 |
| Usted se despide de la persona a quien cuida al terminar el día y le informa que es hora de dormir | 83,3 | 16,7 | 0 | 0 |
| Usted le da información a la persona a quien cuida de lo que pasa a su alrededor | 75,0 | 16,7 | 8,3 | 0 |

Información adaptada del estudio de Rodríguez, Laverde y Orozco (2016)

Como se muestra en la tabla anterior, los cuidadores suelen emplear con mayor frecuencia las siguientes estrategias comunicativas: “Establece contacto físico con la persona a quien usted cuida durante una crisis (física y/o emocional) para darle tranquilidad y para que sienta su apoyo”, “Usted saluda a la persona a quien cuida cuando lo ve por primera vez en la mañana y le informa que ha iniciado un nuevo día”, “Usted da más información sobre la situación o sobre la acción para ayudarle a la persona que cuida

a comprenderla". Le siguen con el 83,3% "Elabora mensajes claros y precisos para que la persona a quien usted cuida los pueda comprender", "Ayuda a la persona a quien cuida a resolver una situación cuando usted se da cuenta que ella no la puede solucionar sola", "Usted repite una acción cuando se da cuenta que la persona a quien cuida no lo entiende", "Usted repite la frase en una forma más clara para que la persona a quien cuida pueda comprender la información", "Usted le sigue hablando a la persona a quien cuida a pesar que haya perdido el interés en la conversación", "Usted le habla a la persona a quien cuida durante las actividades diarias (alimentación, baño, recreación)" y "Usted se despide de la persona a quien cuida al terminar el día y le informa que es hora de dormir". En relación con las que nunca se usan, se destaca "Usted le escribe mensajes a la persona a quien cuida".

En cuanto a las estrategias comunicativas que usan las personas a quienes se cuida (Tabla 2), se encuentran con el 91,7% "La persona a quien cuida le da a entender que necesita ayuda", "La persona a quien cuida manifiesta diferentes emociones (tristeza, alegría, dolor, tranquilidad, enojo, malestar), y con el 83,3% "La persona a quien cuida busca su mirada cuando usted lo llama por su nombre". Las que nunca usan son con el 33,3% "La persona a quien cuida usa frases para manifestar diferentes intenciones comunicativas" y con el 16,7% "La persona a quien cuida manifiesta diferentes intenciones durante la comunicación (responder, preguntar, dar información, solicitar una acción, solicitar objetos)".

Percepciones sobre el proceso comunicativo

En este apartado los resultados dan cuenta de las intenciones comunicativas, el código empleado, los roles comunicativos, y los sentimientos que se manifiestan durante las interacciones.

En cuanto a las intenciones comunicativas (Tabla 3), los cuidadores reportan que las más usadas son saludar (100%), despedirse (91,7%), dar las gracias (83,3%), manifestar emociones (83,3%), felicitar (75%), dar instrucciones (66,7%), y solicitar acciones (66,7%). La siguiente tabla describe en detalle las intenciones comunicativas.

Tabla 2. Estrategias comunicativas empleadas por las personas a quienes se cuida

| Estrategias empleadas/Porcentaje en la frecuencia de uso | Siempre | Algunas veces | Poco | Nunca |
|---|---------|---------------|------|-------|
| La persona a quien cuida usa objetos y establece contacto visual con usted para comunicar algo sobre los objetos | 66,7 | 16,7 | 16,7 | 0 |
| La persona a quien cuida le sonríe mientras usted la mira | 75 | 16,7 | 8,3 | 0 |
| La persona a quien cuida le da a entender que necesita ayuda | 91,7 | 0 | 8,3 | 0 |
| La persona a quien usted cuida le da a entender que quiere algo que ella no puede alcanzar | 66,7 | 25 | 8,3 | 0 |
| La persona a quien cuida trata de llamar su atención cuando usted no le pone atención | 50 | 50 | 0 | 0 |
| La persona a quien cuida hace cosas para que usted se ría | 33,3 | 41,7 | 25 | 0 |
| La persona a quien cuida le muestra objetos para que usted los vea, sin que ello signifique que usted deba hacer algo con ellos | 58,3 | 33,3 | 0 | 8,3 |
| La persona a quien cuida coge objetos y se los da a usted para que usted realice alguna acción con ellos | 58,3 | 25 | 8,3 | 8,3 |
| La persona a quien cuida busca su mirada cuando usted lo llama por su nombre | 83,3 | 16,7 | 0 | 0 |
| La persona a quien cuida le responde con un gesto, o con un sonido o con una palabra cuando usted lo llama por su nombre | 75 | 16,7 | 8,3 | 0 |
| La persona a quien usted cuida usa palabras con intención de comunicarse | 66,7 | 16,7 | 8,3 | 8,3 |
| La persona a quien usted cuida usa gestos con intención de comunicarse | 41,7 | 50 | 8,3 | 0 |
| La persona a quien cuida le presta atención cuando usted le habla | 66,7 | 33,3 | 0 | 0 |
| La persona a quien cuida manifiesta diferentes emociones (tristeza, alegría, dolor, tranquilidad, enojo, malestar) | 91,7 | 8,3 | 0 | 0 |
| La persona a quien cuida manifiesta diferentes intenciones durante la comunicación (responder, preguntar, dar información, solicitar una acción, solicitar objetos) | 66,7 | 8,3 | 8,3 | 16,7 |
| La persona a quien cuida produce sólo sonidos para manifestar diferentes intenciones comunicativas | 33,3 | 41,7 | 16,7 | 8,3 |
| La persona a quien cuida produce palabras para manifestar diferentes intenciones comunicativas | 58,3 | 16,7 | 16,7 | 8,3 |
| La persona a quien cuida usa frases para manifestar diferentes intenciones comunicativas | 58,3 | 0 | 8,3 | 33,3 |

Información adaptada del estudio de Rodríguez, Laverde y Orozco (2016)

Tabla 3. Intenciones comunicativas según el tipo de discapacidad de la persona a quien se cuida

| Discapacidad/Intención comunicativa | S | D | DG | DI | ME | DIN | SA | SI | F | DE | Total |
|---|---|---|----|----|----|-----|----|----|---|----|-------|
| Parálisis cerebral (1 año, cinco meses) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 |
| Tumor cerebral (17 años) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 |
| Retraso global de desarrollo (5 años) | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 7 |
| Encefalopatía (5 años) | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Retardo mental (26 años) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 9 |
| Microcefalia (12 años) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 9 |
| Asperger (18 años) | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 |
| Autismo (2 meses) | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 6 |
| Retardo mental (2 meses) | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 6 |
| Retardo mental (2 años) | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 7 |
| Plagiocefalia (1 mes) | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 8 |
| Autismo (2 años) | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |

Convenciones empleadas en la tabla: S(saludar), D (despedirse), DG (dar las gracias), DI (dar información), ME(manifestar emociones, DIN (dar instrucciones), SA (solicitar acciones), SI (solicitar información), F(felicitar), DE (dar explicaciones).

Fuente: Información adaptada del estudio de Rodríguez, Laverde y Orozco (2016).

Según los datos expuestos en la tabla anterior, los sujetos que manifiestan más intenciones comunicativas son las personas con parálisis cerebral y con tumor cerebral. Le siguen las personas con retardo mental (26 años) con 9 intenciones, la de microcefalia (9), la de plagiocefalia (8), y la de retraso global de desarrollo (7). Las personas con menor intencionalidad comunicativa son las que presentan Asperger, Autismo (2 años) y encefalopatía. En los dos primeros casos esto se puede deber a la misma naturaleza de los síndromes y a la etapa de desarrollo en la que se encuentra el más pequeño.

En relación con el código (Tabla 4), el más empleado en la diada cuidador-persona a la que se cuida es el la estructura lingüística conformada por una sílaba, le siguen las palabras y los gestos, los sonidos con intención comunicativa y los movimientos corporales. El menos usado es la escritura. A continuación se especifica la frecuencia de uso según la discapacidad.

Tabla 4. Tipo de código usado según la discapacidad de la persona a quien se cuida. Frecuencia de uso

| Discapacidad/Código | Gestos | Movimientos corporales | Sonidos | Silabas | Palabras orales | Escritura |
|---|--------------|------------------------|--------------|--------------|-----------------|--------------|
| Parálisis cerebral (1 año, cinco meses) | Siempre | Siempre | Siempre | Siempre | Siempre | Casi nunca |
| Tumor cerebral (17 años) | Casi siempre | Nunca | Nunca | Casi siempre | Siempre | Casi siempre |
| Retraso global de desarrollo (5 años) | Siempre | Siempre | Siempre | Siempre | Siempre | Casi nunca |
| Encefalopatía (5 años) | Siempre | Casi siempre | A veces | Casi siempre | Nunca | Nunca |
| Retardo mental (26 años) | Casi nunca | Casi nunca | Casi nunca | Siempre | Siempre | Nunca |
| Microcefalia (12 años) | Casi nunca | Casi nunca | Casi nunca | Siempre | Siempre | Casi nunca |
| Síndrome de Asperger (18 años) | Casi nunca | Casi siempre | Casi siempre | Casi siempre | Siempre | Siempre |
| Autismo (2 meses) | Siempre | Casi siempre | Siempre | Siempre | Siempre | Casi siempre |
| Retardo mental (2 meses) | Casi siempre | Casi nunca | Casi siempre | Siempre | Siempre | Nunca |
| Retardo mental (2 años) | Casi siempre | Casi siempre | Casi siempre | Casi nunca | Nunca | Nunca |
| Plagiocefalia (1 mes) | Casi siempre | Casi nunca | Siempre | Casi nunca | Casi nunca | Nunca |
| Autismo (2 años) | Casi siempre | Casi siempre | Casi siempre | Casi siempre | Casi siempre | Casi siempre |

Información adaptada del estudio de Rodríguez, Laverde y Orozco (2016)

El código que más se usa es el verbal representado por la sílaba y la palabra, excepto en los casos de las personas que presentan encefalopatía, retardo mental (2 años) y plagiocefalia. Le siguen los gestos, excepto en el caso de las personas con retardo mental (26 años), microcefalia y Asperger. la escritura se usa con poco, entre los casos se encuentran las personas con autismo (2 años), autismo (2 meses), Asperger, y tumor cerebral. En el caso de los menores, la escritura está centrada en dibujos y representaciones de objetos y/o situaciones.

Tabla 5. Roles que asumen los participantes de la diada durante las interacciones. Frecuencia.

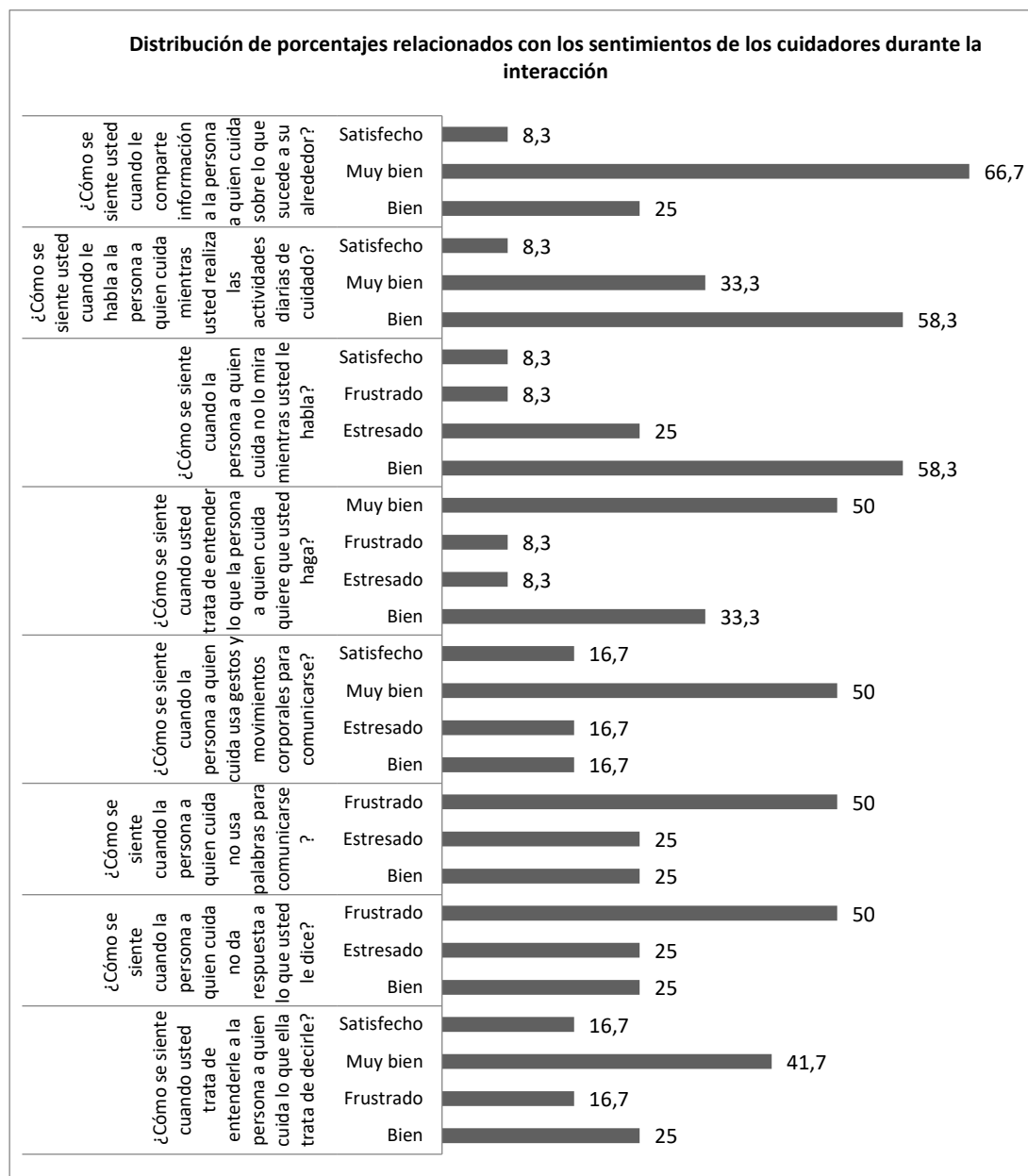
| Discapacidad/Roles/diada | Cuidador | | | Persona a quien se cuida | | |
|---------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------------------|--------------|--------------|
| | Inicia | Finaliza | Mantiene | Inicia | Finaliza | Mantiene |
| Parálisis cerebral (17 meses) | Siempre | Casi nunca | Siempre | Casi nunca | Casi nunca | Casi nunca |
| Tumor cerebral (17 años) | Casi siempre | Casi siempre | Casi siempre | Casi siempre | Casi siempre | Casi siempre |
| Retraso global de desarrollo (5 años) | Casi nunca | Siempre | Siempre | Nunca | Nunca | Siempre |
| Encefalopatía (5 años) | Casi siempre | Casi siempre | Siempre | Casi siempre | Casi siempre | Casi siempre |
| Retardo mental (26 años) | Casi siempre | Siempre | Siempre | Casi nunca | Casi nunca | Nunca |
| Microcefalia (12 años) | Casi siempre | Casi siempre | Casi siempre | Casi nunca | Casi nunca | Casi siempre |
| Síndrome de Asperger (18 años) | Siempre | Casi siempre | Casi siempre | Casi nunca | Casi nunca | Casi siempre |
| Autismo (2 meses) | Siempre | Siempre | Casi siempre | Casi nunca | Nunca | Nunca |
| Retardo mental (2 meses) | Casi siempre | Casi siempre | Casi siempre | Casi nunca | Nunca | Nunca |
| Retardo mental (2 años) | Siempre | Siempre | Casi siempre | Nunca | Nunca | Nunca |
| Plagiocefalia (1 mes) | Siempre | Siempre | Siempre | Nunca | Nunca | Nunca |
| Autismo (2 años) | Casi siempre | Casi siempre | Casi siempre | Casi siempre | Casi siempre | Casi siempre |

Información adaptada del estudio de Rodríguez, Laverde y Orozco (2016)

Se puede observar que los roles más activos los ejerce el cuidador quien es la persona que por lo general inicia, mantiene y finaliza las interacciones (Tabla 5). Por su parte, los interlocutores más activos de las personas a quienes se cuida, son las que presentan el tumor cerebral, encefalopatía y autismo (2 años). Los interlocutores más receptivos son la persona con retardo mental, autismo (2 meses), retardo mental (2 meses), retardo mental (2 años) y plagiocefalia. En los casos de los niños más pequeños se podría establecer como hipótesis que los cuidadores están tratando de establecer con ellos un código de comunicación funcional y están trabajando en el uso de estrategias que les permitan interpretar los mensajes.

Para finalizar, en relación con los sentimientos de los cuidadores durante la interacción, en el gráfico 1 se muestra la distribución de los porcentajes. Los estados de bienestar se destacan en los ítems “¿Cómo se siente usted cuando le comparte información a la persona a quien cuida sobre lo que sucede a su alrededor?”, y “¿Cómo se siente usted cuando le habla a la persona a quien cuida mientras usted realiza las actividades diarias de cuidado?”. Lo que más les causa frustración se asocia las siguientes situaciones: “¿Cómo se siente cuando la persona a quien cuida no usa palabras para comunicarse?”, y “¿Cómo se siente cuando la persona a quien cuida no da respuesta a lo que usted le dice?”

Gráfico 1. Percepciones sobre los sentimientos que manifiestan los cuidadores durante la interacción



Fuente: Elaboración propia

Es importante destacar el grado de bienestar evidenciado en los ítems: “¿Cómo se siente cuando usted trata de entender lo que la persona a quien cuida quiere que usted haga?” y “¿Cómo se siente cuando la persona a quien cuida usa gestos y movimientos corporales para comunicarse?”. Estos reactivos dan cuenta de dos aspectos muy importantes en la comunicación, a saber, el valor que le dan los cuidadores a la comunicación no verbal, y la interpretación que ellos hacen de los gestos y los movimientos corporales

para comprender mensajes e intenciones comunicativas de las personas a quienes se cuida.

DISCUSIÓN

Hablar de salud comunicativa implica reconocer el derecho que tienen todos los seres humanos independientemente de su condición física o psicológica a ser reconocidos y valorados, a participar de los diferentes contextos sociales, a alcanzar diferentes propósitos en las interacciones en las cuales participe y a influir en los otros. Desde la propuesta teórica de Bernal, Pereira & Rodríguez (2018), la salud comunicativa de los cuidadores y de las personas a quienes cuidan implica tener en cuenta las oportunidades que tiene la persona con discapacidad para ser partícipe en actos comunicativos en los que sus intenciones sean reconocidas, en las que los códigos empleados sean interpretados y adquieran un significado según el contexto en el que se usen.

Tener una salud comunicativa desde esta perspectiva requiere trabajar en las siguientes acciones: a) la participación de unos interlocutores dispuestos a interpretar una diversidad de códigos ya sean no verbales (gestos, movimientos corporales, sonidos, desplazamientos, acercamientos, contacto visual, entre otros) o verbales (sonidos articulados, sílabas, palabras, frase, oraciones); b) la adecuación de un contexto en el que se dé la interacción (objetos, espacios, tiempos, actividades realizadas, participantes); c) el reconocimiento e intercambio de intenciones comunicativa (para qué se comunica); d) la generación de respuestas oportunas por parte de los interlocutores a los mensajes de cada participante, especialmente de aquellos que se encuentran en condición de discapacidad; e) una negociación de significados y sentidos que dependen en gran medida del contexto, del conocimiento entre los interlocutores, de saberes previos, de los códigos usados, de la actividad desarrollada; y f) el reconocimiento del otro como un comunicador con sus propias capacidades y habilidades.

La salud comunicativa como ese estado de bienestar se construye gracias a los cuidadores durante las rutinas diarias. Los cuidadores no sólo interpretan esos signos sino que han aprendido a darles significados dependiendo del contexto y de la situación en la cual ocurren. Los cuidadores tienen funciones relacionadas con el cuidado, pero también como se ha visto en este estudio, han desarrollado estrategias para poder comunicarse con las personas a quienes cuidan. De allí el rol que desempeñan también en la promoción de la salud comunicativa. En cuanto a las estrategias empleadas por los cuidadores y por las personas a quienes se cuida, los resultados del estudio muestran el papel que tiene la comunicación en los seres humanos. Es tan importante que a pesar de la presencia de una discapacidad y de la ausencia de un código verbal, un contacto visual, un señalamiento, el seguimiento de un objeto, una sonrisa, el levantar la mano o los brazos, el llanto, una mirada, un gesto, entre otros, evidencian mensajes e intenciones comunicativas que dan cuenta no sólo de estados emocionales sino también de necesidades físicas, afectivas o

cognitivas. El uso de esas formas de comunicación en conjunto con la situación en las que ocurren y la presencia de interlocutores abiertos a entenderlas evidencia el valor de la comunicación en los seres humanos. En esta medida también es importante escuchar y valorar los conocimientos que han construido los cuidadores que brindan luces para comprender su papel no solo en el cuidado físico de las personas a su cargo sino también de su rol en el desarrollo de procesos cognitivos, lingüísticos, afectivos, sociales y culturales de las personas a quienes cuidan.

Finalmente los resultados de este estudio contribuyen a las propuestas formuladas por Carreño, y Chaparro (2017), González, Díaz y Herrera (2014) y Vaquiro y Stiepovich (2010) en relación con los perfiles de los cuidadores, en este caso de las mujeres que ejercen el rol, las acciones que realizan, y la relación que establecen con las personas a quienes cuidan.

CONCLUSIONES

En relación con las estrategias comunicativas empleadas durante la interacción, los cuidadores por su parte hacen uso del contacto físico con más frecuencia cuando las personas a quienes cuidan pasan por una crisis física o emocional con el objetivo de darle tranquilidad y para que ellos sientan su apoyo. También suelen saludar a la persona al iniciar el día y despedirse en la noche para contextualizarlos y brindarles información sobre cada una de las situaciones. Otras estrategias que se destacan son el uso de mensajes claros para facilitar la comprensión, el apoyo que les prestan a las personas para que puedan resolver situaciones, la repetición de acciones o de frases, y el hablarles durante las rutinas diarias. Las estrategias comunicativas empleadas por las personas a las que se cuida están relacionadas con dar a entender lo que quieren, manifestar emociones, y establecer contacto visual cuando lo llaman por el nombre.

En las interacciones comunicativas en la diada cuidador-persona a quien se cuida se identificaron diferentes intenciones como saludar, despedirse, dar las gracias, dar información, manifestar emociones, dar instrucciones, solicitar acciones, solicitar información, felicitar, y dar explicaciones. Los códigos fueron el verbal (palabra, sílabas y sonidos) y el no verbal (gestos, movimientos, sonidos). El rol activo lo asume el cuidador en la mayoría de los casos mientras que el receptivo la persona a quien se cuida. En cuanto a los sentimientos, los cuidadores manifiestan estados de bienestar durante las interacciones comunicativas.

BIBLIOGRAFÍA

- o Asenahabi, B.M. (2019). Basics of Research Design: A Guide to selecting appropriate research design. *International Journal of Contemporary Applied Researches*, 6 (5), 76 – 89.
- o Brady, N. C., Bruce, S., Goldman, A., Erickson, K., Mineo, B., Ogletree, B. T., Paul, D., Romski, M. A., Sevcik, R., Siegel, E., Schoonover, J., Snell, M., Sylvester, L., & Wilkinson,

- K. (2016). Communication Services and Supports for Individuals With Severe Disabilities: Guidance for Assessment and Intervention. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 121(2), 121–138. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-121.2.121>
- Bernal, S. G., Pereira, O. L., & Rodríguez, G. E. (2018). *Comunicación Humana Interpersonal: una mirada sistémica*. Bogotá: IberoAM.
 - Carreño, S. P., & Chaparro-Díaz, L. (2017). Agrupaciones de cuidadores familiares en Colombia: perfil, habilidad de cuidado y sobrecarga. *Pensamiento Psicológico*, 15(1), 87-101.
 - Cuervo Echeverri, C. (1998). *La profesión de fonoaudiología: Colombia en perspectiva internacional*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
 - González, M. C., Díaz, L. C., & Herrera, B. S. (2014). Conocimiento y acceso a las TIC en personas con enfermedad crónica y cuidadores familiares en Colombia. *Enfermería Global*, 13(2), 123-147.
 - Lethin, C., Renom-Guiteras, A., Zwakhalen, S., Soto-Martin, M., Saks, K., Zabalegui, A., Challis, D. J., Nilsson, C., & Karlsson, S. (2017). *Psychological well-being over time among informal caregivers caring for persons with dementia living at home*. *Aging & Mental Health*, 21(11), 1138-1146. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1211621>
 - Martínez, C., Ramos, B., Robles, M.T., Martínez, L. y Figueroa, C. (2012). Carga y dependencia en cuidadores primarios informales de pacientes con parálisis cerebral infantil severa. *Psicología y Salud*. 22(2), 275-282. Recuperado en: <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-22-2/22-2/Carlos%20Ray-mundo%20Mart%EDnez%20L%F3pez.pdf>
 - McLeod, Sh. (2018) Communication rights: Fundamental human rights for all, *International Journal of Speech-Language Pathology*, 20:1, 3-11, DOI: 10.1080/17549507.2018.1428687
 - Nam, S.J. & Park. E.Y. (2017) Relationship between caregiving burden and depression in caregivers of individuals with intellectual disabilities in Korea. *Journal of Mental Health*, 26:1, 50-56, DOI: 10.1080/09638237.2016.1276538
 - Piculell, E., Skär, L., Sanmartin Berglund, J., Anderberg, P., & Bohman, D. (2021). A concept analysis of health communication in a home environment: Perspectives of older persons and their informal caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(3), 1006-1024.
 - Orange, J.B. & Colton-Hudson, A. (1998). Enhancing communication in dementia of the Alzheimer's type. *Topics in Geriatric Rehabilitation*. 14 (2). Págs. 56-75.



-
- Rodríguez Hernández, Y., Laverde Robayo, D. M., & Orozco Rico, S. P. C. (2016). *Estado de salud comunicativa de un grupo de cuidadores*. Bogotá: Corporación Universitaria Iberoamericana.
 - Secanilla, E., Bonjoch, M., Galindo, M. & Gros, L. (2011). La atención al cuidador: una visión interdisciplinaria. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*. 1 (3). Recuperado en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3936064.pdf>
 - Suárez Rojas, T. A., Rodríguez-Riaño, L. J. (2020). Cuido comunicando: diseño y validación de un programa de entrenamiento de habilidades comunicativas para cuidadores de personas con enfermedad de alzheimer. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 24 (58). <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.58.25>
 - Teira, C. (2021). Logopedia y derecho a la comunicación. *Revista de Investigación en Logopedia*, 11(2), e71350. <https://dx.doi.org/10.5209/rlog.71350>
 - Vaquiro, S. y Stiepovich, J. (2010). Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y Enfermería* 16(2), 9-16. Recuperado de http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n2/art_02.pdf
 - Wetherby, P. & Prizant, B. (2001). *Communication and Symbolic Behavior Scales Developmental Profile*. Baltimore. Estados Unidos: Paul H. Brookes
 - Windsor, K. S., Woods, J., Kaiser, A. P., Snyder, P., & Salisbury, C. (2019). Caregiver-implemented intervention for communication and motor outcomes for infants and toddlers. *Topics in Early Childhood Special Education*, 39(2), 73-87.

Apuntes acerca de la producción epistemológica de la corporalidad suicida

Notes on the epistemological production of suicidal corporeality

Notas sobre a produção epistemológica da corporeidade suicida

Edisson Orozco Villa^{1*}

¹Doctorando en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires. Grupo de Investigación "Nodo de Innovación Social" de la Universidad Cooperativa de Colombia. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8526-5424>; Correo electrónico: edisson.orozcov@campusucc.edu.co

*Correspondencia: Universidad Cooperativa de Colombia- Sede Pereira. Antiguo complejo educativo "La Julita". Barrio Pinares.

Abstract: The aim of this essay is to problematize the production of the body on the phenomenon of suicide from an epistemological perspective. The intention is to propose a discussion on the ways in which some disciplines have conceptualized this behavior and the social and political effects of these conceptualizations. The debate will be situated from an interpretation of the body that is not easily subsumed in an anatomical or biological issue. Thus, some general aspects of the formation of the corporeal and the intellectual place of some philosophical and sociological traditions that have debated about suicide and the ways in which conceptualizations about corporeality are produced are discussed. Finally, a discussion is developed on the implications for studies on suicidal behavior of thinking about corporeality from the denaturalization of its pathological character.

Keywords: Suicide; corporeality; epistemology; mental health; politics.

Resumen: El objetivo de este artículo es problematizar la producción del cuerpo en el fenómeno del suicidio desde una perspectiva epistemológica. Se trata de proponer una discusión sobre las formas en que algunas disciplinas han conceptualizado este comportamiento y los efectos sociales y políticos de estas conceptualizaciones. El debate estará situado desde una interpretación de lo corporal que no se subsume con facilidad en un asunto anatómico o biológico. Así, se discuten algunos aspectos generales por la formación de lo corporal y el lugar intelectual de algunas tradiciones filosóficas y sociológicas que han debatido acerca del suicidio y las maneras en que se producen conceptualizaciones acerca de la corporalidad. Finalmente se desarrolla una discusión sobre las implicaciones que tiene para los estudios sobre el comportamiento suicida pensar la corporalidad desde la desnaturalización de su carácter patológico.

Palabras clave: Suicidio; corporalidad; epistemología; salud mental; política.

Resumo: O objetivo deste ensaio é problematizar a produção do corpo sobre o fenómeno do suicídio, de uma perspectiva epistemológica. A intenção é propor uma discussão sobre as formas como algumas disciplinas conceptualizaram este comportamento e os efeitos sociais e políticos destas conceptualizações. O debate será situado a partir de uma interpretação do corpo que não é facilmente

Cómo citar este artículo: Orozco-Villa, E. (2023). Apuntes acerca de la producción epistemológica de la corporalidad suicida. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(66). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.66.04>

Received: 21/02/2023

Accepted: 07/05/2023



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

subsumida a uma questão anatómica ou biológica. Assim, são discutidos alguns aspectos gerais da formação do corpo e o lugar intelectual de algumas tradições filosóficas e sociológicas que têm debatido sobre o suicídio e as formas como são produzidas conceptualizações sobre a corporeidade. Finalmente, desenvolve-se uma discussão sobre as implicações para os estudos sobre o comportamento suicida do pensamento sobre a corporeidade a partir da desnaturalização do seu carácter patológico.

Palavras-chave: Suicídio; corporeidade; epistemologia; saúde mental; política

INTRODUCCIÓN

Cuerpos que deciden morir, ser cuerpo para los otros

El cuerpo del suicida parece haber sido inscrito en una historia del horror. Si bien la visión contemporánea sobre el suicidio se ha producido bajo la mirada filosófica de la modernidad, encontramos que es una visión que tiene raíces en una tradición milenaria que piensa al suicida desde lo abyecto. Que una persona decida finalizar con su vida es una situación que produce múltiples interrogantes. No han sido suficientes los siglos de profilaxis y teorización para liberar al suicida de ese halo enigmático y transgresor. Esto se ha evidenciado cuando el cuerpo del suicida se ha convertido en objeto de estudio, repulsión, espectáculo o castigo (Alvarez, 2003, 63).

Estos cuerpos, que en algún momento fueron objetos de punición, en la actualidad devienen objetos de teorización e intervención sociotécnica. Durante las últimas décadas la prevención del suicidio se convierte en una actividad constante en la vida pública. Grupos amplios de profesionales de la salud, particularmente de las ciencias psi, se dedican a prevenir que las personas decidan finalizar con sus vidas. Sus métodos se basan en una serie de conocimientos acuñados por la epidemiología, la psicopatología, la farmacología y la terapéutica psiquiátrica o psicológica (Marsh, 2013, p. 748). Esto hace que sean abordajes basados en una noción de salud que se centra en una comprensión biologicista del cuerpo. Sin embargo, el ejercicio de evitar la muerte voluntaria tiene múltiples raíces históricas:

En un plano más extremo, la conquista española del Nuevo Mundo fue un genocidio en el cual colaboraron los propios nativos. Tan cruel era el trato de los españoles que para no soportarlo miles de indios se mataron. De los cuarenta nativos del golfo de México que fueron puestos a trabajar en una mina del emperador Carlos V, treinta y nueve se dejaron morir de hambre. Todos los esclavos de un cargamento se las arreglaron para estrangularse en la bodega de un galeón, aunque el pesado lastre de piedras limitaba tanto el espacio que tuvieron que colgarse con las piernas encogidas. En el Caribe, según el historiador Girolamo Benzoni, cuatro mil hombres e innumerables mujeres y niños se arrojaron de acantilados o se mataron unos a otros. Benzoni agrega que, entre suicidios y matanzas, de los dos millones de habitantes que había originalmente en Haití sobrevivieron menos

de ciento cincuenta. Al final, los españoles, al verse con una vergonzosa escasez de mano de obra, frenaron la epidemia persuadiendo a los indios de que ellos también se matarían para hostigarlos en el otro mundo con crueldades aún peores (Alvarez, 2003, 72).

Si bien las técnicas de "persuasión" de los conquistadores no parecen tan sofisticadas como las usadas en la actualidad, ambas perspectivas confluyen en que sus acciones se basan en una comprensión de la corporalidad del suicida. En la actualidad, la corporalidad suicida se asocia con una visión de comportamiento determinado por relaciones causales entre biología y ambiente (como suele denominarse a la sociedad y la cultura en estos ámbitos); mientras que para los conquistadores la profilaxis sobre el cuerpo del potencial suicida se centra, según este breve relato histórico, en una comprensión dualista de la corporalidad asentada en una tradición teológica. Se puede castigar al cuerpo sensible en esta tierra, pero también al alma en otro mundo. Así, en ambas perspectivas se evidencia que el cuerpo del suicida no siempre ha sido el mismo y que, incluso en nuestra época, las maneras de entender el cuerpo están marcadas por la variabilidad.

Partiendo de lo anteriormente mencionado se puede indicar que en la actualidad tenemos un conocimiento importante sobre qué es suicida, pero la pregunta por cómo se produce este cuerpo parece resultar bastante ajena. Es probable que muchos psiquiatras y psicólogos puedan expresar de manera genuina qué situaciones movilizan un suicidio; no obstante, la pregunta por cómo se produce esta corporalidad puede escaparse a su conocimiento o ser considerado como un interrogante innecesario para la labor imperativa de salvar vidas. En este caso, el centro del presente artículo consiste en proponer algunas maneras de pensar las diversas formas en que se producen los cuerpos suicidas, esto desde sus implicaciones epistemológicas, pero también culturales y políticas.

Cuerpos en disputa: el sentido epistemológico de la producción de lo corporal

Una de las cuestiones centrales en los estudios sociales del cuerpo consiste en problematizar el campo epistemológico de la comprensión conceptual de lo corporal. Siguiendo lo propuesto por Gambarotta y Mora (2018) existen modos de análisis de la categoría de cuerpo que presuponen cierto consenso acerca de aquello que se conceptualiza y denomina como un cuerpo. Esta cuestión, según lo planteado por los autores, resulta problemática cuando se analizan las implicaciones teóricas, metodológicas y políticas que devienen de una presuposición de univocidad. El cuerpo no es sencillamente una masa maleable bajo los discursos hegemónicos de una época y tampoco se reduce a un concepto diáfano que encuentra en la anatomía su garantía y su destino. Se puede decir que el cuerpo se produce como un campo de disputa teórica y política (Gambarotta & Mora, 2018, 2)

En una lectura de un fenómeno social que pierde de vista la problematización sobre los usos y presupuestos implícitos acerca de las nociones de lo corporal, también se disuelve la posibilidad de comprender la manera en que opera la categoría sobre el fenómeno. Esto significa que no es suficiente describir y problematizar las posibles relaciones sociales que atraviesan una práctica corporal; también es clave pensar en las condiciones intelectuales, históricas y políticas que configuran la noción de cuerpo que está presente en este análisis. Nociones que permiten hacer legibles o ilegibles los cuerpos de los cuales se habla cuando se analiza cierta práctica corporal como ocurre con el suicidio.

Una de las maneras en que es posible hacer legibles estos modos de interpretación sobre lo corporal es por medio del abordaje crítico de los problemas teóricos que han atravesado los estudios de este campo. La operacionalización o la delimitación por medio de una definición de lo corporal no resultaría suficiente; por esta razón emergen reconstrucciones críticas de las disputas acerca de la teorización del cuerpo que permiten comprender las maneras en que se configuran y reproducen ciertas nociones de lo corporal. Así, una coordenada para la discusión consiste en detenerse en el análisis de los problemas epistemológicos antes que producir definiciones cerradas o totalizantes acerca de lo corporal. Esto significa reconocer que las nociones de cuerpo –independiente de la disciplina o campo de conocimiento- son artefactos teóricos que hacen parte de una historicidad que posibilita su emergencia en unos contextos específicos.

Un ejemplo de esta cuestión es la discusión sobre el cuerpo entendido como objeto o como experiencia subjetiva -objetivismo y subjetivismo-. Esta tensión tiene su emergencia en disputas filosóficas propias de la modernidad que diferenciaban el cuerpo, definido como un objeto susceptible de ser estudiado bajo relaciones de causalidad física por medio de la cuantificación, y otras posturas que asumían el conocimiento del cuerpo desde el privilegio de la experiencia subjetiva (Gómez, 2002, 72). Esta disputa que tiene un acento epistemológico contundente derivó en comprensiones sobre lo corporal que estructuraron el desarrollo teórico y práctico de las ciencias sociales respecto al comportamiento suicida.

Esto no significa que no exista una noción de cuerpo que opera en la práctica o en la investigación. No obstante, lo corporal es asumido como un dato ceñido a la biología, pero que en algunos momentos muestra un resplandor subjetivista que convoca a la “cultura” o “la experiencia” de los individuos para hacer interpretaciones de su realidad. En este orden de cosas, si en la antropología se inscriben nociones de corporalidad que se produjeron bajo las tensiones entre naturaleza y cultura, propios de unos momentos específicos del desarrollo de esta disciplina, la carga histórica del objetivismo y el subjetivismo es persistente en la psicología contemporánea (Descola, 2001, pp. 103–104).

Cuando la pregunta se centra en interpretar cómo se produce un cuerpo, la respuesta no solo se centraría en una reconstrucción descriptiva de ciertos objetos, técnicas o debates que son usados en la explicación de ciertos fenómenos. Es una pregunta que convoca un

ejercicio de reflexividad en el cual las categorías o conceptos que son usados para problematizar las realidades, en este caso el cuerpo, sean tomados como parte de una experiencia social más amplia. Por este motivo, el cuerpo no operaría como un concepto, sino que también se constituye como parte de un campo de disputa política. En este sentido, problematizar la manera como se produce un cuerpo en la antropología, la filosofía, la medicina o la psicología no reside exclusivamente en un ejercicio de delimitaciones conceptuales. Esta pregunta sitúa la apertura a una discusión que muestra que epistemología y política no son campos disociados, pero la habitual segregación que se hace entre ambas perspectivas provoca que se obturen preguntas por las relaciones de dominación sujetas a los conceptos (Gambarotta & Mora, 2018, 27).

Cuerpos suicidas: entre el cuerpo individual biológico y el cuerpo social abstracto

Cuando se reconoce la relevancia de la pregunta por la producción epistemológica del cuerpo en el estudio de algún fenómeno social es posible considerar dos premisas derivadas de este interrogante. La primera consiste en identificar las trayectorias intelectuales que atraviesan la noción de corporalidad que se asume en la lectura del fenómeno. Esto significa, en términos concretos, un ejercicio de reconstrucción crítica de las disputas conceptuales y metodológicas que se evidencian en la emergencia de lo corporal en los estudios del fenómeno. Mientras tanto, la segunda premisa se centra en interrogar cómo la producción de estas nociones se asocia con prácticas de producción y reproducción de relaciones de dominación. Esta sería la pregunta por el atravesamiento político que se inscribe en la reflexión acerca de la producción de lo corporal.

Considerando las anteriores premisas, en este apartado se propone un breve bosquejo que tiene como objetivo problematizar la pregunta sobre cómo se produce un cuerpo suicida. Esta pregunta que puede resultar a primera vista como un juego retórico, sin embargo, cuando es leída desde el marco de discusión previo, puede cobrar sentido y relevancia conceptual. Es conocido que en el mundo cada año se suicidan 800.000 personas y se considera que el suicidio es un problema de salud pública a escala mundial (WHO, 2014). Pero más allá de los grandes números y de los imperativos políticos de la salud, el tema del suicidio se configura bajo cierta experiencia intelectual en el desarrollo de la modernidad. Esto no significa que en otros momentos históricos o contextos culturales la muerte voluntaria no haya sido relevante; no obstante, la noción de suicidio toma un matiz particular en este momento histórico porque pasa a: “percibir la muerte voluntaria como una acción de la cual la persona es responsable a percibirla como un suceso del que ya no lo es. (...) a verlas como poseedoras de «mentes» que pueden «desequilibrarse», impidiendo decisiones verdaderamente libres.” (Szasz, 2002, p. 24)

En este sentido, el trabajo de Daube (1972, p. 389) resalta que la multiplicidad de maneras de nominar la muerte voluntaria no se limita a un sencillo cambio en la construcción lingüística de una palabra. Por esta razón, la sucesiva aparición o desaparición de nombres, las maneras en que estos nombres se asocian con ciertos personajes o lugares simbólicos o los métodos usados para finalizar con la propia vida, no se limitan a ser una simple escenografía. Muchos de estos entramados lingüísticos hacen que la valoración de la muerte propia tenga múltiples acentos. En la modernidad el suicidio en Occidente es una práctica fronteriza con lo reprobable y se vincula con el advenimiento de la individualidad que constituye la subjetividad moderna.

Los modos en que se identifica la aparición de un cuerpo suicida se asocian con órdenes jurídicos vinculados con la moralidad religiosa. En Inglaterra en el siglo XVII se indicaba que todos los bienes del suicida debían ser confiscados, además debía ser enterrado sin féretro y con una estaca atravesada en su cuerpo (Houston, 2010, pp. 192–103). Igualmente, en la edición del código canónico de 1954 se estipulaba que los suicidas no debían recibir sepultura eclesiástica y sus cuerpos eran arrojados fuera de los cementerios o en otros espacios (Gómez de Rueda, 1995, p. 181). Estos espacios de sepultura eran conocidos, en algunos lugares de Latinoamérica o España, como “muladares”, espacios en los cuales se arrojaban los desperdicios o el estiércol: así el cuerpo del suicida era situado como desperdicio.

No hay que perder de vista que el trato que recibían los suicidas se vinculaba directamente con una relación particular que se establecía con una noción de cuerpo que dependía de la emergencia de un nuevo sentido de individualidad. Si el acento de la muerte propia se singulariza en el individuo, entonces el castigo recae directamente sobre los aspectos que se asociaban con este rasgo. En este caso el cuerpo y la propiedad debían ser afectadas y signadas porque son extensivas a la individualidad: una individualidad que cometía un crimen aberrante contra sí mismo y los otros, el cual interrumpía con el curso natural de la vida y los preceptos de la divinidad o el soberano (Critchley, 2016, p. 32). El cuerpo del suicida —aquí entendido desde su anatomía— era sometido en algunos casos a mutilaciones que se realizaban de manera pública. En este sentido se evidencia una construcción sobre el cuerpo del suicida que se vincula con el desarrollo de transformaciones de las prácticas jurídicas que se producen en el inicio de la modernidad.

Con el desarrollo de la ciencia moderna, el suicida se convierte en el centro de una animadversión, pero es al mismo tiempo objeto de estudio y fascinación científica. Si bien existe un amplio dominio moral en la interpretación del comportamiento suicida, resulta notorio cómo su cuerpo se vuelve parte de las inquietudes teóricas y prácticas de la medicina y, particularmente, de la psiquiatría. El suicida no se considera más como un sujeto atravesado por la melancolía que decide terminar con su vida y que se convierte en figura literaria durante el Renacimiento (Cuevas Cervera, 2006, p. 32). En la modernidad, el suicida deambula entre la repulsión moral y la curiosidad científica. La mirada médica se

constituye como el escenario que configura otras representaciones sobre el suicidio y sobre sus cuerpos. Siguiendo lo propuesto por Szasz (2002), el lenguaje de la psiquiatría no fue necesariamente reformador y mantuvo, de manera implícita o explícita, la carga moral del discurso religioso-jurídico que mantenía al suicida como una expresión del mal o la depravación.

En el siglo XIX la transformación conceptual y práctica que ocurre en la psiquiatría orientada por Esquirol hace que los modos de inteligibilidad se centren en el estudio de las alteraciones en el organismo del individuo, lo cual representó una transformación lógica, pero no moral de la corporalidad suicida. Así, con el ascenso del término monomanía se entendía el suicidio como parte de la exacerbación de algunas “pasiones fuertes”. Si bien no se logran encontrar alteraciones en el sistema nervioso central del suicida — requisito esencial en la patogénesis médica —, Esquirol “afirma la rareza de las lesiones cerebrales, pero cree importante insistir en la frecuencia de las lesiones del tubo digestivo” (Pinguet, 2016, p. 40). Esta aclaración que hace Esquirol es una respuesta a Gall que proponía una predisposición al suicidio vinculada con la densidad de los huesos del cráneo y con la existencia de una joroba. Si bien Esquirol no asumía el suicidio como una enfermedad, lo asociaba constantemente a un estado de enajenación. Este aspecto hace que se piense el suicidio incorporado a un problema de orden moral y que su terapéutica se centre sobre este aspecto (Marsh, 2013, 746–747).

La compleja intersección entre biología y moral que subyace en la interpretación acerca del suicidio conlleva el establecimiento de nuevas rúbricas de comprensión de lo corporal. Resulta evidente un interés por explicar el suicidio desde sus correlatos anatómicos y fisiológicos, pero pervive la explicación que enlaza al suicidio con una desviación moral. Si ambos aspectos parecen ser diferenciados e incluso contradictorios, podría entenderse que los mismos son atravesados por la misma línea de producción analítica: la individualidad (Foucault, 2018, p. 257). Este aspecto se evidenciará y disputará con el desarrollo del abordaje sociológico del suicidio. Sin embargo, el eje de la individualidad prolifera en las maneras en que desde las ciencias psi será abordado el fenómeno del suicidio.

Así, la psiquiatría después de una vinculación compleja con la neurología durante la última parte del siglo XIX, pasando por la incidencia del psicoanálisis en su práctica durante la primera parte del siglo XX y encontrando su nuevo asidero en la farmacología y en una psicopatología epidemiológica, mantuvo su visión ontológica sobre el suicida situando como su centro de gravedad a la individualidad. Si bien el suicidio es leído bajo la incidencia de factores de riesgo — que pueden incluir aspectos sociales —, el privilegio analítico se centra en el individuo, el cual es susceptible de ser analizado desde la neurofisiología o por la genética: el cuerpo del suicida adviene entonces como un cuerpo biológico. No resulta extraño que en la actualidad muchas investigaciones recurran al análisis

genético para evidenciar una predisposición de los comportamientos suicidas (Baldessarini & Hennen, 2004, 10), algo que ocurre también con el abordaje de la sociopatía o los comportamientos asociados al crimen. En este punto se evidencia que tanto los cuerpos de aquellos que son nominados como suicidas o criminales son emparentados por una tradición que asume sus acciones como efectos de una individualidad biológica. En ambos casos no se requiere exclusivamente una explicación de sus comportamientos: también se aguarda por una profilaxis que anticipe y controle su accionar.

El anterior planteamiento ubica el cuerpo del suicida como un cuerpo que está supeditado a una individualidad que se caracteriza por unos rasgos biológicos los cuales se podían ver alterados por el ambiente —nominación habitual de lo social en estos contextos y atravesada por el emergente darwinismo social—. No obstante, finalizando el siglo XIX el estudio del suicidio centrado en el individuo entró en un debate con una nueva perspectiva que involucraba la sociedad: el cuerpo del suicida se convierte en objeto de disputa teórica. En este sentido, el trabajo de Durkheim es central para entender esta novedosa forma de abordar y producir el cuerpo del suicida. En este punto, aparecen tres aspectos que deben ser comprendidos de esta inserción. En primer lugar, la manera de abordar el suicidio no se centra en los individuos y opta por pensar en el plano de una población (Neira, 2018, p. 141). En segundo lugar, el gesto metodológico de reflexionar sobre el uso de la estadística como método para entender “la taza social del suicidio” y, finalmente el gesto conceptual de pluralizar el suicidio, permitiendo que se discutieran visiones morales profundamente arraigadas en la interpretación del fenómeno.

En este orden de cosas, en *El suicidio* Durkheim pluraliza este fenómeno cuando plantea campos diferenciados para su explicación. El análisis de las estadísticas del suicidio en Europa muestra procesos de estabilidad y variabilidad en el tiempo, lo cual le permite entender que existe un aspecto que parece aquejar al “alma colectiva” (Durkheim, 2008a, 19). Esta cuestión es importante porque permite deslocalizar el suicidio de su acento individual a uno social. En este punto, no solo es un movimiento en la interpretación del fenómeno, sino también en un campo de conocimiento (Durkheim, 2008a, 20).

Así, Durkheim procura por hacer explícitos los factores extrasociales que inciden en el suicidio. Si bien su objetivo de estudio no se encuentra necesariamente en estos aspectos, no los ubica por ello como irrelevantes, sino que los considera como parte de otros dominios teóricos. Su perspectiva mantiene un diálogo con los postulados de la psiquiatría de su época, pero toma distancia mostrando que no necesariamente puede pensarse el suicidio como efecto de una patología mental. Esto lo plantea asumiendo que el comportamiento suicida puede ocurrir en personas con estados intermedios e incluso en grupos poblacionales que son nominados como “normales” (Durkheim, 2008a, 39). En este sentido, se evidencia paulatinamente un distanciamiento con el organicismo de la psiquiatría decimonónica, para pasar a identificar factores sociales del fenómeno que pasaban desapercibidos debido al primado del individuo en las explicaciones del suicidio.

Es importante señalar que las inferencias que realiza Durkheim no son posibles sin el recurso de la estadística. El uso de procesos matemáticos para explicar las tendencias de un fenómeno social es central para reflexionar sobre la manera en que el suicida deviene en cuerpo social. En este punto, Durkheim propone un abordaje claro para la cuestión: asumir el suicidio como un hecho social y recurrir a la estadística para explicar que este comportamiento es un gesto que se ajusta a la exigencia de criterios de objetividad propios de la construcción de conocimiento científico en la modernidad. Este aspecto es señalado con contundencia cuando indica que en su trabajo no se centrará en los individuos concretos, procurando no analizar sus “ideas” y “móviles”, pero entendiendo el fenómeno desde los “medios sociales” como los son “la religión, la familia, las ideas políticas o grupos profesionales” (Durkheim, 2008a, 147).

Esto muestra que desde dicha perspectiva se entenderá el suicidio como una exterioridad del individuo. En este marco, el análisis formal del fenómeno permite que se establezcan los tipos sociales del suicidio —egoísta, altruista y anómico— que han sido ampliamente discutidos y que permitieron comprender de manera contundente que: “no hay un suicidio, hay suicidios” (Durkheim, 2008b, 82). Así, esta pluralización del suicidio posibilita que no se circunscriba a una definición unívoca, al mismo tiempo que se produce un claro descentramiento conceptual y metodológico en relación con la psiquiatría.

El aporte del abordaje sociológico de Durkheim es central y movilizará el debate de la interpretación del suicidio durante gran parte del siglo XX, llevando a que las visiones más tradicionales de la psiquiatría y la psicología incluyan los factores sociales en cualquier intento analítico del suicidio. No obstante, si se mantiene la pregunta por cómo se produce el cuerpo del suicida en esta perspectiva sociológica aparece como un cuerpo abstracto. Esto significa que, si en el desarrollo de la tradición de las ciencias psi la corporalidad del suicida es concebida desde una individualidad sustentada en la biología, en esta tradición sociológica el cuerpo del suicida se convierte en dato matemático.

El suicida pasa de ser objeto palpable de la mirada médica para convertirse en un valor cuantitativo que se codifica en un sistema estadístico de información. Esto muestra que sería una limitación analítica considerar que el suicida en los planteamientos de Durkheim carece de cuerpo. Por el contrario, se puede entender que el cuerpo, como se proponía en el apartado anterior, no se asocia de manera directa con el cuerpo anatómico o biológico. En este sentido, la pregunta por cómo se forma un cuerpo se radicaliza cuando asumimos que existen cuerpos que no son sinónimos de anatomía o fisiología. Existen cuerpos, como en este caso, que son cuerpos que hacen parte de una abstracción medida por la formalización estadística. En esta conceptualización se radicaliza la distancia propia de la epistemología moderna entre el sujeto y el objeto de estudio; así el cuerpo del suicida, transmutado en valor cuantitativo, supone la emergencia de cierta imparcialidad y distanciamiento de las palabras y los gestos anatómicos. Para Pinguet (2016) este aspecto es

parte no solo de una tradición que se forja en la ciencia, es parte también de una experiencia social, económica y política:

En primavera, cuándo son publicadas en Tokio las estadísticas establecidas por el Servicio Nacional de Policía para el año anterior, estas son ritualmente comentadas en toda la prensa en tanto que síntomas del cuerpo social más o menos inquietantes. Psicólogos y sociólogos japoneses se esfuerzan por mantener sobre el suicidio un discurso imparcial apoyado en la práctica objetiva ante la estadística y nutrido de los temas de la suicidología moderna. Son al respecto los lejanos herederos de los alienistas y estadísticos que produjo la burguesía occidental del siglo XIX, consagrados en hacer del hombre el objeto central de su saber. Incluso la imparcialidad, como toda virtud, tiene su historia (Pinguet, 2016, 39).

CONCLUSIÓN: OTROS POSIBLES CUERPOS SUICIDAS E INTERRUPCIONES DE LA PATOLOGIZACIÓN

Después de evidenciar estas dos maneras de entender la emergencia de la corporalidad en el suicidio, encontramos entonces la posibilidad de problematizar algunos aspectos de estas posturas. Así, se debe indicar que ambas construcciones sobre el suicidio han resultado dominantes en el ámbito intelectual (Chávez-Hernández & Leenaars, 2010, 358). El eje de estas comprensiones se ha centrado en identificar causas o factores que producen este comportamiento, el análisis de las prevalencias y sus características concomitantes —psicopatología previa, rasgos etarios, métodos usados o lugares de ocurrencia—. Estas conceptualizaciones han producido nociones acerca del suicida y, en consecuencia, de su corporalidad.

No cabe duda de que estas formas de interpretación han permitido generar una comprensión del fenómeno, esto sin agotarlo en un sentido común que lo hace pendular entre un acto de cobardía o valentía. Pero se puede señalar que han circunscrito los suicidios, casi de manera exclusiva, en una cuestión de salud mental, asumiendo que la corporalidad del suicida resulta concebida desde un esencialismo psicobiológico. Sin embargo, estos aspectos pueden ser cuestionados cuando se insertan algunas preguntas sobre las situaciones sociohistóricas y ciertas prácticas —sociales y culturales— que hicieron devenir el cuerpo del suicida en dato susceptible de análisis científico. Esto reconociendo que el suicida se convierte en objeto de estudio científico debido a la transformación de las relaciones sociales, políticas y económicas durante la modernidad (Cohen, 2007, 165).

El suicidio en la actualidad suele ser asumido como un problema de salud pública y esta situación ha traído consecuencias importantes en su comprensión. La salud y, de manera específica, la salud mental han sido campos de disputa intelectual y política. Esta comprensión se radicalizó en la década de los años sesenta y setenta del siglo pasado con

el auge de la antipsiquiatría y la desinstitucionalización (Rissmiller & Rissmiller, 2006, 863). Estos movimientos permitieron evidenciar que el estatuto de cientificidad de la noción de enfermedad mental y las dinámicas de clasificación podían ser cuestionadas. Además, se podía reconocer que estos órdenes conceptuales —vinculados con el tratamiento y el diagnóstico— están asociados con situaciones políticas y económicas que se circunscriben a contextos históricos específicos. No pasa desapercibido que, por ejemplo, el desarrollo económico de la industria farmacéutica y la consolidación de los modelos de clasificación estadística de las enfermedades mentales son procesos simbióticos (Scull, 2019, 403).

Si se analiza la anterior situación, decir que el suicidio es un asunto de salud mental pareciera remitir a un componente exclusivamente de orden técnico, el cual resulta desprovisto de un correlato político significativo. Se podría decir que es una visión centrada en los aspectos objetivos del fenómeno y sus dinámicas de prevención, pero que parece excluir cualquier intento de politización. Esto significa que asumir el suicidio desde sus articulaciones sociales, culturales y políticas no es parte del horizonte intelectual del estudio del fenómeno en las ciencias de la salud. Bajo estas circunstancias, introducir una pregunta sobre cómo se forma un cuerpo suicida cobra relevancia como un intento de disputar maneras de significación de la muerte por mano propia. En este orden de ideas, este interrogante contribuye a pensar que la corporalidad y el comportamiento suicida no se limitan a los esencialismos que circulan con fuerza en el panorama de la suicidiología contemporánea y que han patologizado la muerte por mano propia o la instalan como una abstracción centrada en las descripciones y correlaciones estadísticas (Marsh, 2015, 20).

Este trabajo de deslocalización y desnaturalización de lo corporal permite que se integren los aspectos históricos y sociales que lo han producido y que suelen ser deslegitimados. Sin embargo, no hay que perder de vista que este gesto de desnaturalización está comprometido con una interrogación del orden político. Esto consiste en evidenciar que los ideales de regulación no son producto de un devenir natural de los cuerpos, sino que son iteraciones de actos que se vinculan con estructuras sociales e históricas que son contingentes.

Vincular la corporalidad con el lenguaje permite el despliegue de la cuestión de la performatividad. Esta formulación permite entender que el cuerpo, más allá de una sumatoria de funciones fisiológicas y estructuras anatómicas, es un efecto del discurso (incluso el cuerpo conceptualizado por biología sería parte de un efecto discursivo). En este sentido, se entiende que la performatividad no se reduce a una repetición pasiva de una serie de prácticas instauradas socialmente (Butler, 2018, 222).

Quizás en este punto pensar el abordaje performativo de la experiencia suicida — que resulta cognoscible a través de la experiencia de los sobrevivientes — puede indicar que existe una trayectoria en la elección historizada de los métodos para morir, la cual no

se reduce vagamente a un plan. Incluso, la construcción social del espacio incide en las elecciones de los lugares para morir. En este caso, el trabajo narrativo con sobrevivientes muestra que la elección de un lugar para morir —sea un baño, un cuarto o las vías del metro— está marcado por toda una experiencia singular que se articula con modos de construcción social del espacio (Stevenson, 2016, 201–202).

En este sentido, si habitualmente se considera que el suicidio es una medida desesperada, también es posible pensar que la desesperación no se expresa en un vacío histórico y social o en un plano geográfico construido bajo el régimen de la formalidad matemática. Pensar el suicidio desde la performatividad permite recuperar la existencia de una geografía que se produce en una relación compleja entre la singularidad y la irrupción de los usos convencionales del espacio.

Si la psiquiatría forense ha considerado que los métodos y los lugares en los que ocurre un suicidio son relevantes, su relevancia se centra más en la producción de signos que en la comprensión de las dimensiones simbólicas de la práctica suicida. Esto significa que son datos que contribuyen a establecer cierto perfil psicopatológico postmortem, sumando información a una experiencia acumulada que sirve para el diseño de estrategias más eficientes para cuidar y prevenir comportamientos suicidas posteriores. Sin embargo, en este juego de codificaciones y perfilamientos, se desdibuja la posibilidad de pensar el suicidio como una práctica. Si este aspecto parece no ser problemático en el análisis de ciertos suicidios que son exotizados y asociados a la ritualidad —entiéndase los suicidios masivos de grupos religiosos, grupos indígenas o militantes políticos—, en los suicidios marcados por el anonimato emerge la sospecha de la patología y se suelen clausurar otros modos de interpretación. Cualquier vínculo con la experiencia social o cultural queda casi siempre desdibujado.

En este contexto, cuando se piensa el suicidio desde la performatividad se puede cuestionar la narrativa que lo instala en el plano de la enfermedad. Esto significa que puede vincularse con una posibilidad de agencia. No se propone con ello que la muerte voluntaria se convierta en objeto de apología: sencillamente consiste en reconocer que el discurso de la pasividad patológica y la reificación biológica del comportamiento suicida puede ser interpelada (Critchley, 2016, pp.42-43) .

Si se considera este aspecto, los cuerpos de los suicidas instalan una serie de interrogantes que suelen ser denegados. Quizás dicha denegación ha ocurrido debido al privilegio de las explicaciones biologicistas que sitúan al suicidio como una situación individual que se desencadena por factores sociales. Ahora bien, sin caer en una homologación ligera entre género y suicidio, se puede pensar en un proceso de desnaturalización de la muerte por mano propia que permita politizar estas acciones. En este caso significa desplazar la reificación de las explicaciones biologicistas o psicologizantes para pensar el suicidio como parte de la dinámica entre relaciones sociales, políticas y éticas.

Introducir la pregunta por cómo se produce un cuerpo suicida carga con el peso de cierta temeridad. Frente a la variabilidad de aspectos que se circunscriben a la muerte voluntaria, preguntarse por el cuerpo puede sumir en el mundo de la abstracción una experiencia con múltiples matices. Sin embargo, el gesto de interrogación por la producción del cuerpo del suicida es una labor inicialmente epistemológica pero también una pregunta del orden ético y político que incidirá en las prácticas de cuidado. La desnaturalización del comportamiento suicida no puede ser pensada como una superación intelectual; sin embargo, es una labor que abre la posibilidad para proponer una apertura hospitalaria con la muerte por mano propia y su agencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez, A. (2003). *El dios salvaje: El duro oficio de vivir* (M. Cohen, Trad.). Barcelona: Emece Editores.
- Baldessarini, R. J., & Hennen, J. (2004). Genetics of suicide: An overview. *Harvard review of psychiatry*, 12(1), 1–13.
- Butler, J. (2018). *El género en disputa*. Buenos Aires: Paidós.
- Chávez-Hernández, A.-M., & Leenaars, A. A. (2010). Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. *Salud mental*, 33(4), 355–360.
- Cohen, D. (2007). *Por mano propia*. Buenos Aires: Fondo De Cultura Económica.
- Critchley, S. (2016). *Apuntes sobre el suicidio*. Barcelona: Alpha Decay.
- Cuevas Cervera, F. (2006). Una revisión de las ideas en torno al suicidio en el tránsito de la Ilustración al Romanticismo. *Cuadernos de Ilustración y Romanticismo: Revista del Grupo de Estudios del siglo XVIII*, (14), 11–41.
- Daube, D. (1972). The linguistics of suicide. *Philosophy & Public Affairs*, 387–437.
- Descola, P. (2001). Construyendo naturalezas. Ecología simbólica y práctica social. En G. Pálsson & P. Descola (Eds.), & S. Mastrangelo (Trad.), *Naturaleza y sociedad: Perspectivas antropológicas*. Madrid: Siglo XXI.
- Durkheim, É. (2008a). *El suicidio*. Tomo: I. Buenos Aires: Losada.
- Durkheim, É. (2008b). *El suicidio*. Tomo: II. Buenos Aires: Losada.



-
- Foucault, M. (2018). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
 - Gambarotta, E. M., & Mora, A. S. (2018). ¿Cómo se forma un cuerpo? Hacia una problematización sociocultural de la noción de cuerpo desde la tensión naturaleza-cultura. *Claroscuro*, 17(17). Recuperado de <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/104126>
 - Gómez de Rueda, I. (1995). Ritos exequiales: No creyentes, no bautizados y suicidas. *Revista murciana de antropología*, (2). Recuperado de <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/3599>
 - Gómez, M. M. N. (2002). Algunas consideraciones sobre el dualismo en psicología. *Universitas Psychologica*, 1(2), 71–80.
 - Houston, R. A. (2010). *Punishing the dead?: Suicide, lordship, and community in Britain, 1500-1830*. Oxford: Oxford University Press.
 - Marsh, I. (2013). The uses of history in the unmaking of modern suicide. *Journal of Social History*, 46(3), 744–756. <https://doi.org/10.1093/jsh/shs130>
 - Marsh, I. (2015). Critiquing contemporary suicidology. En J. White, I. Marsh, M. J. Kral, & J. Morris (Eds.), *Critical Suicidology: Transforming Suicide Research and Prevention for the 21st Century*. Vancouver: UBC Press.
 - Neira, H. (2018). Suicidio y misiones suicidas: Revisitando a Durkheim. *Cinta de moebio*, (62), 140–154.
 - Pinguet, M. (2016). *La muerte voluntaria en Japón*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo.
 - Rissmiller, D. J., & Rissmiller, J. H. (2006). Evolution of the antipsychiatry movement into mental health consumerism. *Psychiatric services*, 57(6), 863.
 - Scull, A. (2019). *Locura y civilización: Una historia cultural de la demencia, de la Biblia a Freud, de los manicomios a la medicina moderna*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
 - Stevenson, O. (2016). Suicidal journeys: Attempted suicide as geographies of intended death. *Social & Cultural Geography*, 17(2), 189–206.
 - Szasz, T. (2002). *Libertad fatal: Ética y política del suicidio*. Barcelona: Paidós.
 - WHO. (2014). *Preventing suicide: A global imperative (World Health Organization)*. Luxembourg: World Health Organization.

Afrontamiento de enfermeras en Unidades de cuidados intensivos durante la pandemia: Una mirada interdisciplinaria

Coping of nurses in care units intensive care during the pandemic: An interdisciplinary look

Coping de enfermeiros em unidades assistenciais terapia intensiva durante a pandemia: um olhar interdisciplinario

Jessica del Carmen González-Carvajal^{1*}; María Marcela Morella Arbona²; Francisca González-Adonis³; Roxana del Carmen Gálvez Carvajal⁴; Pablo González Adonis⁵; Diego Rivera López⁶

¹*Enfermera Matrona. Mg en Enfermería, Doctoranda en Ciencias de la Salud Jessica González Carvajal. Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso Chile. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1912-7549>;

Correo electrónico: jessica.gonzalezcar@uv.cl

²Enfermera Matrona. Mg en Enfermería, Doctoranda en Ciencias de Enfermería María Marcela Morella Arbona. Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso Chile. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3704-4811>;

Correo electrónico: marcela.morella@uv.cl

³Enfermera. Mg en Enfermería Francisca González Adonis, Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso Chile. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6396-1429>; Correo electrónico: francisca.gonzalez@uv.cl

⁴Enfermera Matrona. Mg en Enfermería Roxana del Carmen Gálvez Carvajal, Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso Chile. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4268-4386>; Correo electrónico: roxana.galvez@uv.cl

⁵Psicólogo. Mg en Psicología educacional Pablo González Adonis. Pontificia Universidad Católica de Chile. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7523-5363>; Correo electrónico: psgonzal@uc.cl

⁶Sociólogo, Mg en filosofía, Doctorando en Sociología, Diego Rivera López Pontificia Universidad Católica de Chile. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3628-7053>; Correo electrónico: dirivera1@uc.cl

* **Correspondencia:** Universidad de Valparaíso Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería Angamos N° 655 Viña del Mar Valparaíso Chile.

Cómo citar este artículo: González-Carvajal, J. del C., Morell-Arbona, M. M., González-Adonis, F., Gálvez-Carvajal, R. del C., González-Adonis, P. A., & Rivera López, D. (2023). Afrontamiento de enfermeras en Unidades de Cuidados Intensivos durante la pandemia: Una mirada interdisciplinaria. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(66). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.66.05>

Received: 11/01/2023

Accepted: 22/04/2023.



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. The COVID-19 pandemic, in its beginnings, caused a great impact with a high morbidity and mortality in which health teams, especially nursing, had to face great vital organizational changes in the way of caring. Objective: To understand from an interdisciplinary perspective the coping of nurses in an Adult Intensive Care Unit of a public hospital in Valparaíso, Chile, when caring for people diagnosed with COVID-19 during the year 2020 of the pandemic. Methodology: Qualitative study with a narrative design, which convenience sampling allowed the selection of 8 nurses who participated voluntarily after signing the informed consent. The collection of information was carried out through a semi-structured interview recorded virtually by videoconference, with prior authorization from the hospital's Scientific Ethics Committee. Results: The stressors were identified: Seeing people die, fear of infecting others, organizational changes and the uncertainty about the disease. To deal with them, they had personal and environmental resources, using coping strategies focused on the problem and emotion, which allowed them to adapt and focus the care of the person served. Conclusions: Nurses faced caring

with emotional intelligence and resilience, which added to structural changes and the restructuring of their role, allowing them to adapt to overcome the contingency situation.

Keywords: Coping; nurses; intensive care units; interdisciplinary practices. DeCS Bireme

Resumen: Introducción. La pandemia por COVID-19 en sus comienzos, causó un gran impacto con una elevada morbimortalidad en que los equipos de salud, especialmente enfermería, debieron enfrentar grandes cambios vitales, organizacionales y en la forma de cuidar. Objetivo: Comprender desde una mirada interdisciplinaria el afrontamiento de enfermeras de una Unidad de Cuidados Intensivos del Adulto de un hospital público de Valparaíso, Chile, al cuidar personas diagnosticadas con COVID-19 durante el año 2020 de la pandemia. Metodología: Estudio cualitativo de diseño narrativo, cuyo muestreo por conveniencia permitió seleccionar 8 enfermeras que participaron voluntariamente, previa firma del consentimiento informado. La recolección de información se realizó mediante una entrevista semiestructurada grabada de manera virtual por videoconferencia, previa autorización del Comité Ético Científico del hospital. Resultados: Se identificaron los estresores: Ver gente morir, temor a contagiar a otros, cambios organizacionales e incertidumbre ante la enfermedad; para afrontarlos, contaron con recursos personales y ambientales, utilizando estrategias de afrontamiento centradas en el problema y la emoción, lo que les permitió adaptarse y centrar el cuidado de la persona atendida. Conclusiones: Las enfermeras afrontaron el cuidado con inteligencia emocional y resiliencia, lo que sumado a cambios estructurales y la reestructuración de su rol, les permitió lograr la adaptación para superar la situación de contingencia.

Palabras clave: Afrontamiento; enfermeras; unidades de cuidados intensivos; prácticas interdisciplinarias. DeCS Bireme

Resumo: Introdução. A pandemia de COVID-19 em seus primórdios, causou grande impacto com alta morbimortalidade onde as equipes de saúde principalmente a enfermagem, tiveram que enfrentar grandes mudanças vitais, organizacionais e na forma de cuidar. Objetivo: Compreender a partir de uma perspectiva interdisciplinar, o enfrentamento dos enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto de um hospital público de Valparaíso, Chile, ao cuidar de pessoas diagnosticadas com COVID-19 durante o ano de 2020 da pandemia. Metodologia: Estudo qualitativo de desenho narrativo, cuja amostragem por conveniência permitiu a seleção de 8 enfermeiros que participaram voluntariamente após assinatura do consentimento informado. A coleta de informações foi realizada por meio de entrevista semiestructurada gravada virtualmente por videoconferência, com autorização prévia do Comitê de Ética Científica do hospital. Resultados: Foram identificados os estressores: Ver pessoas morrerem, medo de infectar outras pessoas, mudanças organizacionais e incerteza sobre a doença. Para lidar com eles, dispunham de recursos pessoais e ambientais, utilizando estratégias de enfrentamento centradas no problema e na emoção, o que lhes permitia adaptar e focar o cuidado da pessoa atendida. Conclusões: Os enfermeiros enfrentaram o cuidado com inteligência emocional e resiliência, o que somado às mudanças estruturais e à reestruturação do seu papel, permitiu que se adaptassem para superar a situação de contingência.

Palavras-chave: Enfrentamento; enfermeiros; unidades de terapia intensiva; práticas interdisciplinares. DeCS Bireme

INTRODUCCIÓN

La crisis sociosanitaria del COVID-19 excede las barreras disciplinares y nos emplaza como humanidad en diversos aspectos. Aplicando esta reflexión a una pandemia totalizante, de carácter expansivo y sostenido, se abre un problema en el cual el trabajo de los cuidados ya no es solo relacional, sino que además implica conductas de riesgo para y con la sociedad en su conjunto. Precisamente, un desafío permanente de recordar que la posibilidad de contagiar no solo es para una/o, sino que implica a más personas, más allá de las intenciones, en un contexto pandémico de riesgo permanente.

En términos contextuales, es importante señalar que, al comenzar esta investigación, en el año 2020, la pandemia llevaba nueve meses. En Chile, 623.101 casos positivos y 16.788 muertes asociadas (Our World in Data, 2020). Asimismo, 7.048 personas hospitalizadas/os en el Sistema Integrado de Salud, de las cuales 1.475 estaban en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y 878 en Unidades de Cuidados Intermedios (UCIM). La región de Valparaíso ocupaba el segundo lugar de casos, con un 6,24 % de las personas hospitalizadas en UCI de la zona.

A raíz de esta crisis sanitaria mundial, con una enfermedad emergente, de tratamiento y cuidados desconocidos, se produjo un aumento de las demandas de atención, escasez de recursos humanos y materiales para abordar la contingencia sanitaria. Sumado a lo anterior, los equipos de salud se vieron enfrentados a la incertidumbre, incomodidad de los elementos de protección personal y en ocasiones, el imperativo de tener que desempeñarse fuera del área de especialización (Shen, Zhou, Zhong, et. al, 2020). Junto con esto, la exposición al sufrimiento y desconsuelo de familias de pacientes COVID (+), la posibilidad de contagiar y propagar la enfermedad entre familiares y equipo de trabajo e incluso a sufrir el estigma que significaba trabajar con personas diagnosticadas. En ese sentido, cabe recordar la consideración de Boykin y Schoenhofer (2013) del cuidado en tanto relación constitutiva de un quehacer y una labor.

En este contexto, las enfermeras afrontaron el cuidado expuestas a altos niveles de estrés, necesitando adaptarse para poder cuidar de mejor manera y además, cuidarse a sí misma y su entorno. Según Lazarus y Folkman (1984) si se afronta una situación estresante en forma ineficaz la persona puede sentirse afectada y sufrir consecuencias biopsicosociales perjudiciales para su salud. Por el contrario, si es eficaz es probable que se mantenga la situación demandante bajo control, no solo evitando los posibles efectos perniciosos, sino posibilitando incluso el bienestar y crecimiento personal. Ese es justamente el sentido de esta investigación, que pretende realizar una reconstrucción simbólica (Bourdieu, 2000) de experiencias vividas por las enfermeras participantes en el estudio, de tal forma que permita develar aspectos que, eventualmente, pudieran sustentar

intervenciones dirigidas a fortalecer el afrontamiento de las mismas u otras profesionales enfermeras, ante circunstancias semejantes y generar evidencias para sustentar nuevas investigaciones relacionadas con esta temática.

Por tanto, este trabajo tiene como propósito: comprender desde una mirada interdisciplinaria, cómo enfermeras de una Unidad de Cuidados Intensivos de Adulto, de un hospital público de la región de Valparaíso, Chile, afrontaron el cuidado de personas diagnosticadas con COVID-19, durante el año 2020 de la pandemia.

MARCO TEÓRICO

La problemática expuesta puede ser comprendida interdisciplinariamente desde la mirada de enfermería, psicología y sociología. Para ello, se presentan a continuación tres modelos teóricos, que sustentan el análisis del objeto de estudio. En este sentido, una forma de contribuir a la investigación interdisciplinaria es utilizar técnicas de producción de información de distintas disciplinas científicas, utilizando técnicas de análisis que permitan ampliar las matrices disciplinares del conocimiento.

Particularmente:

La esencia de la interdisciplinariedad es la construcción o producción de conocimiento, bien sea para enfrentar problemas que requieren de una mirada múltiple -los llamados problemas complejos- y ofrecer soluciones para ellos, bien sea para emplear una perspectiva holística en medio de la creciente compartimentalización del saber en especialidades cada vez más alejadas unas de otras. Se plantea, entonces, como el medio para lograr propósitos que no podrían lograrse con la participación de una sola o de un reducido grupo de ellas (Uribe, 2012, p.158)

El cuidado centro del quehacer de enfermería

El cuidado, como centro del quehacer de enfermería (Boykin y Schoenhofer, 2013), ofrece un sustrato ideal para comprender cómo las enfermeras de Unidades de Cuidados Críticos de Adulto afrontaron la situación que vivieron en relación con el cuidado de personas afectadas por COVID-19, en el primer periodo de la pandemia del año 2020. El concepto de cuidado implica que la intención general de la enfermería, es conocer a las personas durante la situación de cuidado, apoyando y reconociendo, produciendo, así, una situación enfermera, entendida como experiencia vivida y compartida. Del mismo modo, al cuidar se produce una invitación directa para compartir la esencia de este. Precisamente, conociendo a una persona cuidada, reconstruyendo, entrando y entendiendo su mundo, sus sentidos y relaciones; cocreando una intimidad. En ese sentido, la existencia de una situación de enfermería, la cual permite crecer desde la atención y el acompañamiento.

Dimensiones psicológicas del afrontamiento

La propuesta de Lazarus y Folkman (1984), desde una perspectiva cognitivo-social, define el afrontamiento como esfuerzos cognitivos y conductuales desarrollados para el

manejo de demandas específicas, internas o externas, que son evaluadas como excediendo los recursos personales. El proceso de afrontamiento es dinámico, cambiante y dependiente de contextos específicos. Precisamente, las estrategias de afrontamiento van modificándose según las circunstancias ambientales, la efectividad de la estrategia y la experiencia adquirida, en un ciclo de retroalimentación permanente. Es así que, ante los mismos estresores, las estrategias pueden ser distintas y viceversa.

Las estrategias de afrontamiento se pueden clasificar según su función: dirigidas a la emoción, que buscan regular la respuesta emocional frente al estresor, y enfocadas al problema, las que aspiran a manejar o cambiar el problema que causa el estrés (Lazarus, 1991). Pueden ocurrir en paralelo o secuencialmente, y también pueden obstaculizarse o facilitarse mutuamente (Lazarus y Folkman, 1984). Por otra parte, los recursos de afrontamiento se clasifican en recursos personales y ambientales, correspondiendo los primeros a elementos propios de los individuos, tales como sus creencias, valores y características de la personalidad. Los recursos ambientales son inherentes a la situación, entorno o contexto determinado, y pueden involucrar redes disponibles y accesibilidad a recursos materiales, técnicos u otros que contribuyan al afrontamiento de la situación estresante.

Los estresores se definen como sucesos que la persona valora o percibe agobiantes, cualquiera sean las características físicas objetivas del suceso, y que tienen un impacto emocional y/o cognitivo significativo, expresado en un deterioro del funcionamiento psicológico y conductual habitual (Bulbena, Barrios y Fernández de Larrinoa, 2000; American Psychological Association, 2014). La valoración y percepción de los sucesos, así como las formas de reaccionar, varían entre personas y dependen de la interacción entre individuo y suceso (Lazarus, 1991; American Psychological Association, 2014). De todas formas, es posible identificar sucesos que, por su naturaleza y alcance, tienen un impacto en la mayoría de las personas (catástrofes naturales, guerras, pandemias) (American Psychological Association, 2014).

Los procesos de medicalización: una lectura sociológica

Michel Foucault (2019) señala que no existe un “afuera” de los procesos de medicalización, aludiendo a la constante expansión e intervención del campo de la medicina hacia la vida cotidiana, sobrepasando el campo técnico, desde el siglo XVIII en Europa y en el siglo XIX en América Latina (Fuster, 2013). Debemos recordar que, de forma creciente, la medicina y el saber médico han ejercido una acción que opera más allá de los límites clásicos definidos por la enfermedad y la asistencia a usuarios/os de salud (Canguilhem, 2004; 2012), motivo por el cual opera en todos los campos de la existencia individual y colectiva de las sociedades. En palabras de Foucault (2006), la medicalización sería entender a la medicina como parte de los procesos de socialización de la medicina occidental expandiendo su campo de conocimiento e injerencia política, sobrepasando el

espacio técnico; motivo por el cual se le considera como parte de los procesos de disciplinamiento y normalización social.

MATERIAL Y MÉTODO

Esta investigación se planteó desde el paradigma cualitativo. La relevancia de este enfoque radica en el aporte que otorga el estudio de las relaciones sociales, inherentes a los actos, consideradas como construcciones humanas significativas. Se utilizó el diseño narrativo, el cual pretende entender la sucesión de hechos, situaciones, fenómenos, procesos y eventos en los cuales se incluyen pensamientos, sentimientos, emociones e interacciones a través de las vivencias contadas por quienes las experimentan (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2019). En este sentido, las entrevistas fueron abordadas en una línea de tiempo de las experiencias de las enfermeras durante la pandemia correspondientes al inicio, desarrollo y desenlace de estas. Para ello, se invitó a participar a enfermeras/os que cumplieran con los criterios de inclusión, a través de un listado proporcionado por la enfermera coordinadora de la gestión del cuidado, cuyo muestreo inicial cualitativo, no probabilístico por conveniencia, correspondió a 11 enfermeras. Tres de ellas no participaron finalmente por motivos personales, lográndose la saturación de la información en la octava entrevista.

Dentro de los criterios de inclusión para la construcción de la muestra se consideraron:

- Enfermeras/os que se encontraban trabajando en la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios de Adulto pertenecientes al hospital de la región de Valparaíso.
- Enfermeras/os que se encontrasen formando parte de la rotación de turnos, con al menos 2 meses de antigüedad en la Unidad, para asegurar un mínimo de experiencia clínica cuidando pacientes COVID (+) en el contexto de pandemia.

Trabajo de campo

Se coordinó con la Enfermera subdirectora de la Gestión del Cuidado del hospital, para contactar a la Unidad de Cuidados Intensivos del Adulto e Intermedio, para informar acerca del estudio y su relevancia, e invitar a participar a enfermeras que cumplieran con los criterios de inclusión. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas semi estructuradas grabadas, de manera virtual por videoconferencia, conformada por dos partes: la primera, por preguntas cerradas acerca de información sociodemográfica: edad, sexo, tiempo de experiencia laboral, unidad de desempeño, constitución familiar y una

segunda parte de preguntas abiertas formuladas de acuerdo a las categorías apriorísticas levantadas. Las entrevistas tuvieron una duración mínima de 40 minutos y máximo de 75 minutos.

Con el fin de salvaguardar el rigor de la investigación, el instrumento fue sometido a juicio de expertos y luego se realizó una prueba con tres enfermeras del área, para asegurar el entendimiento de las preguntas de acuerdo con los objetivos del estudio.

El procesamiento de la información se realizó mediante el análisis de contenido, en tres etapas: preanálisis, exploración del material y tratamiento de la información obtenida. Los archivos mp3 (grabaciones de audio) de las entrevistas fueron transcritas manual y rigurosamente, asignándole una codificación alfanumérica consecutiva, para mantener el anonimato de las participantes. Luego de la transcripción, se realizó la lectura repetida del discurso bajo su propia óptica, lenguaje y forma de expresar (preanálisis), en busca de las unidades de sentido, dentro del marco del planteamiento del problema (exploración de material). Finalmente, para el análisis, se realizó la categorización abierta y axial, de las narraciones de experiencias de las informantes, con el objetivo de construir una historia general entretejiendo las narrativas individuales, en el contexto social de las informantes, es decir, en su contexto laboral y familiar en el transcurso de la pandemia.

Aspectos Éticos

En esta investigación, el nombre del hospital se anonimiza con el fin de salvaguardar la identidad de las participantes. La investigación se llevó a cabo tomando en cuenta los principios éticos de Emanuel (2003), considerando el valor social, validez científica, razón riesgo-beneficio favorable, evaluación independiente y consentimiento informado que orientaron al equipo investigador. En la evaluación de los riesgos posibles para las informantes, considerando que podrían presentar algún grado de labilidad emocional durante las entrevistas, se confeccionó un flujograma de contención, basado en el Manejo de crisis, (Anexo N°1), el cual no fue necesario aplicar. El estudio fue evaluado y aprobado por el Comité Ético-Científico del Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio (CEC SSVSA). Respecto del proceso de consentimiento informado, se invitó a participar de manera voluntaria a las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedio del Adulto, a través de su firma, previa información acerca del estudio y su relevancia.

A continuación, se presentan las categorías y subcategorías apriorísticas y emergentes de esta investigación (Tabla 1):

Tabla 1: Matriz de categorías, subcategorías y descriptores

| Categorías apriorísticas | Subcategorías Apriorísticas/Emergentes | Descriptor |
|---------------------------------|--|---|
| Estresores | 1.1 Ver gente morir (Emergente) | Ser testigo del deceso de la/s persona/s COVID (+). |
| | 1.2 Temor a contagiar a otras personas (Emergente) | Portar y transmitir el virus a otras personas. |
| | 1.3 Cambios organizacionales (Emergente) | Cambios estructurales, de recursos humanos y materiales en la Unidad de mediana complejidad médica que pasó a ser UCIN COVID. |
| | 1.4 Incertidumbre ante la enfermedad (Emergente) | Desconocimiento del manejo del paciente COVID (+), cambios en las rutinas, de la evolución de los pacientes. |
| Respuesta a los estresores | 2.1 Reacciones afectivas (Emergente) | Emociones declaradas por las enfermeras durante la entrevista en torno al cuidado de la persona COVID (+) y al contexto que lo desempeñaba. |
| | 2.2 Reacciones cognitivas (Emergente) | Son los pensamientos que se activan frente a los estresores, con tendencia a mirar situaciones desde la perspectiva del COVID. |
| Recursos de afrontamiento | 3.1 Recursos personales (Apriorística) | Condiciones psicoemocionales con las que cuenta la o el profesional de enfermería que permiten afrontar las situaciones estresantes relativas al cuidado de usuarias/os con COVID 19. |
| | 3.2 Recursos Ambientales (Apriorística) | Recursos humanos, técnicos, de los que hace uso para afrontar las situaciones estresantes relacionadas con el cuidado de persona COVID (+). |
| Estrategias de afrontamiento | 4.1 Centradas en el problema (Apriorística) | Disposición a realizar acciones dirigidas a solucionar el problema. |
| | 4.2 Centradas en la emoción (Apriorística) | Estrategias psicológicas que utiliza la persona para enfrentar el estrés. |

Fuente: Elaboración propia

RESULTADOS

A continuación, se presenta la caracterización de las participantes de la Unidad de Cuidados intensivos o (UCI) COVID (Tabla 2):

Tabla 2: Caracterización de las participantes

| Identificador | Unidad | Antigüedad en la Unidad (meses) | Antigüedad laboral (meses, años) | Edad | NºHijos | Grupo familiar |
|---------------|-----------|---------------------------------|----------------------------------|------|---------|-------------------|
| E1 | UCI COVID | 6 meses | 6 años | 44 | 0 | Padre |
| E2 | UCI COVID | 9 meses | 3 años | 27 | 0 | Padres y hermano |
| E3 | UCI COVID | 9 meses | 9 meses | 37 | 2 | Pareja e hijos |
| E4 | UCI COVID | 10 meses | 10 meses | 24 | 0 | Madre y Hermana |
| E5 | UCI COVID | 10 meses | 18 meses | 29 | 0 | Padres y hermanos |
| E6 | UCI COVID | 10 meses | 7 años | 36 | 1 | Pareja e hijo |
| E7 | UCI COVID | 10 meses | 1 año | 24 | 0 | Padres |
| E8 | UCI COVID | 10 meses | 1 año | 27 | 0 | Padres |

Fuente: Elaboración propia

A partir de los relatos se obtuvieron los siguientes resultados de acuerdo a las categorías apriorísticas: estresores, respuesta a estresores, recursos de afrontamiento y estrategias de afrontamiento. Las subcategorías son apriorísticas en su mayoría y algunas de ellas emergentes, ya que, a través de estas se comprendió de mejor manera el relato de las participantes según el objeto de estudio:

1.0 Estresores: Para efectos de este estudio, fueron definidos como estímulos externos o internos, en el contexto de cuidado de pacientes COVID-19 (+), que de forma directa o indirecta desestabilizan el equilibrio biopsicosocial de la enfermera, afectando su bienestar. A continuación, se presentan los siguientes estresores:

1.1 Ver gente morir: Subcategoría emergente en la cual fue recurrente que en la experiencia de las informantes, la cantidad de personas fallecidas resultó ser un factor estresor. Asimismo, no solo la cantidad, sino que también la forma de fallecer, sin poder despedirse de su familia, junto a lo incierto de quiénes se salvarían y quiénes no. En sus palabras: [...] de repente ver 12 fallecidos en un día, más los cuerpos que venían de la UCI porque tenían que cruzar por nuestro piso para ir a la anatomía patológica [E7]. Resulta significativo el uso del verbo “ver”, pues revela la profunda experiencia de ser testigo ante el sufrimiento de las personas y familias. En ese sentido, el factor experiencial resulta relevante para comprender la muerte y cómo abordarla.

1.2 Temor a contagiar a otras personas: Corresponde a una subcategoría emergente que se vincula con la preocupación de las informantes de contagiar a sus familiares. A su vez, nace de la experiencia de ver pacientes COVID19+ y desear, que sus seres queridos no vivieran dicha experiencia de estar enfermo y poner en riesgo la vida: [...]Miedo, pero no de contagiarme yo, si no que de contagiar a mi familia, es complejo pensar que pudiera ser uno de nuestros familiares que llegará en esas condiciones por haberlo contagiado [E2]

1.3 Cambios organizacionales: Subcategoría emergente, en la cual las enfermeras experimentaron cambios organizacionales, tanto de la planta física, como equipos e insumos, además de rotación del equipo de enfermería con personal nuevo, sin experiencia en cuidados críticos. Por tanto, los servicios se complejizaron, aumentando la sobrecarga asistencial, inseguridad y tensiones: [...] La UCIM se transformó UCI, fue estresante y bastante fuerte, corríamos todo el día[E4]

1.4 Incertidumbre ante la enfermedad: Subcategoría emergente, en que las enfermeras tuvieron que incorporar conocimientos nuevos de cuidado en un entorno de incertidumbre inicial: [...] Al principio, como que nadie sabía de la enfermedad, teníamos que tratar de sacar adelante a ese paciente, con vida, el cual era como un conejillo de indias [E1]

2.0 Respuestas a estresores: Para efectos de este estudio, corresponden a la serie de reacciones que las participantes atribuyeron al efecto de su exposición al trabajo con pacientes COVID (+). Dada la diversidad de reacciones posibles (conductuales, psicológicas, físicas, relacionales, etc., (American Psychological Association, 2014), y atendiendo a lo que emergió durante las entrevistas, se optó por organizar en dos subcategorías los resultados.

2.1 Reacciones afectivas: Subcategoría emergente, correspondiente a emociones declaradas por las informantes como resultado de ejecutar el cuidado del paciente COVID (+), expresadas en polaridades, ya que, por un lado, sintieron alegría cuando se recuperaban los pacientes y también mucha tristeza e impotencia cuando éstos morían: [...]a veces es alegría, es bueno saber cuándo ya se están recuperando, pero hay otros pacientes que no teníamos nada más de esperanza [E4]. Algunas de las enfermeras, manifestaron pena, tristeza e impotencia, quedando afectadas después de la muerte de

algunas personas atendidas: [...] Siento pena cuando los pacientes decían: “para qué me arregla tanto si me voy a morir” y al otro día, el paciente no está, eso es súper fuerte [E1]

2.2 Reacciones cognitivas: Subcategoría emergente, referido a los pensamientos que se activan frente a los estresores. Se observó una tendencia a mirar situaciones desde la perspectiva del COVID, basado en las ansiedades y preocupaciones al afrontar el cuidado, que se extrapola a otros ámbitos de su vida cotidiana fuera del hospital: [...] El bus que tomaba estaba lleno, la gente tosía...y uno ya se imagina que...cualquier persona que tosa, a lo mejor tiene COVID [E1]

3.0 Recursos de afrontamiento: En base a la información recogida, se observaron dos tipos de recursos de afrontamiento: personales y ambientales. Para este estudio, fueron el apoyo de las enfermeras para enfrentar los estresores:

3.1. Recursos personales: Subcategoría apriorística, correspondientes a las condiciones psicoemocionales con las que cuenta la enfermera para afrontar situaciones estresantes relativas al cuidado, observado en el estudio como reevaluación positiva de lo vivenciado, reconociendo fortalezas y autocontrol: [...]siento también que tengo harta fortaleza en ese sentido y puedo...tengo autocontrol, eso favoreció todo [E3]. Resulta significativo, el análisis de las experiencias, valorando la vivencia como aprendizaje para el afrontamiento y la superación de situaciones estresantes: [...] No puedo evitar pensar en lo que puede pasar, pero confío que lo he vivido y tengo la experiencia y eso me da una base para poder enfrentarme [E8].

3.2. Recursos ambientales: Subcategoría apriorística, definidos para este estudio como recursos humanos y técnicos para afrontar las situaciones estresantes relacionadas al cuidado. En este sentido, expresaron confianza en los equipos especializados en el manejo de las infecciones asociadas a la atención de salud: [...] Yo le hice caso a IAAS, ellos son especialistas, están estudiando y si a mí me dicen que ese es el manejo, eso es lo que hice [E5]. Según lo expresado por las participantes, destaca la capacidad de prever situaciones, confiando en sus capacidades y buscando apoyo en el equipo de salud: [...] En turno, todo puede suceder y me pongo ansiosa, confió, en el equipo de trabajo, nos apoyamos [E8]

4.0 Estrategias de afrontamiento: corresponde a las formas de manejo de los estresores y de las emociones y pensamientos de la enfermera, generados durante el cuidado de la persona COVID (+).

4.1 Centradas en el problema: Subcategoría apriorística, entendidas como la disposición a realizar acciones dirigidas a solucionar el problema, desde lo cognitivo, como reto y oportunidad de ayuda y cuidado: [...] Uno va cogiendo confianza, cuidado con las EPP, la higiene de manos, y los conocimientos de una unidad de paciente crítico [E4].

4.2 Centradas en las emociones: Subcategoría apriorística, correspondiente a estrategias psicológicas utilizada para enfrentar estrés. Expresaron emociones abiertas, frente al desequilibrio entre las demandas de la situación y los recursos disponibles: [...]

Es inevitable no sentir emociones fuertes, parto por aceptar momentos buenos o malos y si estoy ansiosa, leo, escucho música, para no pensar en el hospital[E8]; [...] Aprendí que hay que aguantar la emoción para que el paciente no te vea llorar, controlarse[E1].

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue comprender, desde una mirada interdisciplinaria el afrontamiento de enfermeras de una Unidad de Cuidados Intensivos de Adulto, al cuidar personas diagnosticadas con COVID- 19, durante el año 2020 de la pandemia.

Según Lazarus y Folkman (1984), cada persona afronta particularmente situaciones estresantes, existiendo factores que determinan el afrontamiento. Es así, que las enfermeras, debieron abordar el cuidado y las complejidades de su rol, manejando estresores, tales como: Ver gente morir, en el cual vivenciaron el sufrimiento de las personas atendidas y sus familias, y fueron testigos de mucha muerte. Se puede comprender que esta situación sea un factor de estrés, tanto por su dimensión cuantitativa (cantidad de casos), como por aspectos actitudinales de las enfermeras. Por ejemplo, en un estudio sobre la actitud frente a la muerte, se planteó que las/os enfermeras/os están preparadas/os para cuidar de la vida, sin embargo, presentan una actitud de evasión ante la muerte (García, Ochoa y Briceño, 2018).

Otros estresores mencionados correspondieron al temor a contagiar a otras personas, cambios organizacionales e incertidumbre ante la enfermedad, lo que es concordante con otro estudio (Said y El-Shafei, 2021). Sin embargo, a diferencia de otros estudios, no emergió la carga laboral como factor de estrés directo. Aunque sí es mencionada por las participantes, la dimensión cuantitativa de la carga laboral (por ejemplo, cantidad de horas de dedicación), no parece tan relevante como la dimensión cualitativa de esa carga, expresada en los factores de estrés identificados. También, en concordancia con nuestro estudio, en la literatura aparece como estresor la preparación insuficiente (García, Jiménez, Hinojosa, et. al, 2020), que generó agobio en las participantes, al enfrentarse a un cuidado avanzado y desconocido al inicio de esta pandemia. Cabe destacar en este trabajo, la incertidumbre e impotencia que sintieron enfermeras, sobre las condiciones de trabajo y la dificultad de tomar decisiones, por el constante cambio en las rutinas y protocolos de gestión, concordante con la evidencia (Wu, Buckle, Haut, et. Al, 2020). Estos estresores impactaron generando reacciones emocionales y cognitivas, como estrés, miedo y ansiedad. Para manejar estos estresores, utilizaron estrategias de afrontamiento centrados en el problema y en las emociones, siendo las primeras, las que llevaron a racionalizar la situación de cuidado, en un contexto de sobrecarga laboral. Respecto a las segundas, demostraron empatía y gestión de estas, a través de la compasión hacia las personas atendidas y acompañamiento, por lo que se infiere que el significado del cuidado residió en satisfacer las necesidades no solo físicas, sino también psicológicas y espirituales, yendo

inclusive, más allá de las personas atendidas, incluyendo autocuidado, familia y entorno (Pérez, Báez-Hernández, Flores, et. al, 2020).

Por otra parte, el uso de recursos personales y ambientales para resolver problemas, coincide con trabajos que aplicaron estrategias de afrontamiento centradas en el problema (Bueno y Barrientos-Trigo, 2020; Peiró, Vera y Lorente, 2021). En un sentido epistemológico, se identificó el uso de inteligencia emocional como estrategia de afrontamiento, concordante con nuestra evidencia (Amestoy, 2020). En relación con lo anterior, el estrés, independiente que a veces se presenta como indicador de inteligencia emocional (Sun, Wang, Wang, et. Al, 2021) y otras como emoción negativa (Sun, Wei, Shi, et. Al, 2020), constituye una oportunidad para actualizar las formas en que se ejerce y enseña el cuidado en este contexto (Carolan, Davies, Crook, et. Al, 2020), más allá de la dimensión romantizada y heroica del quehacer de salud, relevando, así, planes de acción replicables en otros espacios (Hofmeyer y Taylor, 2020).

Desde la mirada de Boykin y Schoenhofer (2013), las participantes en la situación enfermera, pudieron comprender e interpretar cuál era la llamada de cuidado de las personas hospitalizadas a través de la comunicación verbal y no verbal, generando una respuesta enfermera acorde a sus necesidades, en la medida que los recursos se lo permitieron.

El curso de la pandemia ha permitido la caracterización de emociones, afectos y malestares (Pereira, Cunha, Dantas, et. al, 2021) con el COVID-19 como soporte (Martuccelli, 2020) productor de sentido, el cual ancla formas de estar, actuar y pensar en los equipos de salud. Esto, recordándonos que los elementos simbólicos anteriormente descritos hacen que la relación con el mundo varíe y sea necesaria de pensar. Por esto es fundamental implementar protocolos de salud mental (Wu, Buckle, Haut, et. al, 2020; Sun, Wei, Shi, et. al, 2021) que den cuenta de esto, centrados en prácticas de contención, que cultiven un cuidado ético que dé cuenta de la dimensión psicosocial, como una oportunidad de gestión en salud (Markey, Arena y Dona, 2020), promoviendo un uso y caracterización novedoso y situado de renovación de energías, ambivalencia y el cansancio emocional (Zhang, Wei, Li, et. Al, 2020). Precisamente, el desafío interdisciplinar de este trabajo revela que la producción de conocimiento crítico y relevante no se agota en la frontera de un saber, sino que es un trabajo permanente, sistemático y susceptible de ser actualizado al son de la contingencia.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Las enfermeras brindaron cuidados centrados en las personas atendidas, estableciendo comunicación con ellas y sus familias con los recursos con los que contaron. En un inicio, descuidaron su propio cuidado, en un contexto de incertidumbre, estrés y cambios

organizacionales. Afrontaron la situación a través del uso de recursos personales y ambientales, centrándose en el problema y adaptándose para sobrellevar la sobrecarga inicial. Debieron adquirir competencias técnico-profesionales para enfrentar el escenario pandémico, sin tener el entrenamiento psicoemocional ni recursos laborales pertinentes, ante el sufrimiento de las personas atendidas y sus familias.

Por lo anterior, a partir de los resultados obtenidos se sugiere incorporar en la formación inicial y continua de profesionales de enfermería, herramientas psico y socio emocionales, que le permitan afrontar el dolor, la muerte y gestionar su autocuidado. Así como también acciones de cocuidado de los equipos, en contextos de alta demanda y estrategias de gestión de emergencia y situaciones de contingencia sanitaria. Por otra parte, la formulación de programas de contención y acompañamiento institucionalizadas, para crisis sanitarias, las que deberían dar cuenta de la consideración de elementos emocionales, relacionales, ambientados en la realidad de cada centro de salud y de liderazgos situacionales validados, que dirijan acciones concretas frente a estas situaciones, en diálogo y con validación de quienes trabajan para y con la salud, centrado en las personas atendidas.

Conflicto de intereses: Los autores refieren no poseer conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychological Association [APA] (2014). *The road to resilience*. Washington DC: American Psychological Association
- Amestoy, S. (2020). Inteligência emocional: habilidade relacional para o enfermeiro-líder. *J. nurs. health* (10), e20104016.
- Bourdieu, P. (2000). *Pascalian Meditations*. New York: Stanford University Press.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. (2013). *Nursing As Caring. A Model for Transforming Practice*. London: NLN Press.
- Bueno, M., & Barrientos-Trigo, S. (2021). Cuidar al que cuida: el impacto emocional de la epidemia de coronavirus en las enfermeras y otros profesionales de la salud. *Enfermería Clínica* 31(1), S35-S39. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.006>.
- Bulbena, A., Barrios, G., Fernández de Larrinoa (2000). *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Madrid: Masson.
- Canguilhem, G. (2004). *Escritos sobre medicina*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Canguilhem, G. (2012). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Carolan, C., Davies, C. L., Crookes, P., McGhee, S., & Roxburgh, M. (2020). COVID 19: Disruptive impacts and transformative opportunities in undergraduate nurse education. *Nurse Educ Pract*, 46, 102807. doi: 10.1016/j.nepr.2020.102807.

- Chambers, S., Clarke, J., Kipping, R., Langford, R., Brophy, R., Hannam, K., . . . Simpson, S. A. (2021). Children's emotional wellbeing during spring 2020 COVID-19 restrictions: a qualitative study with parents of young children in England. *medRxiv* [PrePrint], <https://doi.org/10.1101/2021.07.02.21259900>.
- Dantas, M., Cunha, E., Danta, M., Santos, P., & Tavares, C. (2020). Emotional distress of Nurses in the hospital setting in the face of the COVID-19 pandemic. *Research, society and development* 9 (8), e6798512. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5121>.
- Emanuel, E. (2003). *Ethical and Regulatory Aspects of Clinical Research: Readings and Commentary*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Foucault, M. (2006). *La historia de la sexualidad I*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2019). *Microfísica del poder*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Fuster, N. (2013). *El cuerpo como máquina*. Santiago: Ceibo.
- García, D., Ochoa, M., & Briceño, I. (2018). Actitud del personal de enfermería ante la muerte de la persona en la unidad de cuidados intensivos. Estudio cuantitativo. *Duazary: Revista internacional de Ciencias de la Salud*, 15 (3), 281-293. <https://doi.org/10.21676/2389783X.2421>.
- García, P., Jiménez, A., Hinojosa, L., Gracia, G., Cano, L., & Abeldaño, R. (2020). Estrés laboral en enfermeras de un hospital público de la zona fronteriza de México, en el contexto de la pandemia covid-19. *Rev. Salud Pública*, 65-73. <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v0.v0.31332>.
- Gobierno de Chile. (2020 de junio de 2022). *Cifras oficiales Covid-19*. Obtenido de Ministerio Secretaría General de Gobierno: <https://www.gob.cl/pasoapaso/cifrasoficiales/>
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2019). *Metodología de la investigación. las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México D.F.: Mc Graw Hill.
- Hofmeyer, A., & R. T. (2020). Strategies and resources for nurse leaders to use to lead with empathy and prudence so they understand and address sources of anxiety among nurses practicing in the era of COVID-19. *Journal of Clinical Nursing* 30 (1-2), 298-305. <https://doi.org/10.1111/jocn.15520>.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. London: Springer Publishing Compan.
- Markey, K., Arena, C., & Donnell, C. O. (2021). Cultivating ethical leadership in the recovery of COVID-19. *Journal of Nursing Management*, 29 (2), 351-355. <https://doi.org/10.1111/jonm.13191>.
- Martuccelli, D. (2020). *Introducción Heterodoxa a las Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Our World in Data. (20 de diciembre de 2020). *Coronavirus Pandemic (COVID-19)*. Obtenido de Coronavirus Country Profiles: <https://ourworldindata.org/coronavirus/country/chile>



-
- Peiró, T., Vera, M., & Lorente, L. (2021). El trabajo de enfermería en la provincia de Madrid durante el confinamiento por la Covid-19: contexto y experiencias. *Conocimiento Enfermero*, 4(12), 70-82. .
 - Perez, J., Báez-Hernández, F., Flores, M., Nava, V., Morales, A., & Zenteno, M. (2020). El significado del cuidado enfermero en el contexto de la pandemia COVID-19. *SANUS* (16), 1-13. <https://doi.org/10.36789/sanus.vi16.236>.
 - Said, R., & El-Shafe, D. (2021). Occupational stress, job satisfaction, and intent to leave: nurses working on front lines during COVID-19 pandemic in Zagazig City, Egypt. *Environ Sci Pollut Res Int*, 8791-8801. <https://doi.org/10.1007/s11356-020-11235-8>.
 - Shen, X., Zou, X., Zhong, X., Yan, J., & Li, L. (2020). Psychological stress of ICU nurses in the time of COVID-19. *Critical care*, 24(1), 200. doi: 10.1186/s13054-020-02926-2.
 - Sun, N., Wei, L., Shi, S., Jiaob, D., Song, R., Wang, L. i., . . . Wang, H. (2020). A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. *American Journal of Infection Control*, 48 (6), 592-598. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.03.018>.
 - Uribe, C. (2012). Interdisciplinarietà en investigación: ¿colaboración, cruce o superación de las disciplinas?. *Universitas Humanística*, (73), 147-172
 - Wang, H. S., Han, G., Liu, Z., Wu, Q., & Pang, X. (2021). Correlation between emotional intelligence and negative emotions of front-line nurses during the COVID-19 epidemic: A cross-sectional study. *J Clin Nurs* 30(3-4), 385-396. doi: 10.1111/jocn.15548.
 - Wu, A., Buckle, P., Haut, E., Bellandi, T., Koizumi, S., Mair, A., . . . Vincent, C. (2020). Supporting the Emotional Well-being of Health Care Workers During the COVID-19 Pandemi. *Journal of Patient Safety and Risk Management*, 25 (3), 93-96. <https://doi.org/10.1177/2516043520931971>.
 - Zhang, Y., Wei, L., Li, H., Pan, Y., Wang, J., Li, Q., . . . Wei, H. (2020). The Psychological Change Process of Frontline Nurses Caring for Patients with COVID-19 during Its Outbreak. *Issues in Mental Health Nursing*, 41 (6), 525-530. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1752865>.

HISTORIA

Biografía de João Mauro Moraes, el primer hombre en graduarse como enfermero en Minas Gerais, Brasil

Biography of João Mauro Moraes, the first man to graduate as a nurse in Minas Gerais, Brazil

Biografia de João Mauro Moraes, primeiro homem diplomado enfermeiro em Minas Gerais, Brasil

Anesilda Alves de Almeida Ribeiro^{1*}; Genival Fernandes de Freitas²

¹Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Gerenciamento em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3947-6001>; Correo electrónico: anesilda.almeida@gmail.com.

²Enfermeiro e advogado. Doutor em Ciências. Professor Titular do Departamento de Orientação Profissional da EEUSP. Líder do Grupo de Pesquisa História, Bioética e Legislação em Enfermagem. Brasil. Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-4922-7858>. Correo electrónico: genivalf@usp.br.

* **Correspondencia:** Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419. Bairro Cerqueira César. Departamento de Orientação Profissional. São Paulo. CEP: 05403-000 – São Paulo/SP. Brasil.

Cómo citar este artículo: Ribeiro, A. A. A., & Freitas, G. (2023). Biografía de João Mauro Moraes, el primer hombre en graduarse como enfermero en Minas Gerais, Brasil. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(66). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.66.06>

Received: 11/01/2023

Accepted: 12/04/2023.



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

Abstract: Objectives: to analyze the biography of João Mauro Moraes, the first man to graduate as a nurse in Minas Gerais, Brazil. Methodology: this is a historical and biographical research. Data were collected from scientific articles, newspaper news, books, documents and photographs. The analysis followed the Biographical Narrative Interpretive Method. Results: presents the life history of João Mauro (1936-2017) and his role as a nursing attendant in the Army, nursing assistant, nurse and nursing manager at the Emergency Home Care Service of Itajubá. Discussion: João Mauro made a conscious choice for nursing, being socially respected and valued. His professional performance denotes ethical commitment, seriousness, firmness and respect for human dignity. From his professional trajectory, a reflection was made on the male presence in nursing, a profession for women and men. Considerations: João Mauro was an important character in the Brazilian nursing history of the 20th century. His pioneering spirit broke with the female hegemony in professional nursing training in Minas Gerais. His protagonism contributed to the inclusion of men in the nursing course of a Catholic confessional institution, at a time when the number of graduated male nurses in the country was minimal.

Keywords: Nursing; History of Nursing; Nursing school; Biography; Gender.

Resumen: Objetivos: analizar la biografía de João Mauro Moraes, el primer hombre en graduarse como enfermero en Minas Gerais, Brasil. Metodología: se trata de una investigación histórica y

biográfica. Los datos fueron recolectados de artículos científicos, noticias de periódicos, libros, documentos y fotografías. El análisis siguió el Método Interpretativo de la Narrativa Biográfica. Resultados: presenta la historia de vida de João Mauro (1936-2017) y su papel como auxiliar de enfermería en el Ejército, auxiliar de enfermería, enfermero y jefe de enfermería en el Servicio de Atención Domiciliaria de Emergencia de Itajubá. Discusión: João Mauro hizo una elección consciente por la enfermería, siendo socialmente respetado y valorado. Su desempeño profesional denota compromiso ético, seriedad, firmeza y respeto por la dignidad humana. A partir de su trayectoria profesional, se hizo una reflexión sobre la presencia masculina en la enfermería, profesión de mujeres y hombres. Consideraciones: João Mauro fue un personaje importante en la historia de la enfermería brasileña del siglo XX. Su espíritu pionero contribuyó a la inclusión de hombres en el curso de enfermería de una institución confesional católica, en un momento en que el número de enfermeros graduados varones en el país era mínimo.

Palabras clave: Enfermería; Historia de la Enfermería; Escuela de Enfermería; Biografía; Género.

Resumo: Objetivos: analisar a biografia de João Mauro Moraes, primeiro homem diplomado como enfermeiro em Minas Gerais, Brasil. Metodologia: trata-se de pesquisa histórica e biográfica. Os dados foram coletados de artigos científicos, notícias de jornais, livros, documentos e fotografias. A análise seguiu o Método Interpretativo Narrativo Biográfico. Resultados: apresenta a história de vida de João Mauro (1936-2017) e sua atuação como atendente de enfermagem no Exército, auxiliar de enfermagem, enfermeiro e gerente de enfermagem do Serviço de Atendimento Médico Domiciliar de Urgência de Itajubá. Discussão: João Mauro fez uma escolha consciente pela enfermagem, sendo respeitado e valorizado socialmente. Sua atuação profissional denota compromisso ético, seriedade, firmeza e respeito à dignidade humana. De sua trajetória profissional fez-se uma reflexão sobre a presença masculina na enfermagem, uma profissão para mulheres e homens. Considerações: João Mauro foi um importante personagem da história da enfermagem, do interior do Brasil, na segunda metade do século XX. Seu pioneirismo rompeu com a hegemonia feminina na formação profissional de enfermagem em Minas Gerais. Seu protagonismo contribuiu para a inserção de homens no curso de enfermagem de uma instituição confesional católica, num tempo em que era mínimo o número de enfermeiros diplomados no país.

Palavras-chave: Enfermagem; História da Enfermagem; Escola de Enfermagem; Biografia; Género.

INTRODUCCIÓN

Homens trabalham no cuidado de doentes desde os primórdios da humanidade (Lopes, Leal, 2005). No período de expansão do Império Romano e da Igreja Católica, monges enfermeiros praticavam o cuidado em instituições hospitalares. Na Idade Média (476-1453) membros de ordens masculinas religiosas, laicas e militares caracterizaram a enfermagem como atividade essencialmente masculina (Costa, Freitas, Hagopian, 2017). Na Espanha, em 1571, São João de Deus fundou a Ordem dos Irmãos Hospitaleiros. Em 1793, homens assumiram a arte de partejar, realizando partos cirúrgicos (Ferreiro-Ardiões, Lezaun-Valdubieco, Correyero-Tadeo, 2019).

No Brasil Colônia (1500-1822) e Império (1822-1889), o serviço de enfermagem era caracterizado por um fazer doméstico e religioso, sob um modelo de cuidado empírico-prático. Dentre os cuidadores haviam indígenas, negros escravizados, voluntários leigos, Irmãs de Caridade e padres jesuítas como José de Anchieta e Frei Fabiano de Cristo. A Proclamação da República, em 1889, fez emergir a carência de pessoal de enfermagem treinado para atuar nos hospitais, favorecendo a organização do ensino de Enfermagem no país (Paixão, 1979).

O Estado do Rio de Janeiro contou com a presença de homens nos cursos de enfermagem desde 1890, quando da criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, mais tarde renomeada para Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP). Em 1918, o Curso de Enfermagem da Policlínica de Botafogo também contou com alunos do gênero masculino (Porto, Campos, Oguisso, 2009).

A implantação oficial da Enfermagem Moderna no Brasil, em 1923, através da criação da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, posteriormente renomeada para Escola de Enfermagem Anna Nery, instituiu o ensino de enfermagem somente para mulheres. O ingresso de homens nos cursos de enfermagem ressurgiu após a Segunda Guerra Mundial, devido à industrialização e criação de grandes hospitais. A Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) diplomou o primeiro enfermeiro do gênero masculino em 1950 (Carvalho, 1980).

A Escola de Enfermagem Carlos Chagas, sediada em Belo Horizonte, atualmente denominada Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), registrou o ingresso do primeiro estudante do gênero masculino em 1964 (Carvalho, 2021). Entretanto, a Escola de Enfermagem Wenceslau Braz (EEWB), de Itajubá, no interior do estado, aceitou a matrícula de João Mauro Moraes em 1961, sendo este diplomado enfermeiro em 1963.

A EEWB é a primeira escola de enfermagem do Sul do Estado de Minas Gerais. Criada em 1954, constituiu-se numa instituição de ensino superior privada, isolada, pertencente à congregação religiosa católica Irmãs da Providência de Gap, originárias da França. Até 1960, a EEWB oferecia curso de enfermagem exclusivamente para mulheres, com alunas internas e externas. A escola foi pioneira no estado a admitir e diplomar alunos do gênero masculino (Braga, Ribeiro, 2020).

A Reforma Universitária, ocorrida em 1968, alavancou o ingresso de homens na enfermagem, em decorrência da implantação do vestibular unificado, mas a presença de homens na enfermagem brasileira foi pouco pesquisada e divulgada (Carvalho, 2021).

Uma forma de divulgação do trabalho masculino na profissão é através de biografia. A escrita da biografia de personagens históricos alimenta a pesquisa em História da Enfermagem e ajuda na construção da identidade profissional (Pereira, Dantas, Oliveira, Padilha, Teodósio, 2019).

A literatura biográfica brasileira registrou somente duas publicações sobre a história de vida de enfermeiros. Uma apresentou a biografia de Wilson Kraemer de Paula, enfermeiro psiquiátrico e professor da Universidade Federal de Santa Catarina. A outra resgatou a trajetória de Edison José Miranda, no Hospital Militar e no Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina (Costa, Borenstein, 2010; Bellaguarda, Padilha, 2014).

Síntese biográfica de enfermeiras mineiras e itajubenses são de conhecimento público, especialmente das diretoras religiosas da EEWB. Da gestão da primeira diretora, Zenaide Nogueira Leite, destaca-se a diplomação de João Mauro Moraes, ocorrida em 1963, fato que rompeu com a hegemonia do ensino de enfermagem para mulheres e a formação exclusiva de enfermeiras nas escolas de enfermagem de Minas Gerais (Ribeiro, Freitas, 2019; Braga, Ribeiro, 2020).

A EEWB continuou diplomando enfermeiros com regularidade e alguns foram incorporados ao seu corpo docente. Até o momento, nenhum enfermeiro diplomado em Minas Gerais teve sua trajetória profissional divulgada. Percebendo essa lacuna na historiografia, desenvolveu-se uma pesquisa para preencher esse vazio literário. O estudo se justifica pela importância da reflexão sobre a presença masculina na Enfermagem, mostrando a projeção social do enfermeiro e as marcas deixadas por estes profissionais na história da profissão (D'Antonio, 2009).

O objetivo proposto então é analisar a biografia de João Mauro Moraes, primeiro homem diplomado como enfermeiro em Minas Gerais, Brasil.

METODOLOGIA

Este artigo foi construído a partir de uma pesquisa histórica e biográfica, tendo como cenário de estudo a cidade de Itajubá. Foram respeitados os princípios éticos da Resolução 510/2016, do Ministério da Saúde, especialmente de preservação da honra e dignidade do biografado. A coleta de dados ocorreu em 2020 e 2021.

Os dados foram coletados de fontes documentais e bibliográficas de acesso público, artigos científicos e fotografias do acervo pessoal da pesquisadora. Os dados sobre a vida pessoal, política, social e profissional de João Mauro foram extraídos de matérias publicadas no Jornal O Sul de Minas, notas postadas no site da Câmara Municipal de Itajubá e da síntese biográfica publicada por ele na contracapa de seu livro intitulado Rio Sapucaí: vareda da visão de uma alvorada. Os dados sobre a vida acadêmica de João Mauro Moraes foram coletados do acervo documental da EEWB, mediante permissão formal emitida pela diretora.

De posse do material documental e bibliográfico, realizou-se uma leitura minuciosa em que foram identificados e selecionados os dados de interesse para compor o estudo. Após o levantamento, os dados foram organizados e analisados, visando à construção da narrativa e interpretação da biografia de João Mauro Moraes.

A análise dos dados seguiu o Método Interpretativo Narrativo Biográfico. A escolha do método se justifica pela consideração da dinâmica histórica, psicossocial e biográfica das pessoas. O método é composto por três fases: história de vida (biografia), narrativa com exploração do contexto e interpretação e extração do significado das histórias de vida do indivíduo (Corbally, O'Neal, 2014).

A primeira fase da análise englobou a leitura minuciosa dos dados e seleção das informações pertinentes sobre a história de vida de João Mauro Moraes. Um arquivo digital foi criado para o armazenamento das cópias digitalizadas de documentos e fotografias. Uma linha do tempo foi construída, correspondendo ao recorte histórico da trajetória do biografado, entre 1936 e 2017. A segunda fase teve por característica a análise da história de vida para apreensão da identidade no âmbito pessoal, social e profissional. A terceira fase consistiu na construção do produto biográfico, contendo a origem familiar, locais onde morou, escolha profissional, formação acadêmica, cargos ocupados, relações interpessoais e contribuições para a enfermagem.

RESULTADOS

Contexto histórico e o ensino de enfermagem na década de 1960

O Brasil, na década de 1960, viveu mudanças significativas no cenário político, econômico, social e educacional. O país expandiu o atendimento à saúde, desenvolveu a rede previdenciária e criou hospitais para atender a demanda de cuidado da classe operária, decorrente da industrialização e urbanização. Nas instituições de ensino superior houve intensa atividade nos diretórios acadêmicos e constantes assembleias promovidas pela União Estadual dos Estudantes e União Nacional dos Estudantes. A vida política foi tensa, com mobilização pública e situações de conflito que levaram, em 1964, à troca de governo civil por governo militar (Bock, Vaggetti, Bellaguarda, Padilha, Borenstein, Kuhnen, 2015).

Itajubá era a maior cidade do Sul de Minas, estava em franco progresso e contava com uma população de 50.000 habitantes. Na área da Defesa e Segurança, abrigava o 4º Batalhão de Engenharia de Combate e a Fábrica de Armas de Itajubá, uma das unidades de produção da Indústria de Material Bélico do país, ambos sob o Comando do Exército Brasileiro. O transporte era abastecido pelo sistema ferroviário, com conexões para o Rio de Janeiro e São Paulo. No setor da saúde, contava com a Santa Casa de Misericórdia, Maternidade Xavier Lisboa, Centro de Saúde e o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU). O ensino superior abrigava a Escola Federal de Engenharia, com

alunado majoritariamente masculino, e a EEWB destinada à formação de enfermeiras (Guimarães, 1987).

A EEWB funcionava em regime de gratuidade e o internato era exclusivo para mulheres. Os critérios de admissão na escola incluíam idade entre 16 e 38 anos; sanidade física e mental; atestado de vacinação e idoneidade moral; histórico escolar de curso secundário. O curso de enfermagem seguia a legislação vigente, com duração de três anos, composto por aulas teóricas e práticas. Os professores eram médicos e enfermeiras religiosas diplomadas no Rio de Janeiro (Braga, Ribeiro, 2020).

Os estágios eram realizados em instituições de saúde local, regional e de outros estados. O uniforme era de uso obrigatório. Os estudantes tinham uma folga semanal e trinta dias de férias por ano. A avaliação escolar incluía desempenho nos estágios, exame das disciplinas e relatório de eficiência. As notas variavam entre um e cinco. As turmas eram compostas de sete a doze estudantes, a maioria mulheres, algumas laicas e outras religiosas. João Mauro Moraes foi o primeiro e único homem a estudar na EEWB até 1963 (Ribeiro, Freitas, 2019).

Vida pessoal, política e social

A história de vida de João Mauro Moraes está disposta na linha do tempo abaixo (Quadro I).

Quadro I – Linha do tempo da história de vida de João Mauro Moraes (1936-2017)

| | |
|---------|--|
| 1936 | Nasceu em 27 de janeiro, Brazópolis. Pais: José Francisco de Moraes e Carmelita de Mello Moraes. |
| 1943-6 | Fez o curso primário no Grupo Escolar Coronel Francisco Braz |
| 1947-52 | Fez o curso ginásial no Ginásio Brazópolis, onde estudou Latim, Inglês, Francês e Canto Orfeônico. |
| 1954 | Mudou-se para Itajubá/MG. |
| 1955 | Fez Curso de Datilografia, na Escola Remington. |
| 1956 | Prestou Serviço militar, no Ministério da Guerra, como Cabo no Quartel do 4º Batalhão de Engenharia de Combate, foi professor regimental da disciplina Civismo, membro da Delegacia da Academia de História Militar das Forças Terrestres do Brasil e Atendente de Enfermagem. Certificado de Reservista consta: bom comportamento, apto à promoção a 3º Sargento quando convocado, 1,74 metros de altura, moreno e de olhos verdes. Fez o Curso de Contabilidade, na Escola Técnica de Comércio, no Instituto Padre Nicolau. |
| 1957 | Trabalhou como comerciário. |
| 1958 | Ingressou no Serviço Público Estadual, como Auxiliar de Serviço Médico, no SAMDU. |



| | |
|-----------|---|
| 1959 | Contraiu matrimônio com Maria Léa Maia Moraes, tiveram seis filhos: quatro mulheres e dois homens. |
| 1961 | Em janeiro, tornou-se pai com o nascimento da filha Elâine. No dia 28 de fevereiro fez exame de habilitação e ingressou na EEWB. |
| 1962 | Nascimento da filha Kátia Foi presidente do Diretório Acadêmico Gaspar Lisboa (DAGALI) |
| 1963 | Nascimento da filha Mariange. Atuação como Tesoureiro e membro da comissão esportiva do DAGALI. Em 14 de dezembro foi diplomado enfermeiro, pela EEWB. |
| 1964 | A Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn, 1964), divulgou nota sobre sua diplomação. |
| 1965 | Nascimento do filho João Mauro (Júnior). Participou da comissão de implantação do Hospital de Clínicas e da Faculdade de Medicina de Itajubá. |
| 1969 | Nascimento da filha Flávia |
| 1970 | Fez Curso de Atualização na EEAN. |
| 1976 | Nascimento do filho caçula Túlio César |
| 1977-8 | Recebeu diploma de Personalidade do Ano, como destaque da Enfermagem, pela Coluna Social do Jornal Clarim. |
| 1977-82 | Foi eleito Vereador. Como parlamentar, participou de eventos nacionais e estaduais relacionados ao meio ambiente e combate ao tráfico de drogas. Criou o Conselho Municipal de Conservação, Defesa e Desenvolvimento do Meio Ambiente. Foi Coordenador da Comissão Municipal de Defesa Civil. |
| 1980 | Foi Coordenador Urbano da Iª Campanha Nacional de Vacinação Anti-Poliomielite. Passou a atuar como enfermeiro, no quadro de servidor público federal, no posto do Instituto Nacional da Previdência Social. |
| 1984 | Celebrou 25 anos de casado |
| 1988 | Coordenou campanha de divulgação da AIDS. Recebeu o Título de Cidadão Itajubense e o Título de Companheiro Paul Harris, do Rotary Club. Aposentou da enfermagem. Continuou na vida política. |
| 1993 | Foi Secretário Municipal de Saúde e Diretor do Meio Ambiente. |
| 1994-8 | Foi membro da diretoria e do Conselho Deliberativo do Clube Itajubense |
| 1995 | Recebeu o Diploma de Colaborador Emérito do Exército Brasileiro. |
| 1997-2000 | Foi Secretário Municipal de Agricultura e do Meio Ambiente. Organizou mutirão de limpeza do Rio Sapucaí e plantou mais de 4.000 árvores nas suas margens. |
| 1999 | Foi homenageado pelo Rotary Club 19 de março. |
| 2005 | Recebeu o Diploma de Mérito do Rotary Club Internacional |
| 2007 | Publicou o livro "Rio Sapucaí: vereda da visão de uma alvorada", pela ACR & Associados. |
| 2009 | Celebrou 50 anos de casado |
| 2017 | Faleceu no dia 17 de fevereiro, aos 81 anos. |

Fonte: Dados da pesquisa

Matérias publicadas no Jornal O Sul de Minas após a morte de João Mauro, relembaram sua trajetória de vida. Os textos destacaram que sua vida social foi ativa e marcada por festas, futebol e carnaval, sempre acompanhado da esposa e dos filhos. Ele foi membro do Rotary Clube, Lions Clube e da Legião Brasileira de Assistência, tendo trabalhado voluntariamente em campanhas de doação de remédios, alimentos, roupas e mobiliário. João Mauro foi muito querido pelos companheiros, pelo excepcional espírito público e solidariedade com os pobres, doentes e discriminados socialmente.

Colegas parlamentares publicaram notas no site da Câmara Municipal de Itajubá falando sobre a dedicação de João Mauro ao povo itajubense. Disseram que no exercício político ele era atencioso com os problemas da cidade e usava de sua influência para ajudar famílias carentes, inclusive destinava recursos financeiros pessoais para comprar e distribuir cestas básicas. O que ficou na memória de alguns desses vereadores foi à lembrança do político íntegro, honesto, cumpridor do dever cívico e exemplo de que é possível fazer política longe de fraudes e corrupções.

João Mauro gostava de ler, escrever poemas e artigos de jornal. Dedicou parte da vida a estudar a história de Itajubá e a trajetória de pessoas públicas. Colecionava fotografias e participava de eventos culturais, exposições e mostras fotográficas. Fez parte do movimento em homenagem ao fundador de Itajubá, articulando com escultores, administração pública e a Academia Itajubense de História a construção e fixação da estátua do Padre Lourenço da Costa Moreira no adro da Paróquia de Nossa Senhora da Soledade, localizada no centro da cidade (Guimarães, 1999).

João Mauro deixou seu nome gravado na memória dos itajubenses, pela atuação como cidadão consciente e generoso. Ainda em vida, foi reconhecido e homenageado como bom político, pela dedicação à saúde pública, ao povo e ao meio ambiente.

Formação acadêmica

Como dito anteriormente, João Mauro iniciou a atividade profissional no Exército Brasileiro como Atendente de Enfermagem. Em 1958, foi admitido no serviço público estadual, como Auxiliar de Enfermagem, no recém-criado posto do SAMDU de Itajubá. Diante das dificuldades para atender as necessidades da população, tomou consciência de que precisava obter mais conhecimento na área da saúde e melhorar as técnicas de cuidado. Então, fez a inscrição e realizou em 28 de fevereiro de 1961, o Exame de Habilitação da EEWB, sendo aprovado com nota cinco.

João Mauro iniciou o curso de enfermagem em março de 1961, aos 25 anos. A turma, composta por ele e seis estudantes do gênero feminino, era unida, tinha bom relacionamento e se apoiava mutuamente. As colegas laicas frequentavam a casa dele em visitas de cortesia à sua esposa e para fazerem trabalhos escolares (Ribeiro, Freitas, 2019).

João Mauro tinha verdadeira admiração pelos professores médicos, alguns dos quais trabalhavam com ele no SAMDU, e grande respeito pelas professoras enfermeiras. Pela

secretária da EEWB Madre Marie Ange, nutria um carinho especial, pois ela o ajudou a se adaptar ao curso de enfermagem (Braga, Ribeiro, 2020).

João Mauro participou de visitas técnicas a hospitais, eventos científicos, conferências, excursões, atividades de educação para a saúde nas instituições de ensino e indústrias da região. Fez palestras em escolas e nas rádios, divulgando o curso e a presença do homem na enfermagem.

O uniforme dos estudantes sofreu adaptações com a chegada de João Mauro. A EEWB passou a contar com o modelo masculino composto por calça, camisa, meia e sapatos brancos, igual ao traje usado pelos profissionais médicos (Ribeiro, Freitas, 2019). Analisando as fotografias de João Mauro, um fato chama a atenção, ele não usou nenhum acessório de cabeça. Entretanto, alunos da EEAP e Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha Brasileira Filial São Paulo, usavam o quepe ou gorro, uma versão masculina da touca da enfermeira (Porto, Campos, Oguisso, 2009).

O desempenho escolar de João Mauro foi bom. No primeiro ano, ele ficou de segunda época em Anatomia e Química. No segundo ano, concluiu as disciplinas em tempo regular. No terceiro ano, ficou de segunda época em Enfermagem em Otorrinolaringologia, Oftalmologia e Tisiologia. João Mauro teve pouco tempo livre para estudar, pois era casado e trabalhava. Ele se destacou na disciplina Saúde Pública, devido à facilidade com o conteúdo adquirido no SAMDU. Da grade curricular da época, dois fatos chamam a atenção, a disciplina Ética Profissional era obrigatória nos três anos de curso e João Mauro foi dispensado de cursar a disciplina Enfermagem Obstétrica.

João Mauro participou ativamente do Diretório Acadêmico, na Comissão de Cultura em 1961, e como Presidente em 1962. Em 1963, atuou como tesoureiro e membro da comissão esportiva. Durante sua gestão, reformulou o Estatuto do Diretório e o publicou no Diário Oficial do Estado de Minas Gerais, organizou a Semana da Enfermagem, foi membro titular da União Estadual dos Estudantes e participou de congressos promovidos pelo Conselho Estadual Estudantil. Após os eventos, compartilhava os aprendizados com as alunas e direção da escola.

Decorridos os três anos de curso, no dia 14 de dezembro de 1963, João Mauro Moraes recebeu o Diploma de Enfermeiro, junto com as demais formandas da 6ª Turma da EEWB. A cerimônia de Colação de Grau contou com a presença de autoridades políticas, civis, militares e religiosas; familiares e convidados. O paraninfo da turma foi o professor Luís de Gonzaga Mauad.

Alguns fatos chamam a atenção nas fotografias da diplomação de João Mauro. Nota-se a presença do juiz da comarca de Itajubá, servindo de testemunha oficial do juramento solene dos formandos. O paraninfo foi um médico, o que causou estranhamento, pois o usual nas escolas de enfermagem da época era a escolha de uma enfermeira (Ribeiro, Freitas, 2019; Carvalho, 1980).

Outro fato observado foi à distinção entre os trajes dos formandos (Figura 1), com as alunas usando o uniforme com touca, capa e sapato na cor branca e João Mauro vestindo

terno completo e sapato social de cor escura, traje similar ao usado pelo paraninfo, professores e autoridades masculinas presentes (Ribeiro, Freitas, 2019).

Outro destaque foi o depoimento de João Mauro durante a Cerimônia de Formatura. Ele tomou a palavra e declarou a Enfermagem como sendo uma profissão capaz de interessar a um rapaz jovem que deseja conhecimento, cultura e prestar serviços de promoção da saúde e bem estar à pessoa humana. O ineditismo de sua diplomação foi tema de publicação na Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn, 1964).

João Mauro foi o primeiro homem a concluir o Curso de Enfermagem na EEWB. Sua diplomação marcou um fato histórico importante, a inserção masculina na escola e a mudança na linguagem dos documentos, que incluiu o termo enfermeiro, para designar o profissional de enfermagem de nível superior do gênero masculino (Ribeiro, Freitas, 2019).

A fotografia oficial dos formandos da Turma de 1963 da EEWB (Figura 1) traz à direita o enfermeiro João Mauro Moraes, ao centro o paraninfo e sua esposa, no entorno as cinco formandas laicas trajando o uniforme branco, composto pela capa com a insígnia da EEWB e a touca de enfermeira. Nota-se a ausência da formanda religiosa integrante da congregação das Irmãs da Providência de Gap. Na cerimônia de formatura ela não usou o traje de gala igual às demais formandas, mas o hábito religioso branco com véu, similar ao usado pelas enfermeiras religiosas da mesma congregação que atuavam na Santa Casa de Misericórdia de Itajubá, à época.

Figura 1 – Fotografia dos formandos da Turma de 1963 da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz.



Fonte: Acervo pessoal da pesquisadora

Atuação profissional

Após a diplomação, João Mauro passou a atuar como enfermeiro no SAMDU, ocupando os cargos de chefia, gerência e administração dos serviços de enfermagem. Matérias publicadas no Jornal O Sul de Minas destacaram que João Mauro jamais negou soli-

dariedade e apoio aos que necessitavam de cuidado e que ele compreendia a dor e o sofrimento alheio e fez o que pôde para ajudar o próximo e aliviar os males que acometiam crianças, jovens, adultos e idosos que o procuravam. Ele, inclusive, chegou a transportar doentes em seu próprio carro para centros maiores em busca de atendimento em especialidades que não havia na cidade. Também dispendeu recursos pessoais para comprar remédios para pacientes carentes.

João Mauro montou um ambulatório de enfermagem próximo de sua residência para atender a população em horário fora do expediente de trabalho, onde realizava consultas de enfermagem, curativos e injeções, fazia acompanhamento de pressão arterial e atendia pacientes em domicílio. Manteve o ambulatório por dois anos e prestava atendimento de forma gratuita.

No exercício da enfermagem João Mauro foi respeitado e admirado, era muito querido pelos associados, funcionários e pacientes do SAMDU. Em matérias publicadas no Jornal O Sul de Minas, colegas de trabalho falaram dele com muito carinho e disseram que ele era bom enfermeiro, chefe e amigo. Porém, antigos subalternos o achavam autoritário, bravo e exigente. Isso é compreensível, pois ele cobrava rigor no cumprimento das escalas de serviço, respeito aos pacientes e atendimento de qualidade à população. Pelo destaque na Enfermagem, nos anos de 1977 e 1978, João Mauro recebeu o Diploma de Personalidade do Ano. Até o momento, ele foi o único enfermeiro de Itajubá a ser homenageado publicamente e a receber o referido prêmio.

No final da década de 1960, ao lado de colegas de trabalho, João Mauro lutou pela implantação do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina de Itajubá. Os médicos do SAMDU o incentivaram a cursar medicina. Ele prestou vestibular, mas não atingiu a nota mínima necessária para ingressar no curso. Isso não o afetou e nem o deixou frustrado, pois já havia encontrado no exercício da enfermagem a satisfação profissional que almejava.

Na década de 1980, com a extinção do SAMDU, ele foi alocado como enfermeiro no quadro de servidor público federal, no posto de serviço do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. No mesmo período, foi Coordenador Municipal de Vacinação contra a Paralisia Infantil, pelo Centro de Saúde de Itajubá; Coordenador Urbano na 1ª Campanha Nacional de Vacinação Anti-poliomielítica, promovida pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais; e Coordenador da Campanha da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS).

João Mauro perdeu um amigo vítima da AIDS. Em artigo publicado no Jornal O Sul de Minas, ele escreveu que a AIDS tira do doente o direito de conviver socialmente. Ele acreditava que o conhecimento público do processo de transmissão da doença era essencial para evitar o sofrimento psicológico dos doentes e o afastamento social imposto aos portadores de doenças transmissíveis.

Como político João Mauro trabalhou pela saúde pública. Foi autor de várias propostas aprovadas pela Câmara Municipal, como a fiscalização de cargas perigosas no trânsito

da cidade, criação da coleta seletiva de lixo hospitalar, sistema de erradicação da esquistossomose, campanha de divulgação da AIDS, modernização do serviço de urgência e emergência das instituições hospitalares.

A contribuição de João Mauro para a enfermagem mineira foi a de servir de modelo e inspiração na escolha da enfermagem como profissão por jovens rapazes e homens casados. João Mauro foi pioneiro no ingresso no curso de enfermagem de uma escola profissional católica. Ele contribuiu para a inserção de homens no curso de enfermagem em Minas Gerais, num tempo em que era mínima a participação masculina na profissão no país. Por meio da escolha profissional pela enfermagem, ele rompeu com a tradição da EEWB como escola de formação exclusiva de enfermeiras. As implicações desse ingresso foram: alteração da linguagem dos discursos com o uso da terminologia enfermeiro e implantação do uniforme masculino (Ribeiro, Freitas, 2019).

João Mauro ajudou a construir a história da enfermagem itajubense no início da década de 1960. Com coragem e ousadia, ele foi o primeiro homem a ingressar num curso antes só para mulheres. Seu ato despretensioso culminou na construção da nova identidade da EEWB, uma instituição mista, formadora de enfermeiros e enfermeiras. Igualmente, ajudou na reconfiguração do perfil dos estudantes, constituído por homens e mulheres (Braga, Ribeiro, 2020).

João Mauro foi um estudante engajado nas atividades acadêmicas, junto ao Diretório Acadêmico. Um enfermeiro comprometido com o cuidado à saúde da população. Os itajubenses não estranharam um homem no exercício da profissão, pois ele já atuava na enfermagem antes da diplomação. Sua presença no SAMDU era de conhecimento público (Guimarães, 1987).

No âmbito pessoal, pouco tempo depois de seu filho caçula nascer, João Mauro foi submetido a uma cirurgia numa cidade do interior de São Paulo. A intervenção cirúrgica transcorreu como programada. Mas, ele foi contaminado com o vírus da hepatite C durante transfusão sanguínea, evoluindo para a forma crônica da doença, com complicações e o desenvolvimento de varizes esofagianas. O impacto negativo da doença e as sequelas comprometeram sua vida e permanência na profissão. Ele se aposentou em 1988.

João Mauro faleceu no dia 17 de fevereiro de 2017, aos 81 anos. Da trajetória profissional (Figura 2), ele deixou como legado o amor pela Enfermagem, materializado no sorriso contido e emocionado registrado na fotografia tirada, em 2010, no instante em que ele entregou o diploma de enfermeira à neta Paula, formanda da 52ª Turma da EEWB. Naquele momento histórico, ele viu concretizada a linhagem de enfermagem dos Moraes, para ele motivo de orgulho e satisfação.

Figura 2 – Fotografia com imagens da trajetória pessoal e profissional de João Mauro Moraes.



Fonte: Acervo pessoal da pesquisadora

DISCUSSÃO

O primeiro contato de João Mauro com a enfermagem ocorreu antes da sua formação profissional e no período em que atuou como Atendente de Enfermagem no Exército e Auxiliar de Enfermagem no SAMDU. Essa condição é análoga aos primórdios da profissão, quando os homens ingressaram na arte do cuidado, no período histórico que antecede a criação da Enfermagem Moderna (Lopes, Leal, 2005).

Vale lembrar que a Enfermagem Moderna foi criada, em 1860, exclusivamente para a formação de enfermeiras. Florence Nightingale criou uma profissão feminina porque, naquela época, as mulheres eram privadas de estudar e exercer uma profissão no meio civil ou militar. Ela se preocupava com a posição subordinada e o assédio sofrido pelas mulheres que atuavam nas instituições hospitalares. Seu objetivo foi proteger as mulheres, por isso estabeleceu o ensino formal em escola dirigida por enfermeiras e em regime de internato (McDonald, 2019).

A partir da implantação da Escola de Enfermagem do Hospital Saint Thomas, em Londres, houve a propagação do sistema nightingaleano de ensino de enfermagem e a presença de enfermeiras no cuidado aos doentes foi se tornando hegemônica (Costa, Freitas, Hagopian, 2017). Ressalta-se, que o gênero masculino sempre prevaleceu nos hospitais militares e instituições psiquiátricas e Florence reconhecia a importância dos homens nesse cuidado (McDonald, 2019).

O declínio acentuado de homens na enfermagem ocorreu com o estabelecimento e ascensão da Enfermagem Moderna. Este foi visível, principalmente, nos países que adotaram o sistema nightingaleano, entre os quais a Índia (Ajith, 2020). Ao homem foi negado o direito de ingressar na profissão, mas este continuou prestando cuidados de saúde de forma empírica, durante as guerras e escassez de enfermeiras, na qual as fronteiras de gênero foram negociáveis (Evans, 2004).

O sistema nightingaleano foi difundido nos Estados Unidos por volta de 1873. Em solo americano sofreu adaptações e mudanças, permitindo o ingresso de homens e a formação de enfermeiros. Escolas de enfermagem para o gênero masculino foram fundadas em Nova York, em 1888, e no Hospital da Pensilvânia, em 1914. Em 1970, o percentual de homens na enfermagem americana era de 2,7%. Atualmente, o mercado está aquecido e o país conta com 12% de profissionais enfermeiros



(Egan, 2021). Esse aumento se deve à carreira estável, bom salário, horário flexível, demanda saudável, oportunidade de ascensão ilimitada, reconhecimento social e o fato de o enfermeiro ser aceito em todas as especialidades (Egan, 2021).

Seguindo o exemplo americano várias escolas de enfermagem, de diversos países, passaram a admitir homens no curso de enfermagem. No Brasil, no estado de Minas Gerais, a inserção de homens na enfermagem ocorreu em 1961, com a matrícula de João Mauro Moraes, na EEWB.

João Mauro, sentindo necessidade de mais conhecimentos para cuidar bem dos pacientes do SAMDU, procurou a EEWB para obter a formação desejada. A matrícula foi tranquila e não causou espanto na secretária da escola. Ela teria gostado da ideia de ter um aluno no curso. A diretora tinha conhecimento da presença de homens na enfermagem, pois havia convivido com o ambiente misto da EEUSP durante o curso de pós-graduação que realizou na instituição (Braga, Ribeiro, 2020).

Após três anos de curso, em dezembro de 1963, João Mauro recebeu o diploma de enfermeiro, momento em que lhe foi outorgado o direito de participar do exercício profissional de enfermagem. A presença dele na escola provocou a mudança da linguagem dos documentos, passando a trazer o termo no masculino. O termo enfermeiro foi introduzido na legislação brasileira com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação de 1961. Mas, já era amplamente utilizado, devido aos cursos práticos para a formação de enfermeiros civis e militares (Vitorino, Hertel, Simões, 2012).

Há uma conexão histórica entre os homens e a profissão de enfermagem, pois enfermeiros cuidadores existiram muito antes de Florence Nightingale. A ideologia histórica de ocupação feminina na enfermagem teve início no século XIX e avançou pelo século XX. O aumento da presença masculina na Enfermagem Moderna, em âmbito mundial, ocorreu a partir de 1970.

Desde 1990, o Conselho Federal de Enfermagem acompanha o crescimento gradual da masculinização na enfermagem brasileira. Em 2017, o país contava com a participação de 13,4% de homens na profissão, cerca de 260 mil, entre as categorias auxiliar, técnico e enfermeiro. Dos 55.401 mil enfermeiros brasileiros, 6.345 atuava no estado de Minas Gerais (Machado, 2017).

João Mauro trabalhou como gerente de enfermagem no SAMDU por mais de vinte anos. Essa condição corrobora a presença, de longa data, de homens enfermeiros em posição de chefia (Evans, 2004). O histórico de homens na enfermagem mostra que estes, desejando o reconhecimento social e familiar, se qualificam para ocupar cargos de destaque na gestão hospitalar, serviço público e docência no ensino superior (Costa, Freitas, Hagopian, 2017; Carvalho, 2021).

O papel dos homens na enfermagem está ligado a cargos de liderança e ocupações que usam tecnologias, como unidades de terapia intensiva e de informática. Nos Estados Unidos, enfermeiros atuam como anestesistas, educadores e clínicos (Peterson, 2008). No Brasil, enfermeiros ocupam cargos de chefia nos conselhos, escolas de enfermagem, grupos de pesquisa e unidades de saúde.

Apesar do aumento crescente de homens na enfermagem, em alguns países os enfermeiros sofrem com a discriminação. Na Índia, a enfermagem é considerada incompatível com o gênero masculino. Os enfermeiros indianos sofrem com o estereótipo de gênero, estigma e discriminação social e têm a identidade e orientação sexual questionada socialmente (Ajith, 2020).

João Mauro, ao que tudo indica, sofreu preconceito e discriminação por ter sido o primeiro homem a fazer o curso de enfermagem na EEWB. Alguns de seus conhecidos achavam estranho ele cursar enfermagem. Ele não se incomodava, pois estava decidido a cursar enfermagem, se tornar enfermeiro de fato e progredir na carreira profissional. Quando alguém o indagava sobre sua escolha profissional ele respondia que era homem e macho. O fato de ser casado e ter filhos contribuíram para a aceitação social de sua condição no exercício da profissão, facilitaram o relacionamento com as colegas e a convivência na escola. Ele enfrentou tudo com naturalidade e maturidade, pelo amor

que tinha pela arte do cuidado e venceu as barreiras do preconceito diante dos poucos que não entendiam os motivos de um homem cursar e exercer a Enfermagem. E sempre que podia ele dava bom testemunho do valor do enfermeiro.

Estudo realizado em Itajubá, em 2012, 50 anos após a diplomação de João Mauro, revela dados interessantes sobre a percepção social da presença de homens na enfermagem. Mostra a recorrência do preconceito social e do estigma. Entretanto, aponta que os profissionais homens são os preferidos pelos pacientes do mesmo gênero e que os enfermeiros têm capacidade para serem tão bons profissionais quanto às enfermeiras, porque o saber profissional e o conhecimento científico que embasa o cuidado são os mesmos para ambos (Vitorino, Hertel, Simões, 2012).

Estudo britânico mostra que enfermeiros convivem com estereótipos sociais negativos, sendo vistos como afeminados, e que alunos de enfermagem rejeitam as identidades construídas, procuram se distanciar delas e veem como positivo a presença de homens na profissão (McKinlay, Cowan, McVittie, 2020). Estudo canadense mostra que enfermeiros docentes vivenciam preconceitos, discriminação de gênero e precisam se esforçar para conquistar autonomia e respeito (Zeb, Younas, Rasheed, Sundus, 2020). Pesquisa mostra que enfermeiros da Coreia do Sul têm uma visão positiva sobre a superação dos estereótipos tradicionais (Shin, Seo, Lee, 2016).

João Mauro fez uma escolha consciente pela enfermagem. A despeito de alguma dificuldade no transcurso da sua graduação, ele foi um profissional respeitado e valorizado socialmente. Soube portar-se como único homem entre tantas alunas da EEWB e jamais houve algum relato que desabonasse sua relação de convivência com as colegas de formação e no exercício profissional. Sua atuação colocou em evidência o compromisso ético perpassado pelo exercício da humildade. Agir com rigor ético, da sua parte e dos demais, parece ter sido a tônica da ação profissional de João Mauro, porém sempre com a seriedade e a firmeza tão necessárias à boa convivência com todos os profissionais no seu entorno e, especialmente, o respeito à dignidade humana na pessoa do paciente por ele assistido. João Mauro permaneceu na profissão que aprendeu a amar quando prestou serviço militar e que foi reforçada no serviço público. Ao longo da carreira profissional ele acompanhou o ingresso, lento e contínuo, de homens na enfermagem, suas lutas e conquistas.

CONSIDERAÇÕES

Achados da história de vida do biografado mostraram que ele percorreu vários caminhos na enfermagem, como Atendente de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e Enfermeiro. Exercendo a profissão com empenho, dedicação e comprometimento ele fez a diferença e deixou um legado importante para as novas gerações. O fato de ter família consolidada, trabalhar em um ambiente masculino dominado por médicos, se preocupar com as minorias e ser ativo politicamente contribuíram para a aceitação social de sua presença na enfermagem.

João Mauro Moraes marcou como importante personagem a história da enfermagem mineira e brasileira, na segunda metade do século XX. Ele foi um exemplo de profissional que trabalhou com dignidade e soube honrar a profissão escolhida. Apesar do estigma que envolve a presença masculina na profissão, a biografia dele deixa claro que a enfermagem é uma profissão que oferece oportunidades de trabalho para ambos os gêneros. Tais achados tem aplicabilidade simbólica e histórica para a enfermagem brasileira e global.

BIBLIOGRAFIA

- o Ajith, A. (2009). In the Pursuit of an Identity: Analyzing the Case of Male Health Care Providers. *Masculinities & Social Change*, 3, 310-336. <https://doi.org/10.17583/mcs.2020.5461>



-
- Bellaguarda, M.L.R., & Padilha, M.I. (2014). Trajetórias escolhidas, vidas compartilhadas junto ao conselho profissional de enfermagem em Santa Catarina (1960-1970). *Hist Enferm Rev Eletron*, 5 (1), 108-135. Recuperado de <http://www.here.abennacional.org.br/here/vol5num1artigo9.pdf>
 - Bock, L.F., Vaghetti, H.H., Bellaguarda, M.L.R., Padilha, M.I., Borenstein, M.S. & Kuhnen, A.E. (2015). A organização da enfermagem e da saúde no contexto da idade contemporânea (1930-1960). *Enfermagem: história de uma profissão* (pp. 259-301). São Caetano do Sul: Difusão.
 - Braga, C.G. & Ribeiro, A.A.A. (2020). As diretoras religiosas da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz (1955-2016). *REME Rev Min Enferm*, 24, e-1276. Recuperado de <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1276.pdf>
 - Carvalho, A.C. (1980). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - Resumo Histórico 1942-1980. *Rev Esc Enferm USP*, 14, 1-271. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v14s1/0080-6234-reeusp-14-s1.pdf>
 - Carvalho, C.A. (2021). *Homens na enfermagem: vivências dos primeiros graduados na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (década de 1970)*. (Dissertação de Mestrado). Minas Gerais: Escola de Enfermagem da UFMG. Recuperado de <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/36707/1/Carla%20Aparecida%20de%20Carvalho.pdf>
 - Corbally, M., & O'Neal, C.S. (2014). An introduction to the biographical narrative interpretative method. *Nurse Research*, 21 (5). Recuperado de https://doras.dcu.ie/20033/2/BNIM_paper_for_DORAS.pdf
 - Costa, E. & Borenstein, M.S. (2010). Wilson Kraemer de Paula: da trajetória do homem à história da enfermagem psiquiátrica em Santa Catarina. *Hist Enferm Rev Eletron*, 1 (1), 24-34. Recuperado de http://www.here.abennacional.org.br/here/n1vol1ano1_artigo2.pdf
 - Costa, K.S., Freitas, G.F. & Hagopian, E.M. (2017). Men in nursing: academic education after graduation and professional trajectory. *Rev Enferm UFPE*, 11 (3), 1216-1226. Recuperado de <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/13497/16224>
 - D'Antonio, P. (2009). Thinking about place: researching and reading the global history of nursing. *Texto Contexto Enferm*, 18 (4), 766-772. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000400019>
 - Egan, B. (2021). *The Male Nurse: Benefits and Percentages of Men in Nursing*. Southern New Hampshire: University of New Hampshire. Recuperado de <https://www.snhu.edu/about-us/newsroom/health/male-nurse>
 - Evans, J. (2004). Men nurses: a historical and feminist perspective. *Journal Adv Nurs*, 47 (3), 321-328. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03096.x>
 - Ferreiro-Ardións, M., Lezaun-Valdubieco, J. & Correyero-Tadeo, F. (2019). Consideraciones sobre el cirujano comadrón en los siglos XVIII y XIX, el caso de Vitoria (Álava, España). *Cultura de los Cuidados*, 23 (55). <https://doi.org/10.14198/cuid.2019.55.09>
 - Guimarães, A. (1987). *História de Itajubá*. Belo Horizonte: Imprensa Oficial.
 - Lopes, M.J.M. & Leal, S.M.C. (2005). A feminização presente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. *Cadernos Pagu*, 24 (1), 105-125. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a06.pdf>



- McDonald L. (2019). Florence Nightingale, gender issues, and men in nursing. In: *The Collected Works of Florence Nightingale*. Canada: University of Guelph. Recuperado de <http://nightingalesociety.com/wp-content/uploads/2019/12/7-Florence-Nightingale-gender-issues-letter.pdf>
- McKinlay, A., Cowan, S., McVittie, C. & Ion, R. (2010). Student nurses' gender-based accounts of men in nursing. *Science Direct*, (5), 345-349. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187704281001476X>
- Machado MH (Coord.). (2017). *Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final*. Rio de Janeiro: Nerus-Daps-Ensp/Fiocruz. Recuperado de <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>
- Paixão, W. (1979). *História da enfermagem*. Rio de Janeiro: Júlio C. Reis.
- Pereira, F.D.O., Dantas, R.B., Oliveira, D.R.C., Padilha, M.I. & Teodósio, S.S.S. (2019). Biografias de enfermeiras brasileiras: constructos da identidade da profissão. *Hist Enferm Rev Electron*, 10 (2), 23-34. Recuperado de <http://here.abennacional.org.br/here/v10/n2/a2.pdf>
- Peterson, S.W. (2008). Father surrogate: historical perceptions and perspectives of men in nursing and their relationship with fathers in the NICU. *Neonatal Netw*, 27 (4), 239-243. <https://doi.org/10.1891/0730-0832.27.4.239>
- Porto, F., Campos, P.F.S. & Oguisso, T. (2009). Cruz Vermelha Brasileira (Filial São Paulo) na imprensa (1916-1930). *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 13 (3), 492-499. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/ean/a/WL7MVtGsNRPHtyzGk9JXBQt/?format=pdf&lang=pt>
- Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn). (1964). Homens para a Enfermagem. *Rev Bras Enferm*, 17(6), 499. Recuperado de http://reben.com.br/pdf/1964/v17n6_reduzido.pdf
- Ribeiro, A.A.A. & Freitas, G.F. (novembro de 2019). Turma 1963 da EEWB: pioneira na mixidade de gênero. 1º Congresso Internacional sobre o Ensino de História da Enfermagem, *Laboratório de Estudos em História da Enfermagem*, Ribeirão Preto, Brasil. Recuperado de <http://www.abradhenf.com.br/admin/libraryImage/13/16061720735fbc3da96e289.pdf>
- Shin, J.H., Seo, M.H. & Lee, M.I. (2016). Nursing Jobs and Gender in our age of convergence: Research on Male Nurses. *Journal of Digital Convergence*, 14 (3), 287-297. <https://doi.org/10.14400/JDC.2016.14.3.287>
- Vitorino, D.F.P., Hertel, V.L. & Simões, I.A.R. (2012). Percepção de moradores de uma cidade de minas gerais sobre o profissional de enfermagem do gênero masculino. *REME Rev Min Enferm*, 16 (4), 528-537. Recuperado de <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v16n4a08.pdf>
- Zeb, H., Younas, A., Rasheed, S.P. & Sundus, A. (2020). Lived Experiences of Male Nurse Educators: An Interpretive Phenomenological Inquiry. *Journal of Professional Nursing*, 36 (3), 134-140. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2019.10.005>

Biografía de la enfermera brasileña Edith de Magalhães Fraenkel y su iconografía fotográfica (1942-1955)

Biography of the Brazilian nurse Edith de Magalhães Fraenkel and her photographic iconography (1942-1955)

Biografia da enfermeira brasileira Edith de Magalhães Fraenkel e sua iconografia fotográfica (1942-1955)

Anesilda Alves de Almeida Ribeiro^{1*}; Ariel Augusto da Silva²; Magali Hiromi Takashi³; Genival Fernandes de Freitas⁴

¹Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Gerenciamento em Enfermagem. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3947-6001>; Correo electrónico: anesilda.almeida@gmail.com.

²Membro do Grupo de Pesquisa "História, Bioética e Legislação em Enfermagem". Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3677-0990>; Correo electrónico: ariel.augusto@usp.br.

³Doutora em Ciências. Membro do Grupo de Pesquisa "História, Bioética e Legislação em Enfermagem". Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7774-7178>; Correo electrónico: magalitik@gmail.com

⁴Doutor em Ciências. Professor Titular. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-4922-7858>. Correo electrónico: genivalf@usp.br

Cómo citar este artículo: Ribeiro, A. A., Silva, A. A., Takashi, M. H., & Freitas, G. F. (2023). Biografía de la enfermera brasileña Edith de Magalhães Fraenkel y su iconografía fotográfica (1942-1955). *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(66). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.66.07>

Received: 08/01/2023

Accepted: 14/04/2023.



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

***Correspondencia:** Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419. Bairro Cerqueira César. Departamento de Orientação Profissional. São Paulo. CEP: 05403-000 – São Paulo/SP. Brasil.

Abstract: Introduction: The article presents the professional biography of a great leader in Brazilian nursing, narrated from photographs and documents from the period. Objective: to describe the biography of nurse Edith de Magalhães Fraenkel and analyze the content of her photographic iconography, covering the period from 1942 to 1955. Methodology: This is a qualitative, historical-social and biographical research, guided by the methodology of analysis and interpretation of photographic sources, by Boris Kossoy. Results: Edith de Magalhães Fraenkel was a leading figure in Brazilian and São Paulo nursing. She had a notable performance in care, teaching and management of nursing schools and fought tirelessly to promote the development of the profession in Brazil and South America. The organization and curricular innovations implemented in the nursing course during her administration as the first director of the School of Nursing of the University of São Paulo are remarkable. She promoted the enrollment of men and women, white and black, from different social classes and of Brazilian and foreign nationality. Conclusion: Through Edith's direction, the School of Nursing of the University of São Paulo became a pioneer in promoting a culture of gender equality and valuing sociocultural diversity among students.

Keywords: History of Nursing; biography; photograph; schools, nursing; organization and administration.

Resumen: Introducción: El artículo presenta la biografía profesional de un gran líder de la enfermería brasileña, narrada a partir de fotografías y documentos de la época. Objetivo: describir la biografía de la enfermera Edith de Magalhães Fraenkel y analizar el contenido de su iconografía fotográfica, de 1942 a 1955. Metodología: Se trata de una investigación cualitativa, histórico-social y biográfica, guiada por la metodología de análisis e interpretación de fuentes fotográficas de Boris Kossoy. Resultados: Edith de Magalhães Fraenkel fue una figura destacada de la enfermería brasileña y paulista. Tuvo un desempeño notable en la atención, docencia y gestión de escuela de enfermería y luchó incansablemente por promover el desarrollo de la profesión en Sudamérica. Son notables las innovaciones curriculares implementadas en el curso de enfermería durante su mandato como primera directora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo. Ella promovió la matrícula de hombres y mujeres, blancos y negros, de diferentes clases sociales y de nacionalidad brasileña y extranjera. Conclusión: A través de la dirección de Edith, la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo se convirtió en pionera en promover una cultura de igualdad de género y valorar la diversidad sociocultural entre los estudiantes.

Palabras-clave: Historia de la Enfermería; biografía; fotografía; facultades de enfermería; organización y administración.

Resumo: Introdução: O artigo apresenta a biografia profissional de uma grande líder da enfermagem brasileira, narrada a partir de fotografias e documentos de época. Objetivo: descrever a biografia da enfermeira Edith de Magalhães Fraenkel e analisar o conteúdo de sua iconografia fotográfica, referente ao período de 1942 a 1955. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, histórico-social e biográfica, guiada pela metodologia de análise e interpretação das fontes fotográficas, de Boris Kossoy. Resultados: Edith de Magalhães Fraenkel foi uma figura de revelado da enfermagem brasileira e paulista. Ela teve notória atuação na assistência, ensino e gestão de escola de enfermagem e lutou, incansavelmente, pela promoção do desenvolvimento da profissão, no Brasil e América do Sul. É notável a organização e as inovações curriculares implantadas no curso de Enfermagem, durante sua gestão como primeira diretora da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Ela promoveu a matrícula de homens e mulheres, brancos e negros, de classes sociais diversas e de nacionalidade brasileira e estrangeira. Conclusão: Através da direção de Edith a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo se tornou pioneira na promoção da cultura da igualdade de gênero e de valorização da diversidade sociocultural entre o alunado.

Palavras-chave: História da Enfermagem; biografia; fotografia; escolas de enfermagem; organização e administração.

INTRODUÇÃO

Estudos biográficos em enfermagem têm por característica a descrição e análise da história de vida profissional, obras e legado de personalidades marcantes, construídas a partir de documentos, artigos, livros, diários, relatórios e atas de reuniões (Oguisso, Freitas, Takashi, 2013; Pereira, Dantas, Oliveira, Padilha, Teodósio, 2019). Uma fonte de dados muito valorizada é a entrevista, que podem ser realizadas com participantes, o que incluem os próprios biografados e pessoas que acompanharam de perto suas carreiras (Mancia, Padilha, 2006). A importância da biografia, individual e coletiva, é servir de inspiração na construção da identidade profissional da nova geração de enfermeiras e enfermeiros (Padilha, Nelson, Borenstein, 2011).

Estudo biográfico do coletivo de diretoras de uma escola de enfermagem revela a importância da formação profissional e qualificação adequada para a ocupação do cargo

de direção em instituição de ensino superior. Do mesmo modo que, aborda as particularidades inerentes ao cargo, como adoção de um modelo de gerenciamento eficiente e a influência do contexto histórico e social na atividade de liderança (Braga, Ribeiro, 2020).

Uma das pioneiras da enfermagem brasileira é a enfermeira Edith de Magalhães Fraenkel. Sua história de vida é inspiradora e seu nome é sempre citado em eventos e reuniões profissionais, devido a sua contribuição no âmbito da assistência, ensino, direção de escola de enfermagem e de entidade de classe. Pelo legado deixado à enfermagem, ela é considerada o maior vulto da história da enfermagem brasileira (Oguisso, Freitas, Takashi, 2013).

Edith de Magalhães Fraenkel nasceu no Rio de Janeiro, em 9 de maio de 1889, sendo a única mulher, dentre cinco filhos do casal Aldina de Magalhães e Karl Fraenkel. O pai foi diplomata e trabalhou no Consulado Brasileiro na Alemanha, Suécia e Uruguai. Edith teve uma educação esmerada e dominava os idiomas: Inglês, Português, Italiano, Francês, Alemão e Espanhol. As vivências e experiências fora do país e a formação como professora primária, ajudaram Edith na profissão escolhida – Enfermagem (Mancia, Padilha, 2006).

O envolvimento de Edith com a saúde pública iniciou no período da Primeira Guerra Mundial (1914-1918). Aos 25 anos, fez o curso de Enfermeiras de Guerra, da Cruz Vermelha Brasileira, filial Rio de Janeiro, onde aprendeu a cuidar de doentes e assistir famílias em vulnerabilidade social. Atuou como voluntária da Cruz Vermelha e trabalhou no combate à Gripe Espanhola em 1918. Após concluir os cursos de Primeiros Socorros e de Visitadoras do Serviço de Tuberculose, atuou como Chefe do Serviço de Visitadoras Sanitárias, do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) (Oguisso, Freitas, Takashi, 2013).

Em 1921, foi convidada pela enfermeira Ethel Parsons, Chefe do Serviço de Enfermagem do DNSP, para fazer o curso de Enfermagem nos Estados Unidos da América, mediante bolsa de estudos da Fundação Rockefeller (FR) e no ano de 1925, recebeu o diploma da Philadelphia General School of Nursing, escola destinada à formação de enfermeiras líderes. De volta ao país, ingressou no corpo de magistério da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), atuando como professora e orientadora de ensino. Em paralelo, ajudou a criar a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). Tais experiências lhe deram bagagem para que em 1927 assumisse a chefia da Divisão de Enfermagem do DNSP (Mancia, Padilha, 2006).

No ano de 1940, foi convidada pela FR para organizar e dirigir a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), que estava em fase de criação. Antes de assumir o cargo, a fundação concedeu-lhe outra bolsa de estudo para os Estados Unidos e Canadá, onde fez visitas técnicas e estudou o processo de organização e o conteúdo curricular de escolas de enfermagem norte-americanas. Ao retornar em julho de 1941, aos 52 anos, integrou a comissão de planejamento da sede, base administrativa e internato da EEUSP e simultaneamente, organizou o serviço de enfermagem do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP). Edith atuou como diretora da escola de 1942 a 1955, tendo implantado grandes inovações na grade curricular do curso de Enfermagem e acompanhado a matrícula e formatura das

primeiras turmas, constituídas por estudantes diferenciados e com características diversificadas (Oguisso, Freitas, Takashi, 2013).

Vários pesquisadores já escreveram a sùmula biogràfica de Edith de Magalhães Fraenkel, destacando aspectos relevantes de sua atividade profissional (Rodrigues, 1986; Mancia, Padilha, 2006; Secaf, Costa, 2010; Oguisso, Freitas, Takashi, 2013). Entretanto, poucos apresentaram uma iconografia fotogràfica como evidência do trabalho dessa personalidade històrica e primeira diretora da EEUSP.

Considerando a importància dessa ilustre figura na construçaõ da història da EEUSP e o papel da fotografia como testemunha dos fatos, desenvolveu-se um estudo tendo por objetivo: descrever a biografia da enfermeira Edith de Magalhães Fraenkel e analisar o conteúdo de sua iconografia fotogràfica, referente ao período de 1942 a 1955.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa, històrico-social e biogràfica. Os dados foram coletados de cinco fotografias do acervo iconogràfico do Centro Històrico Cultural da Enfermagem Ibero-Americana (CHCEIA), da EEUSP, referentes ao período històrico em que Edith de Magalhães Fraenkel foi diretora da escola, correspondente ao recorte temporal de 1942 a 1955. Neste espaço de tempo ocorreram à implantaçaõ do curso de Enfermagem e de Auxiliar de Enfermagem, construçaõ da sede pròpria e do internato da EEUSP além das cerimônias de formatura das primeiras turmas.

A leitura das imagens foi guiada pela metodologia de análise e interpretaçaõ das fontes fotogràficas, proposta pelo teòrico e historiador de fotografia Boris Kossoy. A metodologia é composta por duas fases: análise iconogràfica e interpretaçaõ iconològica (Kossoy, 2004).

A análise iconogràfica partiu da observaçaõ livre de cada fotografia, identificaçaõ do conteúdo da imagem e extraçaõ das informaçaões contidas na fotografia. Esta fase contemplou a descriçaõ detalhada e a análise dos elementos constitutivos formais da imagem, destacando a forma como a personalidade biografada foi retratada; cenàrio da fotografia; motivo do registro fotogràfico; postura, vestimentas e acessòrios usados pelos personagens fotografados; objetos no entorno deles; data e local do evento registrado pelo fotògrafo.

A interpretaçaõ iconològica demandou um mergulho na cena registrada na fotografia e consulta a fontes literàrias e documentais da història da enfermagem brasileira. A estratègia de comparaçaõ do momento històrico da imagem com o contexto cultural e social no seu entorno ajudou na interpretaçaõ da imagem fotogràfica, conferindo validade e autenticidade ao estudo. O produto final foi materializado num texto sùntese, contendo a història de vida profissional de Edith e informaçaões sobre o momento congelado no plano das fotografias.

A pesquisa seguiu os princípios éticos da Resolução 510/2016, do Ministério da Saúde, que versa sobre uso de fontes de pesquisa de acesso público, dispensa apreciação do projeto a Comitê de Ética em Pesquisa e prevê o respeito à honra e a imagem da pessoa pesquisada (BRASIL, 2016).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo apresenta como resultado a descrição dos elementos das imagens fotográficas, identificação e caracterização dos personagens retratados e a discussão do contexto social e histórico das cenas registradas nas fotografias de Edith de Magalhães Fraenkel, durante o período de exercício do cargo de diretora da EEUSP. A primeira fotografia analisada faz referência à ligação da Fundação Rockefeller com a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Edith de Magalhães Fraenkel.

Ao observar a fotografia (Figura 1), nota-se que os alvos do fotógrafo foram Edith e Nelson Rockefeller. O ato registra o momento do encontro dos personagens, onde eles trocam um firme aperto de mão. O cenário mostra materiais de construção, parede sem reboco e dois homens não identificados.

Figura 1. Edith com Nelson Rockefeller no canteiro de obras da EEUSP. São Paulo, setembro de 1942.



Fonte: Acervo do CHCEIA

À época, Nelson Rockefeller era o representante da FR, instituição que financiou a construção da EEUSP, e Edith a diretora convidada para administrar essa instituição de ensino da enfermagem. A visita deles ao canteiro de obras era um ato natural de vigilância e acompanhamento das obras da sede da escola. A fotografia (Figura 1) registrou um momento histórico simbólico, de reafirmação do acordo firmado entre esses dois personagens, em prol da garantia do funcionamento da EEUSP.

A análise da fotografia mostra que Edith e Nelson Rockefeller estão em postura de respeito mútuo, cortesia, olhando nos olhos e se cumprimentando de forma digna. O fato de ambos estarem alinhados um de frente para o outro chama a atenção, tendo em vista o contexto da época, década de 1940, um período em que era incomum a mulher ser tratada de forma igualitária pelos homens, principalmente em uma relação de negócio, levando em consideração, que Nelson Rockefeller era cidadão americano, empresá-

rio de sucesso, originado de uma familiar milionária dona de império no ramo de petróleo, enfim, um homem muito importante no cenário empresarial internacional, fato este que demonstra a influência, poder e respeito que a enfermeira Edith possuía.

A formação profissional em solo americano; a experiência junto a EEAN; o trabalho desenvolvido no DNSP; o fato de ser uma mulher determinada, responsável e comprometida com a saúde da população; o desempenho na ABEn e na Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), fizeram com que ela fosse notada pelas enfermeiras da Missão Americana e pela Fundação Rockefeller. Eles a convidaram para assumir o cargo de primeira diretora da EEUSP, tendo por missão construir uma instituição de ensino de referência para o Brasil e América Latina, de formação profissional, produção e difusão de conhecimento científico de enfermagem (Mancia, Padilha, 2006; Oguisso, Freitas, Takashi, 2013).

A imagem icônica de Edith perante esse empresário importante no mercado financeiro mundial destaca e evidencia a importância da luta da mulher brasileira pelo reconhecimento do seu valor e pelo direito de ocupar um espaço no mundo do trabalho. Edith conquistou isso por meio de uma educação emancipatória e das batalhas que já travava pela garantia de respeito às mulheres, junto aos movimentos feministas daquela época (Secaf, Costa, 2010). O momento inicial de valorização da mulher, vivido nas primeiras décadas do século XX, foi eternizado pela fotografia (Figura 1) de Edith no canteiro de obras da EEUSP.

A segunda fotografia analisada faz referência à formatura da primeira turma de enfermeiras diplomadas pela EEUSP. A fotografia (figura 2) tem como cenário um ambiente organizado e bem decorado. Os personagens são as formandas da Turma de 1946, a diretora da EEUSP Edith de Magalhães Fraenkel, a professora Maria Rosa Sousa Pinheiro e o médico Benedicto Montenegro, diretor da FMUSP, da qual a escola de enfermagem era anexa. Os personagens usam traje especial, de uso exclusivo em cerimônia de colação de grau, a Beca. As formandas trazem nas mãos um papel branco enrolado, representando simbolicamente o diploma de enfermeira, recém-conquistado. O traje da diretora, do diretor e da professora de enfermagem possui um adorno na parte superior. A vestimenta de Benedicto Montenegro tem um tecido envolvendo toda a parte da frente do seu tronco.

Figura 2. Edith de Magalhães Fraenkel com Benedicto Montenegro, na Colação de Grau da Turma de 1946, da EEUSP. São Paulo, 25 de janeiro de 1947.



Fonte: Acervo do CHCEIA

Na fotografia (Figura 2), podemos notar a ausência de uma das formandas. A Turma de 1946 da EEUSP foi composta por 16 formandas, de um total de 38 alunas matriculadas. Logo no primeiro ano do curso ocorreram 16 desistências. A evasão decorreu do ritmo de trabalho imposto às estudantes. O curso exigia 34 meses de ensino efetivo, 44 horas semanais de atividades e dois meses de férias. A rotina das alunas era muito pesada e diferente da que estavam acostumadas anteriormente, visto que a maioria exercia o magistério primário, sendo professoras da rede estadual de ensino de São Paulo (Carvalho, 1980).

A condição de ingresso das primeiras alunas da EEUSP era ser professora normalista, essa exigência deveu-se ao interesse da escola de admitir alunas com grau de escolaridade diferenciado e já contar com experiência em magistério. Além disso, o Governo do Estado de São Paulo facilitou o comissionamento das professoras primárias lotadas no serviço público para que realizassem o curso de Enfermagem. Ambas as instituições visavam iniciar e manter um curso de Enfermagem de padrão elevado, compatível com os demais cursos da Universidade de São Paulo (Oguisso, Freitas, Takashi, 2013).

As pioneiras sofreram algumas consequências na fase inicial da EEUSP, como estágios penosos no Hospital das Clínicas e o fato de não estudarem na sede oficial da escola, pois a inauguração da obra ocorreu no dia 31 de outubro de 1947, como não dispunha de sede, as atividades da escola e de formação das alunas ocorreram em laboratórios da Faculdade de Medicina e em salas de aula improvisadas dentro do Hospital das Clínicas, local que servia também de residência das alunas, diretora e professoras (Carvalho, 1980). A presença do professor Benedicto Montenegro é de fundamental importância na fotografia analisada (Figura 2), pois ocupava o cargo de diretor da Faculdade de

Medicina (1941-1947), além de ter sido Vice Reitor da USP (1941-1946), fazendo-se presente nos eventos da escola desde a aula inaugural do curso, em 1943, até a formatura da Turma das Pioneiras, em 1947.

A terceira fotografia analisada traz a composição completa das dezesseis formandas da Turma de 1946, dispostas ao redor da diretora Edith.

Figura 3. Edith de Magalhães Fraenkel com as 16 formandas da Turma de 1946.



Fonte: Acervo do CHCEIA

A fotografia (Figura 3) é constituída pela imagem de rosto e da parte superior do tronco de 17 mulheres, identificadas nominalmente, onde se vê ao centro a diretora Edith ladeada pelas diplomadas da Turma de 1946, da EEUSP, todas estão vestidas com uniforme branco, cabelos presos, maquiagem e a touca de enfermeira – símbolo da profissão.

É possível observar também a diferença entre o modelo de touca das diplomadas, sendo mais larga e com aba, em contraponto temos a touca da diretora Edith que é menor, mais alta e formada por tecido em pregas, pois esta segue o modelo da escola americana onde ela realizou o curso de Enfermagem. O uso da touca de enfermeira, assim como o uniforme branco tinha como significado para as formandas o compromisso e a responsabilidade assumidos na cerimônia de colação de grau (Peres, Padilha, 2014).

Para a diretora Edith, o significado do uniforme era o mesmo, a responsabilidade pela gestão da escola e transmissão de conteúdo científico de enfermagem. A postura, o olhar centrado, semblante sereno, demonstra a firmeza de caráter, determinação e

capacidade de trabalho dela, as características de sua personalidade chamaram à atenção das enfermeiras da época e foi motivo de registrado em livro e artigo científico, escrito e publicado por uma formanda da primeira turma da EEUSP (Carvalho, 2012; Carvalho, 1980).

Outro detalhe que prende o olhar do observador na fotografia (Figura 3) é a presença exclusiva de mulheres, condição específica da enfermagem, no Brasil, até meados do século XX, pois o curso de Enfermagem da EEUSP, iniciado em 1943, recebeu a matrícula do primeiro aluno do gênero masculino em 1950. Este fato se justifica porque a profissão de enfermagem, criada pela inglesa Florence Nightingale, tinha por característica ser exclusiva para mulheres e este modelo foi introduzido nas escolas de enfermagem da América do Norte e do Brasil. Posteriormente, sofreu modificações e adaptações, passando a acolher alunos homens.

Para as formandas da Turma de 1946, fazer um curso de Enfermagem era simbólico e representava a contestação ao sistema patriarcal e à sociedade machista da época, essas pioneiras fizeram valer os direitos feministas até então conquistados pelas brasileiras, a enfermagem acompanhou de perto e evoluiu junto com essas mulheres corajosas e independentes. Ao se qualificarem para o mercado de trabalho, as pioneiras da EEUSP foram conquistando espaços, usufruindo de direitos e melhorando a saúde da população e a formação para o cuidado de si e do outro. Além disso, abriram caminhos para o ingresso de mais mulheres nas profissões ligadas a ciências da saúde (Freitas, Bonini, Silva, Silva, Mattozinho, 2016).

A quarta fotografia analisada constituiu no registro da presença da mulher negra no grupo de formandas da EEUSP.

Figura 4. Edith de Magalhães Fraenkel com as formandas da Turma de 1951



Fonte: Acervo do CHCEIA

A imagem (Figura 4) retrata a tradicional fotografia de formatura. Desde os princípios da EEUSP, é registrada uma imagem com todas as formandas, vestidas de Beca, junto com a diretora. Essa fotografia traz o registro oficial da formatura da Turma de 1951. O cenário é o auditório da EEUSP, atualmente denominado Auditório Maria Rosa Sousa Pinheiro, nome dado em homenagem à segunda diretora da escola, gestão 1955-1978. O ambiente foi decorado com flores e traz as bandeiras do Estado de São Paulo e do Brasil.

Nesse recinto encontram-se 26 mulheres, dispostas em duas filas, onde se vê sentada ao centro a diretora Edith e, ao redor dela, as 25 formandas, todas as personagens estão elegantemente arrumadas e com penteados em modelos variados. Na fileira do fundo, encontram-se 16 formandas, em pé, alinhadas lado-a-lado. Na primeira fila posicionam-se 10 mulheres, sentadas, com as mãos sobre o colo.

A importância dessa fotografia está no registro da presença de uma formanda do Uruguai, Evangelista Suna, não identificada sua localização na fotografia e a presença de uma negra, que se encontra na segunda fila, em pé, no canto direito da imagem, infelizmente, não foi possível identificar nominalmente essa formanda. Contudo, sabe-se que ela não foi a primeira estudante negra da EEUSP. Nos documentos históricos da escola consta o registro de alunas da Turma de 1947 que se autodeclararam não brancas, dentre as quais Josephina de Mello, da Amazônia, e Lúcia de Conceição da Costa, do Pará, sendo essas bolsistas do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), recebendo ajuda financeira para manter as despesas em São Paulo (Carvalho, 1980).

Apesar da formanda da Turma de 1951 não ser a primeira negra da EEUSP, o registro fotográfico é significativo e de grande valor histórico, pois revela a dificuldade de acesso ao curso de Enfermagem pelos negros e indígenas, dois dos três povos que deram origem ao povo brasileiro. Numa imagem com 26 mulheres, nota-se apenas uma negra e nenhuma indígena, isso chama a atenção, pois se trata de um ambiente de formação profissional de uma universidade pública e que deveria contar com a presença de representantes das múltiplas culturas habitantes em nosso país. Embora Edith tenha promovido ações para facilitar a igualdade de acesso no ambiente da escola, foram poucos os negros e indígenas que conseguiram ingressar na instituição. É notório que os institutos e escolas da USP, dentre os quais a EEUSP, diplomam majoritariamente profissionais de cor branca, de origem europeia.

O esforço de Edith na promoção de acesso ao curso de Enfermagem foi reconhecido no âmbito acadêmico. Estudo mostra que a EEUSP, desde 1943, redimensionou a enfermagem brasileira ao reintegrar mulheres negras na formação profissional no Brasil, as mulheres não brancas formadas pela EEUSP, além de vencerem preconceitos, revogavam representações atribuídas à enfermagem brasileira (Campos, Oguisso, 2008).

A quinta fotografia analisada traz o registro da presença masculina na EEUSP.

Figura 5. Edith de Magalhães Fraenkel com os auxiliares de enfermagem, 1955.



Fonte: Acervo CHCEIA

Na fotografia (Figura 5) observa-se a diretora Edith e a professora Anayde Corrêa de Carvalho, rodeadas pelos formandos da primeira turma do curso de Auxiliar de Enfermagem, formados em 1955, a EEUSP manteve a formação de auxiliares até 1963 (Carvalho, 1980). No cenário veem-se dezenove personagens, sendo o grupo constituído pelas personagens já mencionadas, quinze formandas do gênero feminino e dois formandos do gênero masculino. Todos devidamente posicionados em pé e distribuídos em duas fileiras: na fileira da frente, encontram-se nove formandas, ao fundo, estão à diretora Edith e a professora Anayde Correia, no centro da imagem; no entorno delas estão distribuídas seis formandas do gênero feminino e, nas extremidades da fileira, os dois formandos do gênero masculino.

Nota-se na imagem (Figura 5), a diferença de vestimentas entre as formandas e as figuras que representam a escola, além de ressaltar a tradição do uniforme branco da enfermagem, em contraposição a diretora Edith e a professora Anayde que estão com traje social, em tom escuro. O modelo feminino é composto por vestido de botão, solto, de manga curta e com comprimento abaixo do joelho, sapato, meia cor da pele e touca, já o traje masculino é composto por camisa de botão, sem gola e calça comprida, um fato chama a atenção, os homens não usam acessório de cabeça.

O vestuário branco, utilizado na prática assistencial, em ambiente hospitalar ou de saúde pública, marca dos profissionais da saúde, foi eternizado na iconografia mundial sobre a enfermagem, identificado pela utilização de alguns acessórios, principalmente pela touca da enfermeira. Estudos mostram que os uniformes fornecem elementos de construção da identidade profissional, por meio do desenvolvimento do sentimento de pertencimento a instituição de ensino e ao grupo profissional (Salgueiro, 2000).

Além das duas figuras masculinas, a fotografia (Figura 5) releva a presença de uma aluna negra, reforçando a representatividade racial e de gênero na escola, essa particularidade coloca em destaque duas condições pouco visíveis nas turmas de formandos da EEUSP: que atualmente, ainda é pouco presente o gênero masculino e alunos de cor negra na instituição.

Estudos realizados pela Fundação Oswaldo Cruz, por iniciativa do Conselho Federal de Enfermagem, mostram que até hoje no Brasil, nas três categorias de profissionais de enfermagem, ocorre à predominância do gênero feminino. Em 2015, 85% da força de trabalho da Enfermagem brasileira era composto por mulheres, o aumento de homens na enfermagem é recente, mas essa condição só vem sendo notada desde a década de 1990 (COFEN, 2015).

A EEUSP teve importante papel na diplomação de homens na enfermagem brasileira, iniciado em 1950. O primeiro enfermeiro formando na escola foi Benone de Souza Lima, único homem em uma turma com 13 mulheres. Na Turma de 1955, composta por vinte e sete alunos, dois eram homens, são eles os enfermeiros Edvaldo Dias Lima, da Bahia, e Nestor Constantino, de São Paulo (Carvalho, 1980).

A fotografia (Figura 5) traz como marca o pioneirismo da EEUSP em relação à presença de homens e de mulheres negras nos cursos de Enfermagem. Essa condição é notável, pois a instituição está ligada a uma universidade elitista, formada majoritariamente de profissionais, servidores e alunos brancos. Assim, observa-se a magnífica importância da diretora Edith, já que essa mudança de perfil ocorreu sob sua direção, nos primórdios do funcionamento da escola (Freitas, Bonini, Silva, Silva, Mattozinho, 2016).

Além das observações e reflexões citadas, a importância da Figura 5 está ligada a outro aspecto: foi o último ano da atuação de Edith de Magalhães Fraenkel como diretora e professora da EEUSP, a imagem capta o semblante triste dela, que contrasta com a alegria dos formandos, condição ligada a um fato emblemático de sua vida profissional.

O ano de 1955 foi terrível para a diretora Edith, esse foi o último ano em que ela participou da cerimônia de formatura na EEUSP, tanto no curso de Enfermagem quanto no curso de Auxiliar de Enfermagem. Ocorreu que o então governador do Estado de São Paulo, Jânio da Silva Quadros, resolveu acatar uma denúncia de uma funcionária da escola, contra a diretora, ele demitiu Edith do cargo de diretora da EEUSP sem lhe dar direito de defesa, sob a alegação de que seu ato era “A bem do serviço público” - termo jurídico usado em penalidade disciplinar aplicada em caso de falta gravíssima, o que não era o caso dela. O processo de desligamento da instituição foi doloroso. Ela foi comunicada para, em 24 horas, deixar o cargo e o estabelecimento, local onde trabalhava e residia (Oguisso, Freitas, Takashi, 2013).



Em consulta ao processo administrativo sobre a demissão de Edith de Magalhães Fraenkel e a saída traumática da EEUSP, não foram encontradas informações relevantes sobre os reais motivos da demissão, o ato administrativo do governador cerceou a defesa da então diretora, que foi literalmente expulsa da escola a qual fundou e ajudou a alicerçar. A denúncia envolvia o fato de a referida ter utilizado produtos de higiene e a lavanderia da escola para lavar suas roupas. Em virtude de ser obrigatório o internato, a diretora, professoras e alunas moravam no prédio da escola, em alojamentos especialmente construídos para esse objetivo, logo, todo o enxoval dos residentes era lavado na lavanderia da escola, inclusive da diretora. É lamentável e absurdo o ocorrido, como mulher honesta e profissional disciplinada e dedicada, Edith não merecia ter passado por esse constrangimento.

De volta ao Rio de Janeiro, Edith trabalhou na Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, presidiu a Comissão Especial do Histórico da ABEn, fundou o Serviço Técnico de Enfermagem e criou a Casa de Saúde e Maternidade Santa Maria. Em 1968, afastou da enfermagem para tratamento de câncer, vindo a falecer aos 79 anos, no dia 5 de Abril de 1969. Seu corpo foi sepultado no Cemitério São João Batista.

O estudo da história de vida de Edith de Magalhães Fraenkel fez emergir algumas reflexões. É impressionante e inspirador constatar que na primeira metade do século XX, uma mulher solteira, aproveitando as oportunidades que teve, conseguiu estudar no exterior, diplomar-se em enfermagem e construir uma brilhante carreira, desenvolveu um trabalho fantástico e significativo na enfermagem, e empenhou para que o curso de Enfermagem e de Auxiliar de Enfermagem da EEUSP fizessem jus ao contexto universitário no qual estavam inseridos. Entre os principais trabalhos, destacam-se a implantação de um modelo de ensino de qualidade, com conhecimentos inovadores, e de gestão administrativa de excelência, construídos nos moldes das escolas norte-americanas e a introdução de conhecimento teórico-prático em psiquiatria, doenças transmissíveis e enfermagem rural.

Enquanto cidadã brasileira, Edith contribuiu na luta pela igualdade e por respeito para as mulheres que almejam uma carreira profissional. É notável a tentativa dela de democratizar o acesso ao ensino para todos os estudantes, brasileiros e estrangeiros, pois ao final de sua gestão, o curso de Enfermagem da EEUSP tinha estabelecido como característica formar mulheres e homens, brancos e negros, de classes sociais e nacionalidades diversas.

Outro ponto significativo de sua atuação como diretora foi à relação de amizade que manteve com as alunas pioneiras, criando diversas discípulas. Depois de formadas, várias foram contratadas como professoras, sendo responsáveis pela formação das novas gerações de enfermeiras, por isso sua forma de gerenciar garantiu a continuidade do modelo de ensino da escola de forma segura, pois a cada ano era entregue nas mãos

de profissionais que havia incorporado à identidade da escola. Isso favoreceu a perpetuação da difusão do conhecimento de qualidade e a incorporação da identidade EEUSP, pelas novas turmas de estudantes.

CONCLUSÃO

Nessa pesquisa focalizamos o trabalho desenvolvido por Edith de Magalhães Fraenkel, primeira diretora da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, gestão 1942 a 1955. Ao revisitarmos sua história de vida profissional e a trajetória na administração da EEUSP, tomamos consciência do grandioso trabalho por ela realizado em solo paulista.

Ao analisar as imagens fotográficas foi possível constatar que Edith de Magalhães Fraenkel dificilmente sorria durante a realização das fotografias. Sua expressão de rosto era sempre de seriedade. Sua postura era discreta e profissional, em conformidade ao cargo que exercia. Essa característica talvez ela tenha adquirido na infância, nos consulados onde o pai trabalhou, e possivelmente foi reforçada na escola americana onde se diplomou enfermeira. Apesar de contida e reservada, características principais de sua personalidade, Edith era querida e admirada pelas alunas e professoras da EEUSP.

As fotografias analisadas favoreceram, enquanto evidências históricas, a ampliação do conhecimento sobre a biografia da diretora Edith. A pesquisa revelou fatos de grande valor para a história da enfermagem brasileira, possibilitou o conhecimento da trajetória profissional de uma enfermeira de personalidade forte e gestora por excelência, promoveu a sensação de pertencimento à EEUSP e a identificação com as lutas das enfermeiras pioneiras, por melhores condições de ensino, teórico e prático.

A leitura das imagens apresentadas nesse estudo é uma das muitas possíveis sobre a biografia de Edith de Magalhães Fraenkel. Ela foi conduzida pela metodologia de análise e interpretação das fontes fotográficas, de Boris Kossoy, favorecendo a aquisição de outro olhar sobre o mundo das imagens e o domínio de extração de dados relevantes de fotografias. O resultado apresentado mostra o potencial do método e a possibilidade de uso em outras pesquisas envolvendo imagens e temas ligados à enfermagem. Lamentamos a impossibilidade de identificação de alguns personagens e dos fotógrafos, autores das fotografias.

O estudo traz duas contribuições significativas, o aprofundamento do conhecimento sobre a contribuição da enfermeira Edith de Magalhães Fraenkel para o desenvolvimento da enfermagem brasileira e a divulgação de uma metodologia de análise de fotografias com potencial para uso na pesquisa em história da enfermagem.



BIBLIOGRAFÍA

- Braga, C. G., & Ribeiro, A. A. A. (2020). As diretoras religiosas da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz (1955-2016). *Revista Mineira de Enfermagem*, (24), e-1276. Recuperado de <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20200005>
- BRASIL. (2016). Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510/2016: *ética em pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. Recuperado de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
- Campos, P. F. S., & Oguisso, T. (2008). A Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e a reconfiguração da identidade profissional da Enfermagem Brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61 (6), 892-898. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000600017>
- Carvalho, A. C. (1980). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: Resumo Histórico - 1942 - 1980. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 14, (suplemento), 1-271. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/zddDcgDSdHLKkNc5bJTzJGM/?format=pdf&lang=pt>
- Carvalho, A. C. (2012). *Edith de Magalhães Fraenkel*. São Paulo: EEUSP.
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. (2015). *Pesquisa inédita traça o perfil da enfermagem*. Recuperado de http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html
- Freitas, G.F., Bonini, B.B., Silva, E.C., Araújo, T.A., & Mattozinho, F.C.B. (2016). Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo: rastros de la historia de la profesionalización de la Enfermería en Brasil. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 20(46),74-85. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/61753/1/CultCuid_46_07.pdf
- Kossoy, B. (2004) Construção e desmontagem da informação fotográfica: teoria e prática. *Revista da USP*, 62, 224-232. Recuperado de <http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/13356/15174>
- Mancia, J. R. & Padilha, M. I. C. S. (2006). Trajetória de Edith Magalhães Fraenkel. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 59, especial, 432-437. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/reben/a/NdLkLPGp97jQWbPNQXYHGqg/?lang=pt>
- Oguisso, T., Freitas, G. F., & Takashi, M. H. (2013). Edith de Magalhaes Fraenkel: o maior vulto da Enfermagem brasileira. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47, (5), 1227-1234. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/fcmL-GcD35gx6XYKQPYQ33fb/?lang=pt&format=pdf>



- Padilha, M. I., Nelson S. & Borenstein M. S. (2011). As biografias como um dos caminhos na construção da identidade do profissional da enfermagem. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos*, 18, (suppl 1). Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0104-59702011000500013>
- Pereira, F. D. O., Dantas, R. B., Oliveira, D. R. C., Padilha, M. I. & Teodósio, S. S. S. (2019). Biografias de enfermeiras brasileiras: constructos da identidade da profissão. *Hist enferm Rev eletrônica*. 10, (2), 23-34. Recuperado de <http://here.abennacional.org.br/here/v10/n2/a2.pdf>
- Peres, M. A. A., & Padilha, M. I. C. S. (2014). Uniforme como signo de uma nova identidade de enfermeira no Brasil (1923-1931). *Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem*, 18, (1), 112-121. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/ean/a/jy8hxjWhPY77DDgLkHFyLCP/?lang=pt&format=pdf>
- Rodrigues, A. P. S. (1986). Prêmio “Edith de Magalhães Fraenkel” retrospectiva histórica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 7, (1), 93-112. Recuperado de <https://seer.ufrgs.br/rgenf/article/view/3666>
- Secaf, V., & Costa, H. C. B. A. (2010). *Enfermeiras do Brasil: história das pioneiras*. São Paulo: Seven System International.
- Salgueiro, N. (2000). O vestuário do pessoal de enfermagem (I): do negro ao branco imaculado. *Revista de Enfermagem Referência*, 1, (4), 79-87.

La historia de vida de la enfermera Águeda Medina Soto como elemento clave de la relevancia de la cultura de los cuidados en la enfermería de Jaén

The life story of the nurse Águeda Medina Soto as a key element of the relevance of the culture of care in nursing in Jaén

A história de vida da enfermeira Águeda Medina Soto como elemento chave da relevância da cultura do cuidado na enfermagem em Jaén

Manuel Linares Abad¹; & Pablo Cantero Castelló^{2*}

Cómo citar este artículo: Linares-Abad, M., & Cantero-Castelló, P. (2023). La historia de vida de la enfermera Águeda Medina Soto como elemento clave de la relevancia de la cultura de los cuidados en la enfermería de Jaén. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(66). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.66.08>

Received: 07/01/2023

Accepted: 21/04/2023



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

¹Diplomado en Enfermería. Matrón. Ldo. en Antropología Social y Cultural. Doctor por la Universidad de Jaén, Profesor Titular de Universidad (jubilado). Universidad de Jaén. Orcid:<https://orcid.org/0000-0002-4285-1335>; Correo electrónico: mlinares@ujaen.es

²Doctorando en Didáctica de las Ciencias Sociales (Educación: género, feminismos y ciudadanía). Universidad de Jaén. . Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2051-9478>; Correo electrónico: pcc00026@red.ujaen.es

* **Correspondencia:** Departamento de Didáctica de las Ciencias. Universidad de Jaén. Edificio "Humanidades y Ciencias de la Educación I" (D-2). Campus las Lagunillas, s/n. 23071. Jaén.

Abstract: In this proposal we present a feminist critical analysis of the importance that nurses have played, being the life story of the nurse Águeda Medina Soto an example of her relevance in Jaén. In this sense, the methodology that facilitates the study of our recent past is life history, this being part of a critical-reflective intergenerational analysis, establishing cause-effect between personal experiences, society and Nursing. In addition, linking it with the gender perspective, it provides us with another necessary analysis to reflect on how society was formed, the access and limitations that were presented to women of the time for incorporation into the nursing branch, in addition to the difference structural and recognition of sex-gender roles between women and men who exercised these trades (nurses and interns respectively). The results obtained show the usefulness offered by the life history, to make visible the differences both structural, academic and sex-gender differentiated practices associated with nurses and practitioners. In turn, make visible the social relevance of nurses within the health field in the culture of care, through the case of nurse Águeda.

Keywords: Nursing; history of nursing; culture of care; Life story; gender perspective.

Resumen: En esta propuesta presentamos un análisis crítico feminista de la importancia que han jugado las enfermeras, siendo la historia de vida de la enfermera Águeda Medina Soto un ejemplo

de su relevancia en Jaén. En este sentido, la metodología que nos facilita el estudio de nuestro pasado reciente es la historia de vida, siendo esta, parte de un análisis intergeneracional crítico-reflexivo, estableciendo causa-efecto entre las experiencias personales, la sociedad y la Enfermería. Además, enlazándolo con la perspectiva de género, nos presta otro un necesario análisis para reflexionar sobre cómo se conformaba la sociedad, el acceso y limitaciones que se presentaban a las mujeres de la época para la incorporación en la rama de enfermería, además de la diferencia estructural y de reconocimiento de los roles sexo-genéricas entre las mujeres y hombres que ejercían dichos oficios (enfermeras y practicantes respectivamente). Los resultados obtenidos muestran la utilidad que ofrece la historia de vida, para visibilizar las diferencias tanto estructurales, académicas y prácticas diferenciadas sexo-genéricas asociadas a las enfermeras y los practicantes. A su vez, visibilizar la relevancia social de las enfermeras dentro del ámbito sanitario en la cultura de los cuidados, a través del caso de la enfermera Águeda.

Palabras clave: Enfermería; historia de la enfermería; cultura de los cuidados; historia de vida; perspectiva de género.

Resumo: Nesta proposta apresentamos uma análise crítica feminista da importância que os enfermeiros têm desempenhado, sendo a história de vida da enfermeira Águeda Medina Soto um exemplo da sua relevância em Jaén. Nesse sentido, a metodologia que facilita o estudo do nosso passado recente é a história de vida, fazendo parte de uma análise intergeracional crítico-reflexiva, estabelecendo causa-efeito entre experiências pessoais, sociedade e Enfermagem. Além disso, articulando-a com a perspectiva de gênero, nos fornece mais uma análise necessária para refletir sobre como se formou a sociedade, os acessos e limitações que se apresentavam às mulheres da época para incorporação ao ramo da enfermagem, além da diferença estrutural e reconhecimento dos papéis sexo-gênero entre mulheres e homens que exerciam esses ofícios (enfermeiros e estagiários, respectivamente). Os resultados obtidos mostram a utilidade oferecida pela história de vida, para tornar visíveis as diferenças estruturais, acadêmicas e práticas diferenciadas de gênero associadas a enfermeiros e profissionais. Por sua vez, visibilizar a relevância social dos enfermeiros da área da saúde na cultura do cuidado, através do caso da enfermeira Águeda.

Palavras-chave: Enfermagem; história da enfermagem; cultura do cuidado; historia de vida; perspectiva de gênero.

INTRODUCCIÓN

La enfermería es un trabajo fundamental que expresa la gran importancia de los cuidados en el desarrollo humano y social (Ramírez y Opazo, 2018). Dicha profesión fue llevada a cabo exclusivamente por mujeres (Linares, 2009), cuyos criterios de acceso y desarrollo de la carrera de enfermera eran muy estrictos y con unas características muy específicas. En este estudio, se pudo mostrar los criterios de admisión al cuerpo de enfermería de los años 50 en España, y en concreto, Jaén capital, entre los que destacaban tener una determinada edad (18-40 años), ser viuda o soltera sin hijos, gozar de buena salud, acreditación de buena conducta y moral, y estar dispuesta a un régimen de internado (Boletín Oficial de Jaén (24-01-1950, pp.3-4), constatando las barreras para aquellas mujeres que querían acceder a dicha formación si se encontraban casadas o con hijos, ya que debían dedicarse al hogar. No obstante, la enfermería era tratada exclusivamente de mujeres debido a su carácter de cuidados (Cabrera, 2015) influenciados por las tareas estipuladas de enfermería a principios del siglo XX (Cabrera, 2015) como eran el aseo, desinfección y limpieza de salas,

además de enfermas y enfermos, con una estrecha vinculación con el carácter voluntario y humanitario que instauraba dicha profesión (Cabrera, 2015). Su necesidad de especialización nació por la escasa formación recibida para atender a la gran cantidad de enfermos y enfermas de la Guerra Civil Española mediante “cursos rápidos” (Martínez, 2013), aunque fue impulso para su posterior formación académica e inserción laboral (Antón, Hallett y Wakefield, 2005). Tras este periodo de entreguerras, dichas tareas sesgadas por género fueron aún más asentadas tras la llegada de la ideología franquista y la Sección Femenina. De hecho, la profesionalización de los practicantes fue bastante más previa (Real Orden de 26 de junio de 1860) a diferencia de la del cuerpo de enfermería de mujeres (Real Orden de 7 de mayo 1915) alentada por la Orden de las Siervas de María, con diferencias notorias entre ambos (Ornat, 2015), puesto que debido a la aparición en España de la Ley de Bases para la Instrucción Pública (Ley Moyano, 1857), se reguló todas las profesiones sanitarias existentes en el país a excepción de la enfermería. Aun así, el trabajo de enfermera seguía siendo tratado como un oficio, y no como una carrera universitaria. Esto se debía a que sus desempeños eran considerados como tareas domésticas realizadas por personas con baja cualificación (Cabrera, 2015). Por otro lado, es curioso nombrar que, en este periodo época, el cuidado de las enfermas y enfermos hospitalizados eran realizados por congregaciones religiosas, como la Orden de San Juan de Dios y San Vicente de Paúl. También, es interesante mostrar la vestimenta obligatoria que debían portar las enfermeras (vestido blanco de manga larga y cuello cerrado hasta por debajo de las rodillas, medias y zapatos de tacón de cuña, todo de color blanco), además del régimen de internado durante los estudios que no debían hacer los hombres practicantes (Boletín Oficial de Jaén 24-01-1950, p.4).

En definitiva, los practicantes contaban con una necesaria formación universitaria (Real Decreto de 27 de abril de 1901 y Real Orden del 10 de agosto de 1904) a diferencia de la enfermería, que cuyo colegiado apareció con la Orden 4 de julio de 1955 (ATS), pero que cuya inclusión de la enfermería en la universidad fue con la Orden de 31 de octubre de 1977 (siendo ya mixta), a pesar de que sus conocimientos eran muy semejantes, con diferencias salariales, sustentando una jerarquización de dominación patriarcal.

METODOLOGÍA: HISTORIAS DE VIDA

La Historia es conformada por una multiplicidad de realidades que la van construyendo con el paso del tiempo en un periodo histórico concreto (Santamarina y Marinas, 1995). Una de estas realidades que nos aporta información sobre nuestro pasado reciente es la historia de vida. La historia de vida nos transmite información vivencial personal sobre acontecimientos de sus propias experiencias de vida y los conocimientos que aprendió (Pereira de Queiroz, 1991), haciendo que “lo escondido sea visible” (Lucca y Berríos, 2003, p.4). Además, es un proceso indagativo cualitativo donde la persona investigadora es narradora de dicha historia de vida (Pereira de

Queiroz, 1991), bajo un marco ético (Exequiel Emanuel, citado en Botto, 2011), fruto de la curiosidad, escucha activa y claridad de las ideas de la persona investigadora (Tójar, 2006). Por otro lado, la persona elegida es una persona cuya experiencia es trascendente para la sociedad (Pereira de Queiroz, 1991; Blumer, 1969) siendo una unidad de análisis relevante para la comprensión y análisis de las relaciones sociales, combinando las experiencias individuales y realidades sociales (Suely, 1998). Dicha metodología ha consistido en, siguiendo el modelo de Cornejo et al. (2008), que permite enlazar la elección del tema hasta llegar a la transcendencia social del mismo desde un diálogo intergeneracional y ético. Este método de investigación cualitativa es poco utilizado en el campo de investigación de la enfermería (Velasco, 1999), siendo un campo de análisis muy necesario dado a la relevancia de los cuidados en el desarrollo humano y social (Ramírez y Opazo, 2018). Esta historia de vida, que va a ser narrada, es temática y editada (Mckernan, 1999), conjugando la historia de vida de Águeda (registro biográfico) hacia su inserción laboral en el mundo de la enfermería (registro documental) (Pujadas, 1992; Vallés, 1997) con un análisis crítico con perspectiva feminista. Además, como esta historia de vida ha sido construida cuando la protagonista principal estaba ya fallecida, se han precisado fuentes orales (testimonios de personas que compartieron su tiempo con Águeda) y escritas (como son las fuentes documentales obtenidas los diferentes archivos históricos, como son el Instituto de Estudios Giennenses -IEG-, Archivo Histórico Provincial -AHP- o Repositorio fotográfico del Instituto de Estudios Giennenses), aportándonos una construcción histórica más verídica de la realidad de momento (Hernández, Fernández y Baptista, p.408).

RESULTADOS

En este trabajo recogemos los testimonios que permiten reconstruir la Historia de vida de Águeda Medina Soto, resaltando el diálogo intergeneracional de las personas que convivieron con ella.

Las huellas vivas de la enfermería en Jaén: historia de vida de la enfermera Águeda Medina Soto: de cuidada a ser cuidadora

Imagen 1. Águeda en el Antiguo Hospital San Juan de Dios de Jaén (la tercera mujer es ella).



Fuente: todocolección.net

Infancia y adolescencia de Águeda

Águeda Medina Soto nacida en el pueblo de Gor (Granada), el 6 de diciembre de 1908 y afincada en su juventud en Jaén, creció en el seno de una familia humilde. Su infancia y parte de la adolescencia aconteció en Gor hasta que llegó a Jaén capital en 1914. Quedando huérfanos y viuda su madre Eulalia, se trasladaron a la capital jiennense en la segunda parte de la adolescencia, residiendo en la calle Trinidad, 35.

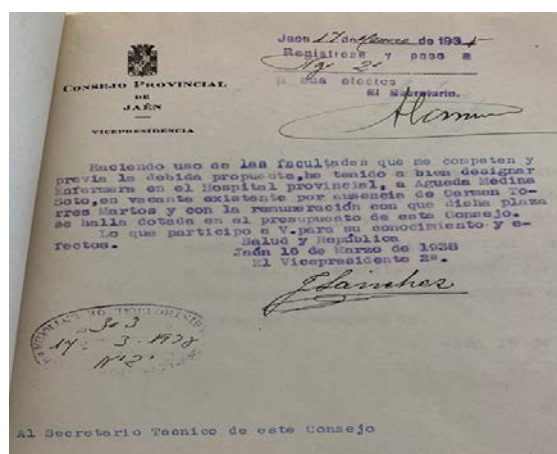
Águeda y su impulso al mundo sanitario

El comienzo de Águeda en el mundo sanitario no tuvo un inicio idílico. A la edad de 18 años, le diagnosticaron una anomalía en uno de sus senos, curado con las antiguas máquinas de Cobalto. Según nos relata su nieta, el afán de comenzar la andadura de la rama sanitaria comenzó en esos pasillos hospitalarios. Durante el tránsito de los tratamientos oncológicos, Águeda, que era muy predispuesta y servicial, se dispuso a ayudar en el día a día de un hospital. Es aquí donde nació su amor por el mundo sanitario. Además, su nieta nos transmite: “a raíz de eso, se empezaron a fijar en ella, los doctores Manuel Sillero, Fermín Palma y Manuel Larrotcha. Este último, fue el que la invitó a formar parte de su consulta de dermatología de Jaén”. Durante la etapa de la Guerra Civil Española, su nieta recuerda historias que le narraba su abuela Águeda respecto a cómo servía a las personas en este conflicto armado: “Recuerdo que me narraba las principales cosas que hizo durante la guerra. Principalmente trató a pacientes de lepra y tiña. De la tiña, recuerdo que me contaba que le venían muchísimos niños y niñas. Estos niños y niñas se los ponía entre las piernas, sujetando con estas sus cabezas y les pasaba una gasa con algún ungüento de manera muy rápida y fuerte, cayéndoseles incluso más pelo del que ocasionaba la tiña. Lloraban mucho”. Dato curioso es que no utilizaba guantes para practicar este tipo de tratamiento y nunca contrajo alguna enfermedad cutánea de estas enfermedades contagiosas. Otra anécdota es que para el tratamiento de las personas enfermas

de tuberculosis se les daba leche de burra o de yegua, ya que esta posee grandes cantidades de proteínas y vitaminas para mantener su sistema inmunitario en perfecto estado (Vallejo y González, 2013).

Así, durante la década de los años 30 y 40, se fue gestando su aprendizaje en la consulta del doctor D. Manuel Larrotcha, el cual, observando su dedicación y devoción por la sanidad, la animó a presentarse a la obtención del título de enfermera posteriormente (Cabrera, 2019, p.40). Según nos transmite la nieta en palabras de su abuela: “el doctor Larrotcha vio grandes aptitudes en ella y la preparó para el examen ya que le dijo que podía obtenerlo y así poder seguir formando parte de su equipo sanitario”. Empezó así, como ayudante en el Hospital San Juan de Dios de Jaén. Así se refleja en el año 1938, donde constaba cómo accedió como enfermera, seguramente por los “cursos rápidos” (Orden de 24 de abril de 1937 (B.O.E. nº 186) por la que se autoriza a Falange Española Tradicionalista y de las J.O.N.S. para que pueda organizar cursillos de Damas Enfermeras, bajo la dirección de personal técnico capacitado para ello) que se gestaron durante la Guerra Civil Española (Martínez, 2013), en el Hospital San Juan de Dios, debido a una vacante (AHP: Tipo: Personal. Signatura: 3136/29. Título: 18/03/1938. Denominación: Nombramiento de enfermera con carácter provisional a favor de Águeda Medina Soto. Descriptor: Sanidad Hospital San Juan de Dios. Personal).

Imagen 2. Nombramiento provisional como enfermera de Águeda en San Juan de Dios (1938).



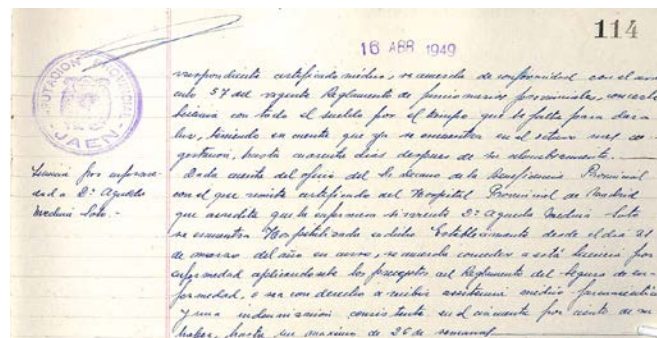
Fuente: Archivo Histórico Provincial de Jaén

La obtención del título de enfermera

Según las fuentes históricas del Instituto de Estudios Giennenses, Águeda trabajaba como “enfermera sirviente” (IEG. Tipo: acuerdo. Signatura: 1-192 FOL 114. Título: 9/1949 Ordinaria (16/04/1949) Nº 9. Descripción: Sesiones de la Comisión Gestora: licencia por enfermedad a Dª Águeda Medina Soto) en 1949 (sinónimo de “ayudante de enfermería”,

pudiéndose traducir como “auxiliar de enfermería”, que ayudaba en el día a día de la enfermera como en la desinfección de utensilios, limpiezas de camas, etc.). Dicho término se solía poner al cuerpo que prestaba ayuda durante y tras el periodo de guerras (Centeno et al., 2011).

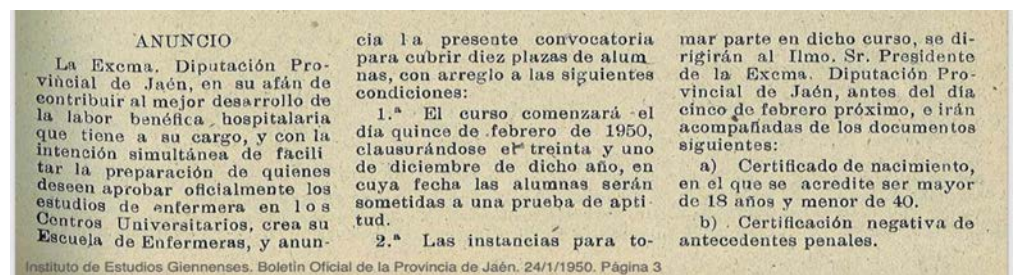
Imagen 3. Licencia por enfermedad a D^a Águeda Medina Soto en 1949.



Fuente: Instituto de Estudios Giennenses

Posteriormente, la provincia de Jaén precisó de una convocatoria de enfermeras para el Hospital de la Beneficencia San Juan de Dios de Jaén, debido a la necesidad del cuerpo de enfermería en Jaén (Diputación Provincial de Jaén. Libro de Actas de Plenos. Número 14. Del 17-XI-49 al 8-3-51). Por ello, al siguiente año, el 21 de enero de 1950, como se muestra en el Boletín Oficial de Jaén (24-01-1950), se convocaron 10 plazas de enfermeras:

Imagen 4. Boletín Oficial de Jaén (24-01-1950), p.3.



Fuente: Instituto de Estudios Giennenses

Imagen 5. Boletín Oficial de Jaén (24-01-1950), p.4.

c) Certificado de buena conducta expedido por el Ayuntamiento de su residencia.
 d) Ídem de buena conducta moral y religiosa, expedido por el Párroco; y
 e) Autorización del padre o tutor, en caso de ser menor de edad.
 3.ª Las aspirantes, que serán solteras o viudas sin hijos, se someterán a un reconocimiento médico que acredite no padecer enfermedad ni defecto físico que les imposibilite para el cargo y realizarán antes de comenzar el curso, un examen sobre cultura general y redacción, abonando veinticinco pesetas en concepto de derechos de examen, en la Caja provincial y presentando el resguardo correspondiente en unión de los demás documentos que se indican en el apartado anterior.
 Estarán exentas del examen, las aspirantes que posean título de Bachiller, Maestra o de Escuela de Comercio.

A su vez, se definió cuáles eran los requisitos de la época para poder acceder a esta convocatoria Boletín Oficial de Jaén (24-01-1950, pp.3.4), entre que se encuentran los siguientes:

- a) Ser mayor de 18 años y menor de 40 años.
- b) Certificación negativa de antecedentes penales.
- c) Certificado de buena conducta expedido por el Ayuntamiento de su residencia.
- d) Ídem de buena conducta moral y religiosa, expedido por el Párroco.
- e) Autorización del padre o tutor, en caso de ser menor de edad.

Fuente: Instituto de Estudios Giennenses

A esta convocatoria se presentaron diez solicitantes, aunque solamente ocho de las aspirantes consiguieron su plaza, puesto que dos de ellas fueron rechazadas, por una por ser mayor de 40 años y estar casada y, la otra, por no superar el reconocimiento médico. Una de las rechazadas pudo ser Águeda puesto que poseía 41 años y estaba casada cuando se proclamó esta convocatoria, aunque debido a la necesidad de la época de enfermeras y que ella estuvo años formándose con un médico reconocido de Jaén, podría haber accedido a esta convocatoria más tarde a pesar de no tener los requisitos establecidos, o también a que debido a la Orden de 21 de mayo de 1941 se ampliaba a los 45 años el ingreso.

De esta forma nacía la Escuela de Enfermeras No Oficial de la Beneficencia Provincial y se iniciaba el curso académico “para facilitar la preparación de quienes desearan aprobar oficialmente los Estudios de Enfermera en los Centros Universitarios” (Boletín Oficial de Jaén, 24/01/1950, p. 3). Así, Águeda comenzó sus estudios de la carrera de enfermera dos años después, cuya duración era de dos cursos académicos de dos años de duración (1952-1953, 1953-1954), según estipulaba la Orden Ministerial del 21 de mayo de 1941.

Imagen 6. Cursos académicos de los estudios de enfermería llevados a cabo por la enfermera Águeda Medina Soto.



| CURSOS académicos | ASIGNATURAS | EXAMENES | | PREMIOS y grados obtenidos |
|---|------------------------|-----------------|--------------|----------------------------|
| | | Últ. cursos | Distinciones | |
| | ENFERMERAS. | | | |
| | CONVOCATORIA DE JUNIO. | | | |
| 1952-53 | 1º Curso | Notable | | |
| | CONVOCATORIA DE JUNIO | | | |
| 1953-54 | 2º Curso | Subsacientífica | | |
| Con fecha 22 marzo 1955 otorgó el doctor D. N. S. Soto el D. N.º 9370764 el D. N.º 9370764 / Realizado el título de Enfermera el día 16 de noviembre 1951 | | | | |

Fuente: Archivo de la Universidad de Granada

Tras todos estos aprendizajes y alentada por el doctor D. Manuel Larrotcha (la Orden del 7 de mayo de 1915 agregaba que podrían formarse previamente con médicos), en el año 1952 se presentó al primer examen para la obtención del título de enfermería convocado en la capital jiennense (Boletín Oficial de Jaén, 24-01-1950, p.3, IEG), cuyo tribunal estaba compuesto por tres personas, según recuerda su nieta, por la figura de Fermín Palma entre ellas (Decreto del 27 de junio de 1952). Águeda consiguió su título de enfermera en 1954, de la Escuela No Oficial de Enfermería, a la edad de 44 años.

Imagen 7. Orden Ministerial del 21 de mayo de 1941 por el que se establece los estudios necesarios para la carrera de enfermería

ORDEN de 21 de mayo de 1941 sobre condiciones y estudios necesarios para la obtención del título de Enfermera.

El Sr. Es aspiración de la Cruz Roja Española y otras Instituciones similares dar validez oficial a los estudios que en ellas cursan sus enfermeras. Ha mucho tiempo que se siente la necesidad de regular y ensuzar esos estudios y prácticas que se realizan en beneméritas instituciones y dar así satisfacción a sus justos deseos, sin que por otra parte, sufra perjuicio la enseñanza y tengan la garantía imprescindible.

Por ello.

Este Ministerio ha dispuesto

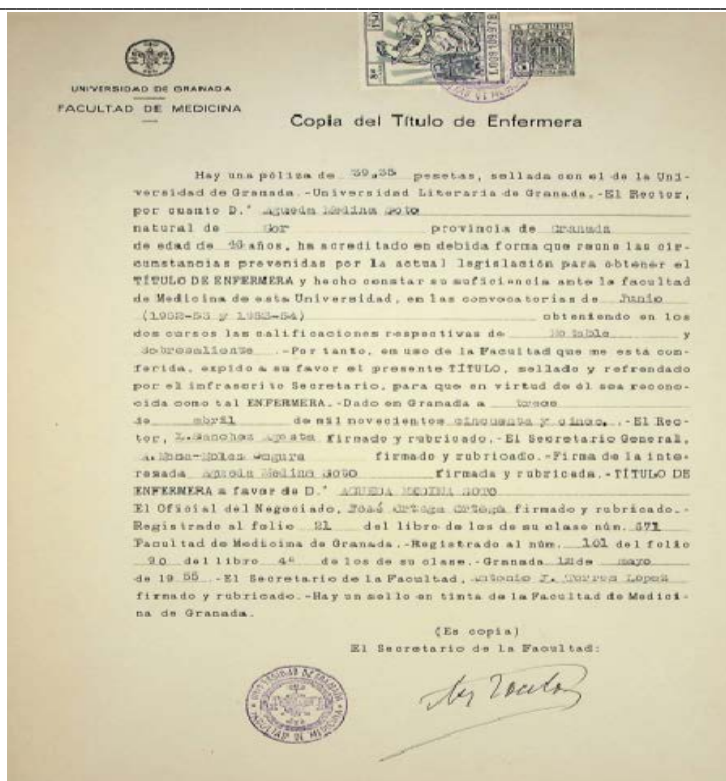
Primero.—El título de Enfermera habilitará para la asistencia de enfermos, aseo, alimentación, recogida de datos clínicos y administración de medicamentos y realizarán estos servicios en el seno de Instituciones de tipo religioso o patriótico.

Segundo.— Los estudios, que se ajustarán a planes aprobados por la Facultad de Medicina, tendrán dos años de duración, exigiéndose escolaridad, y podrán ser realizados en las Facultades de Medicina o en Instituciones por ellas reconocidas como la Cruz Roja.

Para comenzar los estudios se precisa la edad mínima de 18 años cumplidos y máxima de 45.

Fuente: Orden del 21 de mayo de 1941 sobre los requisitos de la obtención del título de enfermera

Imagen 8. Título de enfermera de Águeda Medina Soto.



Fuente: Archivo de la Universidad de Granada

Fotografía de la I promoción de enfermeras de Jaén (1954), señalada en la parte inferior izquierda, Águeda Medina Soto



Fuente: Repositorio fotográfico del Instituto de Estudios Giennenses

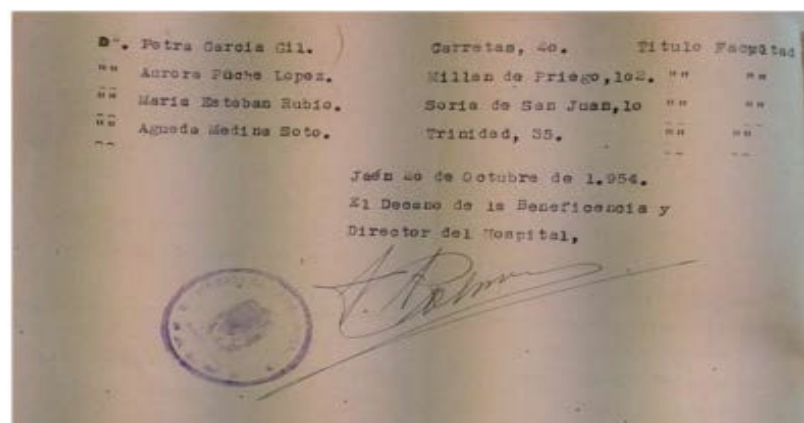
Imagen 10. Fotografía del Decano D. Fermín Palma con la I promoción de enfermeras de Jaén (marzo, 1954)



Fuente: Manuel Larrotcha Torres

Tras la obtención de su título de enfermera, Águeda empezó a trabajar formalmente y con su título en el sitio en el cual su desdicha se convirtió en su pasión: el Hospital San Juan de Dios. Así, en 1954 se muestra las enfermeras que estaban activas en Jaén, siendo una de ellas Águeda:

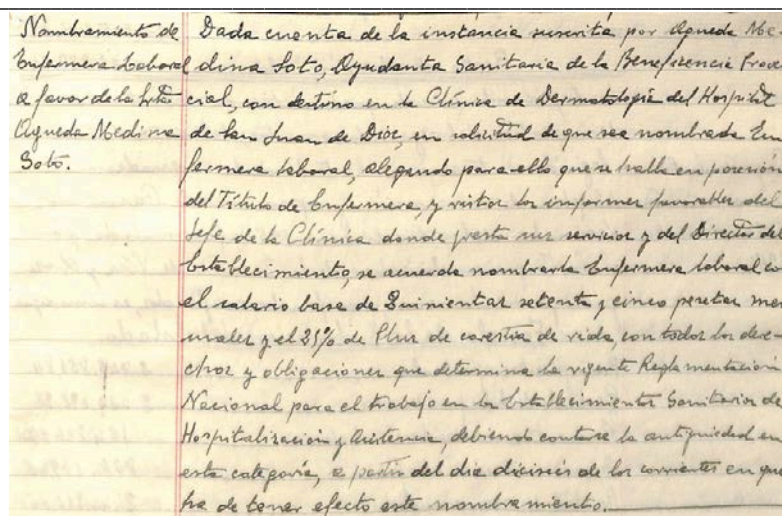
Imagen 11. Listado de enfermeras activas en 1954 en Jaén firmadas por el Decano D. Fermín Palma. Destacado en rojo Águeda Medina Soto.



Fuente: Instituto de Estudios Giennenses

No obstante, desde la clínica de dermatología de Jaén del Hospital San Juan de Dios regida por el doctor D. Manuel Larrotcha Torres, pidió que se reconociera a Águeda como enfermera laboral del presente hospital (IEG. Tipo: acuerdo. A-200 FO 192 R- Título: 2/1955 (10/02/1955) N°6. Descripción: Nombramiento de enfermera laboral a favor de Águeda Medina Soto), con el salario correspondiente de la época:

Imagen 12. Nombramiento de enfermera laboral a Águeda Medina Soto, 10 de febrero de 1955 en acta y efectivo el 16 del mismo mes.



Fuente: Instituto de Estudios Giennenses

El salario era de 575 pesetas con un 25% de carestía de vida, es decir, esta carestía de vida era un complemento que se puede traducir a nuestros días como el IPC.

La vida de Águeda tras la obtención del título de enfermería

Águeda vivía en pleno Casco Antiguo de la capital, el barrio de San Juan. Tras obtener el título de enfermera, se mudó de casa, desplazándose a la calle Llana de San Juan. En dicha casa creó una habitación en la cual realizaba técnicas de enfermería, donde todos los barrios de la zona la visitaban. Cada mañana se levantaba a las seis de la mañana para desinfectar toda la sala con lejía, amoníaco y agua fuerte. Además, cada mañana recitaba, uno por uno, los huesos de la cabeza a los pies para que no se le olvidara (Orden del 7 de mayo de 1915, p.2). Su trabajo de practicante en su tiempo libre no tenía precio fijado, ya que Águeda servía con humildad y cariño, aunque su personalidad fuese estricta y seria, a todos los vecinos y vecinas. Su nieta, Rosa María, nos relata que: “La gente iba para que les pusiera inyecciones o les hiciera curas, mostrando siempre su gratitud y gratuidad a los más necesitados, e incluso dándoles merienda a las y los más pequeños antes de cualquier práctica”. Aquí se muestra la caridad de Águeda en su rol de los cuidados. En su casa de Llana de San Juan, yacen numerosas historias del buen trabajo que realizaba Águeda. Hay que recordar que su mentor principal fue el doctor D. Manuel Larrotcha Torres, especialista de la piel en Jaén. Por ello, Águeda tenía un amplio conocimiento del campo de la piel. Es más, Águeda poseía un libro de “recetas” donde escribía la composición y creación de ungüentos y líquidos según cada problema de la piel.

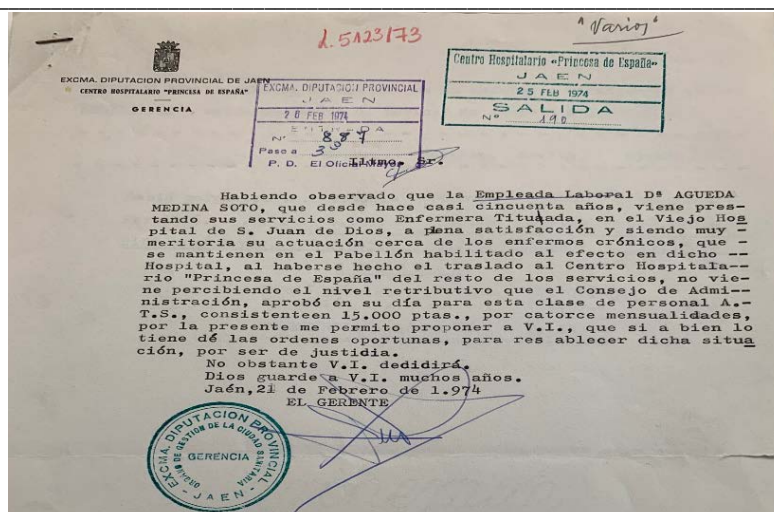
Una de las historias relacionadas con la piel fue la acontecida por una mujer, que actualmente tiene unos cincuenta y cinco años. Esta mujer (María José) padecía un grave problema de acné juvenil, que ningún médico podía solucionar. Es aquí cuando le derivaron a Águeda, la cual, según narra esta mujer en persona fue sanada de la siguiente manera: “Extraía sangre del brazo, y la inyectaba en mi glúteo, de una manera periódica. Así

fue como Águeda curó mi problema con el acné. Aún le estoy agradecida allá donde esté por el milagro que hizo conmigo”. Otra historia relacionada con la piel fue la narrada por su nieta Rosa María, ya que se lo narraba su abuela como algo grandioso: “Una familia adinerada de Barcelona vino a Jaén en busca de Águeda por recomendación de médicos del norte de España, ya que ella podría poner solución al problema de su hija pequeña, que sufría de unos extraños eccemas en la planta de los pies que le impedía andar. Recuerdo que mi abuela, hacía un líquido de color azul que se componía de piedrecitas de azufre disueltas en agua, el cual se conservaba en una botella de Coca Cola grande de cristal, que se lo restregaba con fuerza con una gasa hasta el punto de sangrar. Esto se lo trataba cada día durante varias semanas hasta que sanó”. También, recuerda que realizaba curas muy duras, como la que recuerda de un hombre que: “tenía una abertura en la zona lateral izquierda de la boca donde se podía ver los dientes y la lengua del paciente”. Otra memoria de su nieta Rosa María era la toma de aceite de ricino periódicamente cuando venía de Alemania, ya que según nos traslada: “Mi abuela me decía de tomarlo ya que así se limpiaba y purgaba el estómago. También, me inyectaba benzetacil 1,200.000, que era un tipo de penicilina, del cual recuerdo aún el dolor que me causaba”. Otro recuerdo que nos transmite su nieta, y que refleja la realidad social de la época, es que: “en la clínica de su casa recibía numerosas visitas de las personas “de escasa reputación para la época” como mujeres de ejercían la prostitución y hombres homosexuales, que contraían enfermedades cutáneas de transmisión sexual en las zonas púbicas, como era la sífilis”. Por último, otra de su nieta Rosa María era la composición que poseía el aliño que tenía una ensalada de lechuga y su poder depurativo: “compuesta por un dedo de agua, aceite, vinagre y sal. Este líquido funcionaba para el estómago como suero purgante y evitaba la deshidratación”. También nos narra cómo curaba la infección de orina femenina a través de vapores de agua con bicarbonato de sodio en la zona vaginal cubierto con una toalla sobre las piernas para que el vapor penetrara en la zona vaginal.

Los últimos años de vida de Águeda

En los últimos años de su vida y tras jubilarse, se mudó a la calle Martínez Molina, donde aún les seguía visitando gente para que le practicasen inyecciones y curas. También, y tras las enseñanzas de su abuela, depositó en su nieta Rosa María las habilidades de practicante y curas, la cual desempeñaba este trabajo en representación de su abuela en numerosas ocasiones. De hecho, se tiene constancia del valor y dedicación de Águeda con los enfermos crónicos, catalogándola de “muy meritoria”.

Imagen 13. Reconocimiento de adeudo monetario a favor de Águeda por el cambio salarial con la entrada de A.T.S. por trabajo excelente durante su oficio.



Fuente: Archivo histórico provincial de Jaén

Es curioso relatar que tenía los pulmones “negros”, lo cual fue apreciado por un doctor al que le transmitió la afirmación de que debía dejar de fumar, sin tener en cuenta de que fue ocasionado por los productos fuertes de limpieza que se precisaba en la época para su trabajo en la desinfección sanitaria, como era el uso de la lejía, el amoniaco y el agua fuerte. Águeda murió el 27 de julio de 1985 a causa de cáncer de estómago. Afortunadamente, el ciclo de la enseñanza sanitaria y de los cuidados no murió con Águeda, sino que se extrapoló a su hija adoptiva Julia, nieta Rosa María y bisnieta, Lydia. Águeda fue una mujer ejemplar dentro de la rama sanitaria de la capital jiennense. Pasó de ser una aprendiz a ser enfermera, muy reconocida y honorada por su vecindario. La cultura de los cuidados toma relevancia con figuras como la de Águeda, dejando aún huella de su pasado reciente en nuestros días.

Controversias entre las mujeres enfermeras y los hombres practicantes: cómo la historia de vida nos enseña a pensar en nuestro pasado reciente

El acceso de las mujeres al ejercicio regulado de la sanidad por medio del oficio de las enfermeras no fue bien recibido por aquellos que, hasta entonces, habían estado al lado de los médicos en las funciones de asistencia sanitaria: los hombres practicantes.

De las enfermeras se conoce que en 1896 se crea la Real Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría fomentada por doctor Rubio y Galí debido a sus estancias en Reino Unido donde ya existía el cuerpo de enfermeras y del que nacía la Institución con el objetivo de instruir a mujeres seglares en el “arte de atender y cuidar de modo artístico y científico, dándoles para ello la enseñanza de conocimientos necesarios, adquiridos en el período de internado suficiente” (López Piñero, 1983, p.270). Paralelamente, con la llegada de la Ley Moyano de 1957, los estudios de sangradores de 1815 (Ávila, 2010) quedaron suprimidos, creándose posteriormente el título de practicante en 1860 (Real Orden de 26 de junio), dándoles más relevancia al lado del médico, pero con menos potestad en el

plano sanitario que cuando estaba siendo regulado por los estudios de sangradores, quedando como ayudantes de los médicos. Los criterios de admisión de los hombres practicantes distaban mucho de los que se les exigía a las mujeres enfermeras posteriormente, ya que no tenía una vestimenta determinada de obligatoriedad, ni autorizaciones por parte de varones de su familia o informes de buena conducta moral de la Iglesia Católica. En cuanto a las enfermeras, su origen fue desde el ámbito asistencial por parte de religiosas que, tras las desamortizaciones, pasaron a ser potestad municipal, estando estas con un sistema de financiación escaso, conllevando a que el cuerpo de enfermeras lo formaran incluso mujeres analfabetas y sin formación previa.

Es por ello por lo que surge lo comentado anteriormente, las Enfermeras de Santa Isabel de Hungría donde el médico fundador alegaba el rol biológico de las mujeres para cuidar a las personas enfermas. Por estas razones de su gran implicación y aprendizajes durante su vida profesional, las Siervas de María, ministras de los Enfermos en 1915 pidieron que se las autorizase "a ejercer la profesión de enfermeras a las religiosas que acreditasen tener los conocimientos necesarios". Fue aquí donde se creó su título que, pese a que no tenían una pretensión de tener una mayor relevancia en el ámbito sanitario, supuso un impulso para profesionalizar aún más y visibilizar su papel (Ávila y Martín, 2017), ocasionando, poco a poco, el declive de los practicantes. Aun así, los hombres practicantes declaraban su oposición mediante escritos al Ministerio de Sanidad, afirmando que "la clase de Practicantes no se opone a la creación de la profesión de enfermeras, ni mucho menos al progreso y mayor cultura que V. E. [el ministro de Instrucción Pública] pretenda dar a la mujer española [con la creación de la profesión enfermera]" (Boletín de los Colegios de Practicantes en Medicina y Cirugía, 1915; p. 4), aunque, al mismo tiempo, alegaban que era inasumible "la creación de un cuerpo de enfermeras con los mismos derechos que el Practicante" (Boletín de los Colegios de Practicantes en Medicina y Cirugía, 1915, p.3), que además declaraban que "nos estorba, que nos denigra, que nos entierra en vida, que nos merma el pan de nuestros hijos, que no tiene razón de ser" (Boletín de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía, 1915, p.8), creando un "intrusismo que nos corroe y aniquila, reduciendo al mínimo nuestros ingresos" (Boletín de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía, 1915, 83-suplemento-, p.5.) y donde no dudarían de usar "la fuerza de esta poderosa razón [ser hombres] siempre nos queda (...) la razón de la fuerza.... que hombres somos y la justicia, la ley y la razón nos protegen haciendo más fuerte el empuje de nuestro brazo" (A vida o muerte, n. 54, pp. 5-6). De hecho, los hombres practicantes agregaban que la creación del título de enfermera es una "nueva profesión de enfermera para llenar un vacío que realmente no existe" (Visita oficial, n. 65, p. 2), denigrando el papel de las mujeres enfermeras (Cabré y Ortiz, 2001). Con estas comparaciones, mediante diferencias sexo-genéricas, los hombres practicantes defendieron su rol, asociado a las características de lo masculino -objetivo, activo, razonador y analista-, con el de la enfermera, identificada con la mujer y, por tanto, femenina, subjetiva, pasiva, apasionada e intuitiva. Dichos dualismos, que resultan coherentes dentro de un sistema de dominación y poder patriarcal, ponen de manifiesto la pervivencia de la idea de la debilidad de la naturaleza de la mujer por sus diferencias biológicas con el hombre, e incluso la infravaloración de sus roles genéricos, al describir lo propio de las mujeres como inferior a lo de los hombres (Cabré, 2001, p. 217-238). Llegaron incluso a los tribunales ante la negativa del ministro de Instrucción Pública de derogar el título de enfermera, siendo nula esta alegación (Tribunal Supremo de 16 de julio de 1918) y la legalidad del título de Enfermera (Boletín de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía, 1918, n.120, p.2). Tras la

negativa de la ofensiva creada por los hombres practicantes y afirmándose la legalidad del título en enfermera, los cuerpos de enfermeras se fueron expandiendo con la creación de escuelas que fueron sufragando el analfabetismo de las mujeres, como con la Escuela de Enfermeras de la Cruz Roja Española (1916), la Escuela de Santa Madrona de Barcelona (1917), Escuela de Enfermeras de la Casa de Salud Valdecilla (1929). Posteriormente, su implicación dentro de la Guerra Civil Española fue memorable y esencial para las curas expertas y demás prácticas sanitarias.

CONCLUSIONES

Las enfermeras han tenido un trato desigual en el desarrollo y reconocimiento de su trabajo a diferencia de los hombres practicantes, comenzando por el tipo acceso al cuerpo, las normas para la obtención de título, la vestimenta exigida, el permiso paternal, la corroboración de buena conducta moral, pasando por la diferencia de reconocimiento social y llegando hasta la discriminación de las mujeres para el acceso al cuerpo, ya que excluía de su manutención y emancipación propia a mujeres mayores de cuarenta años y viudas sin hijos a partir de dicha edad, así como la limitación a aquellas que estaban casadas o con hijos, como de aquellas más jóvenes sujetas al consentimiento paternal, para encauzarlas a establecerse en el núcleo del hogar y crianza de los hijos e hijas (García, 2016). A su vez, la negativa por parte de los hombres practicantes a través de asociaciones solo expresa las barreras que interpusieron por denigrar a las mujeres enfermeras, alegando justificantes tan pobres como los sexo-genéricos, pese a su gran labor durante las épocas de mayor declive de salubridad (Cabrera, 2015) como en la Guerra Civil Española.

FUENTES PRIMARIAS Y BIBLIOGRAFÍA

Fuentes primarias

Archivos consultados

Archivo Histórico de la Diputación de Jaén (AHP); Archivo Histórico de Jaén; Archivo Histórico del Instituto de Estudios Giennenses. (IEG); Repositorio fotográfico del Instituto de Estudios Giennenses; Archivo de la Universidad de Granada.

Fuentes periódicas

- o Boletín de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía (1915). Atropello inaudito. (83 Suplemento).
- o Boletín de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía (1915). RIP (84).
- o Boletín de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía (1915). Llegó la hora (86).
- o Boletín de los Colegios de Practicantes en Medicina y Cirugía (1915). Resultado de una entrevista oficial (85).
- o Boletín Oficial de Jaén (24-01-1950, p. 3-4).

Bibliografía



-
- Amezcua Martínez, M. (2018). *Los Cuidados de Enfermería en la Edad Contemporánea: siglo XX*. Granada: Cátedra Index de Investigación en Cuidados de Salud. UCAM-Fundación index. Gomeres. Salud, historia, cultura y pensamiento.
 - Ávila Olivares, J.A. y Martín Barrigós, J. (2017). *PRACTICANTES vs ENFERMERAS. Génesis de la unificación profesional de las clases sanitarias auxiliares (1915 – 1980)*. Valencia: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA).
 - Blázquez Ornat I. (2019). La socialización de los practicantes a través de los manuales del Dr. Felipe Sáenz de Cenzano 1907-1942. *Asclepio*. 68(1):132. <http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2016.11>
 - Berríos Rivera, R. (2000). La modalidad de la historia de vida en la metodología cualitativa. *Paidea Puertorriqueña*, 2(1), 1-17.
 - Bisquerra Alzina, R. (2004). *Metodología de la investigación educativa*. Madrid: La Muralla.
 - Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism: Perspective and method*. Nueva Jersey: Prentice Hall.
 - Botto, A. (2011). Dimensión ética de la investigación cualitativa. Editorial. *Revista GPU, Psiquiatría Universitaria*, 354-357. Recuperado de: http://revistagpu.cl/2011/GPU_Dic_2011_PDF/Editorial.pdf
 - Cabré Pairet, M. y Ortiz, T. (2001) *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII-XX*. Barcelona: Icaria Editorial, 9-24.
 - Cabrera Espinosa, M. (2019). *La enfermería de Jaén y su colegio. Más de cien años cuidando de la vida*. Jaén: Diputación provincial de Jaén.
 - Cabrera, M. (2019) (15 al 31 de octubre de 2019). Las enfermeras de Jaén, retazos de una bonita historia. *XI Congreso virtual sobre Historia de las Mujeres* (15 al 31 de octubre de 2019).
 - Cantero González, M.L., & Molino Contreras, J.L. (2016). Enfermeras, Practicantes y Matronas versus A.T.S.: dicotomía Formativa en la España de Franco. *Revista de Historia de los Cuidadores Profesionales y de las Ciencias de la Salud*, 3, núm.6.
 - Castelo, M., Curiel, G., Hernández, F., & Martínez, M. (2008). Acerca del origen de la profesión de Enfermería en España: el problema de la identidad profesional. *Híades Revista Historia Enfermería*. 10(2), 827-42. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2748830>

- Calvo Calvo M.A. (2014). La reacción de los practicantes en Medicina y Cirugía frente a la creación del título de Enfermera en 1915. *Dynamis* 34(2),425-46. <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-95362014000200008>
- Chárriez Cordero, M.C. (2012). Historias de vida: Una metodología de investigación cualitativa. *Revista Griot*, 5, 1. Recuperado de https://www.uv.mx/psicologia/files/2017/12/historias_de_vida_una_metodologia_de_investigacion_cualitativa.pdf
- Centeno Brime, J., Arandojo Morales, M.I., Morales Bonilla, J.A., & Morales Arandojo, P. (2019). Los obreros de la administración militar como enfermeros en los hospitales militares durante la guerra de África de 1859. *Sanidad Militar*, 75(2), 118-122. <https://dx.doi.org/10.4321/s1887-857120190001000011>
- Cornejo Cacino, M. (2006). El Enfoque biográfico: Trayectorias, Desarrollos Teóricos y Perspectivas. *Psykhe*,15(1), 95-106.
- Cornejo Cacino, M., Rojas Pozo, R.C., & Mendoza Fernández, F. (2008). La investigación con Relatos de Vida: Pistas y opciones del Diseño Metodológico. *Psykhe*, 17, 29-39.
- Díez Bedmar, M.C. (2020). Educación patrimonial, intergeneracionalidad e interseccionalidad desde una perspectiva de género. Experiencia y conclusiones para la formación inicial de educadores y docentes. *Investigación en la Escuela*, 100, 55-70. <https://dx.doi.org/10.12795/IE.2020.i100.05>
- Cabrera, M. (13-15 octubre 2015). Centenario de la creación del título de enfermera en España: una mirada a las mujeres que prestan cuidados. *Anales 7º Congreso virtual sobre Historia de las Mujeres* [Internet] Jaén. Archivo Histórico Diocesano de Jaén. p. 45-58. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5346826>
- Decreto del 27 de junio de 1952 por el que se organizan los estudios de la carrera de Enfermera. Número 209. p .3474-3475.
- García Colmenares, P. (2016). Historia de la marginación y desigualdad en el trabajo de las mujeres en la España contemporánea. *PITTM*, 87, 7-36.
- Gómez Cantarino, S., Gutiérrez de la Cruz, S., Espina Jerez, B., Dios-Aguado, M.M., Pina Queirós, P.J., & Alves Rodrigues. M. (2018). Desarrollo formativo de la enfermería española y sus especialidades: desde los albores del s. XX hasta la actualidad. *Cultura de los Cuidados*, 22(52),58-67. <https://doi.org/10.14198/cuid.2018.52.05>
- Gómez Cantarino, S., Dios-Aguado, M.M., Checa Peñalver, A., Patricia Dominguez, P., Rodríguez, J., & Espina Jerez, B. (2020). Regulación de la Enfermería Española: incorporación a la profesión sanitaria (1850-1950). *Escuela Anna Nery. Revista de enfermería*. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0053>

-
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación. Revista Mc Graw Hill Education. 6ª ed.
 - Kofes, S. (1998). *Experiencias sociales, interpretaciones individuales: posibilidades y límites de las historias de vida en las ciencias sociales: Los usos de la historia de vida en las Ciencias Sociales*. Lima: Institut français d'études andines. <https://doi.org/10.4000/books.ifea.3470>.
 - López Ortega, J. (Fecha de publicación: 3/07/2015). Evolución histórica de la escuela de enfermería de Jaén. *Enfermería Avanza*. <http://enfeps.blogspot.com/2015/06/evolucion-historica-de-la-escuela-de.html>.
 - Larrotcha Torres, M. (sin fecha). *El Dr. Don Fermín Palma García y el hospital provincial de San Juan de Dios de Jaén*. Recuperado de <file:///C:/Users/joses/Downloads/Dialnet-SuEjercicioEnElHospitalProvincial-3426908.pdf>
 - Linares Abad, M. (octubre, 2009). Mujeres matronas, un recorrido por la Historia con perspectiva de Género. En *I Congreso Virtual sobre Historia de las Mujeres*. Virtual.
 - Lucca Irizarry, N., & Berríos Rivera, R. (2003). *Investigación cualitativa en educación y ciencias sociales*. Puerto Rico: Publicaciones Puertorriqueñas.
 - Lucca Irizarry, N., & Berríos Rivera, R. (2009) *Investigación cualitativa. Fundamentos, diseños y estrategias*. Puerto Rico: Ediciones SM.
 - Mckernan, J. (1999). *Investigación, acción y curriculum*. Madrid: Morata.
 - Pereira de Queiroz, M. I. (1991). Relatos orais: do 'indizível' ao 'dizível'. En: M. I. Pereira de Queiroz (ed). *Variações sobre a técnica do gravador no registro da informação viva*. São Paulo: T. A. Queiroz, pp. 1-26.
 - Orden de 24 de abril de 1937 (B.O.E. nº 186) por la que se autoriza a Falange Española Tradicionalista y de las J.O.N.S. para que pueda organizar cursillos de Damas Enfermeras, bajo la dirección de personal técnico capacitado para ello.
 - Orden Ministerial del 21 de mayo de 1941, por el que se aprueba la carrera de enfermera.
 - Ortiz Gómez, T. (1996) El discurso médico sobre las mujeres en la España del primer tercio del siglo veinte. *Área* 3, 4, 28-40.
 - Pons Fernández, S. (2017). *Breve estudio sobre la historia de la enfermería: desde 1950 a la actualidad*. Trabajo Fin de Grado. Alicante: Universidad de Alicante.
 - Ramírez, M., & Opazo, E. (2018). Contando historias para cuidar y transformar. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 7(2), 109-128. <https://dx.doi.org/10.22235/ech.v7i2.1660>

- Real Decreto de 27 de abril de 1901 por los que regulan los estudios de practicantes.
- Real Orden del 7 de mayo de 1915 por el que se aprueba el programa de los conocimientos que son necesarios para habilitar de enfermeras a las que la soliciten, pertenecientes o no a Comunidades religiosas. Colegio Oficial de Enfermería de Madrid. Recuperado de <https://www.codem.es/noticias/1915-real-orden-de-7-de-mayo-enfermeras>
- Real Orden de 26 de junio de 1860 Establece los conocimientos técnicos y prácticos necesarios para conseguir el título oficial practicante.
- Real Orden del 10 de agosto de 1904 Real Decreto reorganizando los estudios de la Carrera de Practicantes y la de Matronas.
- Santamarina Vaccari, C., & Marinas Herrera, J.M. (1995). Historias de vida e historia oral. En J. M. Delgado & J. Gutiérrez (Eds.). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales* (pp. 257-285). Madrid: Síntesis.
- Tójar Hurtado, J.C. (2006). *Investigación cualitativa: Comprender y actuar*. Madrid: Editorial La Muralla, S. A.
- Siles González, J. (1999). *Historia de la Enfermería*. Alicante: Aguaclara.
- Vallejo, J.R., & González, J.A. (2013). La leche de burra: un recurso terapéutico polivalente en la etnomedicina española. *Medicina naturista*, 8 (1), 15-22. I.S.S.N.: 1576-3080.
- Vallés Martínez, M. (1997). *Técnicas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis
- Velasco Juez, M.C. (1999). El método biográfico y las historias de vida. Su utilidad en la investigación en enfermería. *Index de Enfermería [Index Enferm]* (edición Digital); 27. Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/27revista/27_articulo_25-30.php
- Veras, E. (2010). Historia de Vida: ¿Un método para las ciencias sociales?, 39 142-152. *Cinta moebio*. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2010000300002>

ANTROPOLOGÍA

Estilo de vida en mujeres con cáncer de mama: un estudio de revisión narrativa

Life style in women with breast cancer: a narrative review study

Estilo de vida em mulheres com cancro da mama: um estudo de revisão narrativa

Shiva Khodarahmi¹; Maryam Torki Harchegani²; Sedighe Jamali Gandomani^{3*}; & Zeinab Tavakol^{4*}

Cómo citar este artículo: Khodarahmi, S., Torki Harchegani, M., Jamali Gandomani, S., & Tavakol, Z. (2023). Estilo de vida en mujeres con cáncer de mama: un estudio de revisión narrativa. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(66). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.66.09>

Received: 23/12/2023

Accepted: 23/03/2023.



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

¹Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery. Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Ph.D. Candidates, Mother and Child Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1447-7136>.

²Community-oriented Nursing Midwifery Research Center, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4143-5898>

³Community-oriented Nursing Midwifery Research Center, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8735-0673>; Correo electrónico: s_jamali64@yahoo.com

⁴Assistant Professor, Community-oriented Nursing Midwifery Research Center, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9743-4160>. Correo electrónico: zeinabtavakol@gmail.com

***Correspondencia:** Sedighe Jamali Gandomani and Dr. Zeinab Tavakol, Community-oriented Nursing Midwifery Research Center, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Irán.

Abstract: Objective: The present review study aimed to assess the lifestyle of women with breast cancer. Methods: In this study, information on Life style in women with breast cancer was obtained from Persian and English databases using Persian keywords and their English equivalent for "Life style, Breast Cancer" based on MeSH (medical subject headings) from 2000 to 2020. Among all the articles searched, 48 studies were included in the review research. To collect information from the studies, the articles were carefully reviewed and the results were extracted. Results: According to the available scientific evidence, lifestyle has an effect on health and some related factors such as inadequate physical activity, stress, eating patterns, bad behaviors such as smoking and drinking alcohol are associated with breast cancer. Conclusion: Therefore, interventions and trainings should be planned to provide a suitable and sufficient ground for guiding women towards healthy lifestyles and behavioral habits.

Keywords: Life style; breast cancer; women.

Resumen: Objetivo: El presente estudio de revisión tuvo como objetivo evaluar el estilo de vida de mujeres con cáncer de mama. Métodos: en este estudio, la información sobre el estilo de vida en mujeres con cáncer de mama se obtuvo de bases de datos en persa e inglés utilizando palabras clave en persa y su equivalente en inglés para "Estilo de vida, cáncer de mama" basado en MeSH (encabezamientos de temas médicos) de 2000 a 2020. Entre todos los artículos buscados, 48 estudios se incluyeron en la investigación de revisión. Para recopilar información de los estudios, se revisaron cuidadosamente los artículos y se extrajeron los resultados. Resultados: De acuerdo con la evidencia científica disponible, el estilo de vida tiene un efecto sobre la salud y algunos factores relacionados como la actividad física inadecuada, el estrés, los patrones de alimentación, las malas conductas como el tabaquismo y el consumo de alcohol se asocian con el cáncer de mama. Conclusión: Por lo tanto, las intervenciones y capacitaciones deben planificarse para proporcionar un terreno adecuado y suficiente para orientar a las mujeres hacia estilos de vida y hábitos de comportamiento saludables.

Palabras clave: Estilo de vida; cáncer de mama; mujeres.

Resumo: Objetivo: O presente estudo de revisão teve como objetivo avaliar o estilo de vida de mulheres com câncer de mama. Métodos: Neste estudo, as informações sobre estilo de vida em mulheres com câncer de mama foram obtidas de bancos de dados persa e inglês usando palavras-chave persas e seu equivalente em inglês para "Life style, Breast Cancer" com base no MeSH (medical subject headers) de 2000 a 2020. Entre todos os artigos pesquisados, 48 estudos foram incluídos na pesquisa de revisão. Para coletar informações dos estudos, os artigos foram cuidadosamente revisados e os resultados foram extraídos. Resultados: De acordo com as evidências científicas disponíveis, o estilo de vida tem efeito sobre a saúde e alguns fatores relacionados como atividade física inadequada, estresse, padrões alimentares, maus comportamentos como fumar e consumir álcool estão associados ao câncer de mama. Conclusão: Portanto, intervenções e treinamentos devem ser planejados para fornecer um terreno adequado e suficiente para orientar as mulheres para estilos de vida e hábitos comportamentais saudáveis.

Palavras-chave: Estilo de vida; câncer de mama; mulheres

INTRODUCCIÓN

In the coming decades, cancer will be a growing factor in the global burden of disease, and the number of new cases is expected to increase from 10 million in 2000 to 15 million in 2020, with about 60% of them are in the least developed countries of the world (Brunnicardi et al., 2010).

Among different types of cancer, breast cancer, which accounts for 27% of all cancers in women, is the most common and deadly malignancies among women. It is one of the most important factors in women's health in the world (Banegas et al., 2012). Since, the risk of developing this cancer in women's lifetime is 12% (one in eight cases) and the risk of its mortality is 3.6% (one in twenty-eight cases) (Akbarzade Pasha & Akbarzade Pasha, 2007).

Breast cancer is defined as an abnormal growth changes in breast tissue cells that occurs abnormally in the mammary glands (lobules) or in the ducts that connect the lobules to the nipple (duct) (Allred, 2010).

About 10 percent of women in the United States develop breast cancer at some point in their lives, making it the most common cause of death in women in the United States between the ages of 40 and 55. According to the American Cancer Society, every 15 minutes, 5 new cases of breast cancer are diagnosed, and every 15 minutes, a woman dies because of it (American Cancer Society, 2014). There are more cases of breast cancer in industrialized countries than in non-industrialized countries (Atarparsaee, Golchin, & Asvadi, 2001). The prevalence of breast cancer in the United States and Europe is twice that of Asian countries (International Agency for Research on Cancer, 2013). In Iran, the Age-Standardized Rate (ASR) of breast cancer was 26.4, 95% CI (20.1 to 31.7) (Rezaianzadeh et al., 2016).

About 5% of breast cancers are hereditary and 80 to 90% are sporadic, and although this cancer is more common in people over the age of 50, it can occur at any age (Gharekhani & Sadatin, 2004) and is one of the major public health problems in the world (Aghamolaei, Hasani, Avafian, & Zare, 2011).

In the past, the prevalence of breast cancer was attributed to the traditional lifestyle, but rapid socio-economic development and socio-cultural changes have led to a western lifestyle that has increased risk of breast cancer (Porter, 2008).

Studies have shown that there is a direct relationship between lifestyle and the incidence of cancer, so that the role of lifestyle in the incidence of common cancers such as breast cancer is more prominent than other reasons (Weinbreg & Komaroff, 2008). Cockerham et al. (2006), a contemporary sociologist, believe that high-risk behaviors such as alcoholism, drug abuse and smoking, neglect healthy diet, sedentary lifestyle, and refusal to exercise become norms which is created by internal mental structure in Life style.

Lifestyle is closely related to the social and economic status of individuals, but with other issues such as roles and activities, work and study habits, fun and relaxing activities, type and place of residence, the effect of cultural beliefs on nutrition and health, mode of transmission and movement, follow-up behaviors, health habits such as alcohol, drugs, nicotine, fun drugs, and stress levels are related (Black & Hawaks, 2009).

Harvie et al. (2015) in their study about diet and lifestyle and prevention of breast cancer concluded that exposure to smoking and alcohol in the period among menarche and first gestation may enhancement risk of breast cancer because the rapidly developing breast is particularly sensitive to carcinogenesis. On the other hand, high healthy lifestyle index scores were associated with decreased risk of breast cancer (Khalis et al., 2019). Also, lifestyle changes seem to be a simple, efficient, and economical way to help prevention breast cancer. In women with a confirmed breast cancer diagnosis, lifestyle changes are still very significant. Some factors, such as prevention of weight gain and smoking cessation, may improve the long-term survival chances of these patients (Hashemi, Karimi, & Mahboobi, 2014).

Given that breast cancer is the most common cancer in women that affects different aspects of their lives (PourRanjbar, A.-M.M., & Ghadimi, 2016) and numerous studies have shown, increasing lifestyle changes that set the movements, behaviors and behavioral orientation of an individual, group or culture are an important factor in the occurrence of this cancer (Fathi Najafi, Jabbarzadeh, Mojahedi Rezaian, & Mazloom, 2004). Therefore, the present review study aimed to assess the lifestyle of women with breast cancer.

METHOD

The present study was approved after obtaining the code of ethics of IR.SBMU.RE-TECH.REC.1398.539 in Shahid Beheshti University of Medical Sciences. This study was conducted by searching in full and as a review of texts in Persian and English databases including Elsevier Proquest, UpToDate, Scopus, Magiran, Irandoc, SID, Iran medex, Scencedirect, Ebsco, Pubmed, and Google Scholar. Extraction of related articles was done using the keywords Lifestyle, Breast Cancer, Diet, Obesity, Physical Activity, Cigarette, Alcohol, Stress based on Mesh.

Regardless of time constraints, all articles were searched with the aim of assessing lifestyle in women with breast cancer. After discarding duplicate and irrelevant articles, 53 related studies were reviewed and analyzed. Inclusion Criteria in this study were writing in Persian or English, working on lifestyle in breast cancer and choosing the right method in the studies. No restrictions in terms of race and ethnicity were considered in the selection of articles. Data extracted from the study were: study location, number of participants, demographic characteristics of participants, duration of the study, the impact of lifestyle on breast cancer.

RESULTS

Among all the articles searched in relation to the purpose of the research, duplicate and unrelated articles were excluded and finally 53 studies were included in the review research. To collect information from the studies, the articles were carefully reviewed and the results were extracted. Table1 indicates a summary of researches in the field of the lifestyle of women with breast cancer.

Diet

The results of several studies have shown that there is a statistically significant relationship between breast cancer and healthy eating, including consumption of fruits, vegetables, dairy products such as yogurt, milk, and cheese. Also, people who have a healthy diet and use a variety of vitamins in their diet are less likely to develop this type of cancer (Brennan, Cantwell, Cardwell, Velentzis, & Woodside, 2010; Sadeghi & al., 2017). In con-

trast, unhealthy diet and high intake of meat (such as Western food pattern), high consumption of tea and use of prepared food have an important role in causing this disease (Atarparsaee et al., 2001; Onsoni & Ranapor, 2011; Zhang et al., 2011). Hinpeng et al. (2001) conducted an extensive study in 6 countries of Singapore, France and the United Kingdom on 620 people, 200 of whom had breast cancer and 420 of whom were healthy. These researchers showed that in premenopausal age, one of the predisposing factors for breast cancer is improper and high-fat diet.

Kim et al. (2007) determined the relationship between diet and breast cancer among Korean women. The results showed that patients with breast cancer consumed significantly more high-fat foods and less antioxidant foods such as vitamin A, beta carotene, vitamin C and vitamin E compared to those in the control group. Consumption of eggs ($p < 0.01$), consumption of soy ($p < 0.01$), legumes ($p < 0.05$), vegetables ($p < 0.05$), spices ($p < 0.001$) in patients with breast cancer are significantly lower than others. A study by Potischman et al. (2002) showed that there is no association between breast cancer and red meat consumption, high-fat snacks, desserts and high-fat animal foods, but eating sweets increases the risk of breast cancer. This connection has nothing to do with the consumption of high-fat foods and carbonated beverages. The findings also reported that women who ate two to three meals a day were less likely to develop breast cancer than those who ate six or more meals. Boggs et al. (2010) revealed that coffee and caffeine are not associated with the risk of breast cancer among African women.

Fats and carbohydrates:

The Barrett-Connor-Friedlander cohort study showed that women with breast cancer consumed more fat, protein, and carbohydrates than others (Barrett Connor & Friedlander, 2000; Kim, Hong, Jeon, Sung, & Sung, 2007). Birkimer et al. (2002) also stated that fiber consumption is inversely associated with breast cancer and sugar and carbohydrate intake are positively associated with this type of cancer. While some studies have shown that there is a significant positive relationship between animal protein intake and breast cancer risk (Rogers et al., 2010; Sieri, Krogh, & Muti, 2002), but there is inverse relationship between breast cancer and carbohydrate intake (Sieri et al., 2002), folate, B vitamins, fruits, vegetables (Sant et al., 2007; Zhang et al., 2011) and fiber (Mattisson et al., 2004 Jan 12). On the other hand, the dietary pattern of vegetables, fruits, soy, whey, milk and fish has been associated with a reduced risk of breast cancer in women (Hirose, Matsuo, Iwata, & Tajima, 2007; Tumas, Niclis, Aballay, Osella, & Diaz Mdel, 2014; Wu, Yu, Tseng, & Pike, 2008). In Katsouyanni et al.(2001) study, animal protein was positively associated with breast cancer when consumed in large amounts, but the results did not report a significant association between fat and carbohydrate intake and breast cancer. In the study by Prentice et al.(2000), it was reported that there is no association between per capita consumption of carbohydrates and protein with the incidence of breast cancer, but this cancer is associated with dietary fat, especially solid fats (Binukumar & Mathew, 2005). They reported that high consumption of starch increases the risk of breast cancer.

They also stated that there is a positive correlation between animal fat and breast cancer, and that high intake of unsaturated fatty acids (mainly olive oil, corn and vegetable oil) are protective factors for breast cancer (Favero, Parpinel, & Montella, 1999). Noma et al. (2004) showed that fatty acids in fats play a role in preventing or exacerbating the proliferation of breast cancer tumors. Saturated and solid fats such as vegetable oils are harmful to this cancer. Appropriate fats that are good for preventing this type of cancer include omega 3 and 6 unsaturated fats found in vegetable oils such as canola and olives.

Cade et al found that there is no association between breast cancer and fat consumption (Cade, Thomas, & Vali, 1998). The findings of Hanf & Gonder (2005), in a meta-analysis of more than 20,000 breast cancers, also found that there was no relationship between the disease and dietary patterns, including animal fat intake.

The results of a case-control study by Naeini et al. (2017) in Tehran showed that fiber and diet containing vitamins B1, B2, B6 and folate are a protective factor against breast cancer, but there is no association between increased carbohydrate and fat intake with risk of breast cancer (Jamshidi Naeini, Akbari, Abdollahi, Ajami, & H., 2017). A study by Holmes et al in 2000 of 2,956 women with breast cancer found that reducing the intake of total fat intake, or even reducing the intake of certain types of fat, was not associated with a reduced risk of breast cancer (Holmes, Hunter, Colditz, & Stampfe, 2000).

Smoking and alcohol

According to the results of several studies, the ratio of breast cancer to the consumption of alcoholic beverages increases (Allen et al., 2009; Barrett Connor & Friedlander, 2000; Brennan et al., 2010; Inumaru, Silveira, & Naves, 2011; Tahergorabi, Moodi, & Mesbahzadeh, 2014) that is dose-dependent regardless of the type of alcohol consumed (Allen et al., 2009). Excessive alcohol consumption increases the chance of breast cancer to 2.12 (Mattisson et al., 2004 Jan 12).

In 2004, Reynolds et al. conducted a prospective study in California to determine the association between breast cancer and smoking, and reported that women with a higher risk of breast cancer observed among smokers than non-smokers. They started smoking at least 2 years before their first full-term pregnancy, or smoked for a longer or more intense period. They also stated that these results are relevant to women without a family history of breast cancer (Reynolds, Hurley, & Goldberg, 2004). A prospective study was also conducted in 2011 by Xue et al. (2011) on 11140 smoker women and 36017 non-smokers. The findings show that the prevalence of breast cancer is almost 30 % higher among women who smoke than those who have never smoked. Women who started smoking before the age of 20, or at least 5 years before their first pregnancy, are also at higher risk than others. Breast cancer is twice as common in women who smoke as in non-smokers,

and if they start smoking before the age of 12, their chances of developing cancer increase to 7.5 (Lash & Aschengrau, 2000).

Catsburg et al. (2015) conducted a prospective study in 2014 to determine the association between smoking and breast cancer in Canada. 22.1 years later, new cases of breast cancer occurred in 6,549 of the samples. The findings of this study showed that smoking is associated with breast cancer and this relationship is affected by the duration and amount of smoking, so that with 40 years of smoking with cigarettes a day, the chance of breast cancer is 1.57 and 1.21. They also revealed that the number of years of smoking before the first pregnancy is associated with a higher risk of breast cancer compared to post pregnancy. But, Baron and Longnecker reported in his article that the evidence obtained from a review of published articles on the relationship between smoking and breast cancer confirms the protective effect of smoking in this regard. In the study of Atarparsaee et al. (2001) there was no relationship between smoking and breast cancer, but the researchers cited the low number of smokers in the case group and women in the community detest for smoking and alcohol, which has caused incorrect information to be provided by the research units.

Physical activity

Researchers have shown in several studies that bad habits, such as sedentary lifestyle, are associated with breast cancer (Jafarinaia, Bahadorzai, Delpisheh, Sayehmiri, & Tavakoli, 2016; Malin, Matthews, & Shu, 2005; PourRanjbar et al., 2016; Shim et al., 2006 Oct). This association, along with the cause of obesity in postmenopausal ages, is more severe than before menopause (Malin et al., 2005). Atarparsaee et al. (2001) also reported a statistically significant relationship between exercise and non-incidence of this cancer. In fact, sedentary lifestyle followed by obesity may be important in breast cancer (Onsori & Ranapor, 2011; Saki, Hajizadeh, & Tehranian, 2011). According to studies, there is a correlation between physical activity and a reduction in breast cancer (Entezarmahdi, 2012; Saki et al., 2011). The risk of breast cancer in women who exercise moderately to severely 3 to 4 hours a week is reduced by an average of 30-40%. The researchers report a 25 percent increase in the incidence of breast cancer in overweight, obese and sedentary people. A body mass index above 25 increases the mortality rate from breast cancer by 1.6-1.34 compared to a higher body mass, so that with a body mass of 40 and above, the relative risk of developing breast cancer increases 2.12 times (Entezarmahdi, 2012).

Body mass index (BMI)

Lahmann et al. (2004) in their prospective study showed that there is a positive and significant relationship between obesity and breast cancer and in obese women as the risk of breast cancer is more than 31%. Based on their findings, by La Vecchia et al. (2011), the risk of postmenopausal breast cancer is 1.5 times higher in overweight women and about 2 times higher in obese women than lean women. The results of a study by Eliassen et al.

(2006) also showed that people who gained 55 pounds or more over the age of 18 were approximately 50 percent more likely to develop breast cancer, and gaining up to 22 percent pounds or more after menopause increased their risk of breast cancer of 18%.

In contrast, a number of studies have shown that obesity protects against developing premenopausal breast cancer. In this regard, a large meta-analysis showed that in women aged from 40 to 49, the risk of developing breast cancer was 14% in overweight women and 26% in obese women compared to women of normal weight. The main mechanisms of this inverse relationship are not well understood (Nelson et al., 2012).

Stress

Some studies have reported a significant relationship between tension (Atarparsae et al., 2001), stress (Helgesson, Cabrera, Lapidus, Bengtsson, & Lissner, 2003; Jafarinia et al., 2016) and breast cancer. Especially if the person is not able to control and restrain their stress (Cooper, Cooper, & Fargher, 1997).

A prospective study by Lillberg et al. (2003) showed that the risk ratio of breast cancer due to a stressful event in life increases by 1.07, and this ratio reaches to 1.35 when there is more than one stressors. Also, divorce and separation, death of spouse and death of friend are associated with a risk ratio of 2.26, 2 and 1.36 of this cancer, respectively. The researchers concluded that the relationship between stress and breast cancer was due to hormonal changes.

In the Geyer study (2001) in the group with breast cancer, women's stress levels were four times higher than other group. Chronic stress also has a significant positive relationship with breast cancer (Toleutay, Reznik, Kalmatayeva, & Smigelskas, 2013). Lillberg et al. (2001) conducted a prospective study on 10,519 Finnish women aged 18 and over. Subjects were divided into 3 groups without stress (23%), occasional stress (68%) and severe stress (9%) based on their daily stress score. Risk ratio of Breast cancer and daily stress level were measured using Cox risk ratio model and it was reported that there is no relationship between stress and breast cancer risk.

DISCUSSION

A review of several studies on women of different age groups around the world found that most studies on the impact of lifestyle on breast cancer have a positive relationship between lifestyle factors and breasts cancer.

Khasi et al. (2016) conducted a retrospective historical cohort study in 2016. Researchers reported although the cancer registration system works better than in the past, one of the reasons for the increasing incidence of breast cancer is a change in lifestyle.

Mousavi et al. (2011) showed that in Iranian society, environmental and hereditary factors play a lesser role in the development of breast cancer and lifestyle plays a significant and effective role in developing this type of cancer. The steep rise in breast cancer in developing countries is mainly due to adverse lifestyle changes including dietary changes (high fat intake and low consumption of fruits and vegetables), decreased physical activity, increased tobacco and alcohol consumption and obesity (Greenwald, 1999; Porter, 2008; Roohparvarzade, 2014; Scheen, Beck, De Flines, & Rorive, 2011 May-Jun; sellers, Anderson, & potter, 2000; Tahergorabi et al., 2014).

Therefore, adopting a healthy lifestyle such as physical activity, proper nutrition, prevention of overweight and obesity can prevent breast cancer (Roohparvarzade, 2014). The cause of overweight and obesity may also be influenced by a person's hormonal status, as evidence suggests that premenopausal obesity has not either any relationship with breast cancer (Kopans, 1998) or a protective factor (Jafarinia et al., 2016) against breast cancer in the postmenopausal period increases the chance of developing this cancer by 2.5 times (Jafarinia et al., 2016; Kopans, 1998).

The results of several studies have shown that in women with breast cancer who have a sedentary lifestyle, the risk of death is 35-50% lower and regular exercise in adolescence and adulthood can help reduce the risk of breast cancer (Moodi, Sharifirad, Tahergorabi, & Mostafavi, 2012). Thus, women who engage in regular physical activity experience a 10 to 20 percent lower risk of breast cancer than women who are inactive (Friedenreich & Cust, 2008).

Regarding the relationship between dietary patterns and breast cancer, researchers reported that increasing the consumption of animal foods and reducing the consumption of vegetables leads to an increased risk of breast cancer (Weihofen, 2010). Increased consumption of alcohol, red meat, animal fats and reduced consumption of vegetables, fruits and fiber are the underlying causes of breast cancer and stated that non-vegetarian eating habits (consumption of animal products and meat) alone does not increase the risk of developing this cancer. While if the meat is fried well done, it increases the chances of developing breast cancer. In addition, if alcohol is consumed regularly, it is essential to consume sufficient amounts of fresh vegetables and fruits. Researchers recommend traditional diets and cooking to prevent breast cancer (Hanf & Gonder, 2005). A study by Castello et al. (2014) reported that the Mediterranean diet (including high consumption of fruits, vegetables, beans, olive oil and vegetable oils) reduces the risk of breast cancer in Spanish women. Cottet et al. (2009) also reported that dietary patterns including consumption of vegetables, fruits, seafood, olive oil and sunflower oil in French postmenopausal women reduce the risk of breast cancer.

In the study of Linos et al.(2010) it was reported that reducing dietary fat in postmenopausal women has no effect on breast cancer risk, but a high-fat diet during adulthood is associated with an increased average risk of breast cancer in premenopausal

women. The study of Cigarette et al. (2009) also stated that improper cooking methods such as smoking, salting, intense heating of food by creating carcinogenic compounds increase the prevalence of breast cancer. Inumaru et al. (2011) reviewed 27 studies from 2007 to 2010 and found that a healthy lifestyle combined with exercise and a balanced weight reduced the risk of breast cancer, but alcohol consumption increased the risk of breast cancer. A meta-analysis by Gaudet et al. (2013) found that smokers were 12 percent more likely to develop breast cancer than women who had never smoked, and that the risk was higher for women who started smoking before the birth of their first child. Evidence suggests that even inactive exposure to smoking increases the risk of breast cancer (Petralia Sandra et al., 2000). A study by Lovelace (2004) reported that stress increases the risk of breast cancer. Stressful lifestyles are more associated with breast cancer than other cancers (Butow et al., 2000). Examining all of the effective factors in patients' lifestyles was one of limitations in the present study, and also utilizing back-up midwives has established only in a few hospitals – especially in private ones- and very limited number of public hospitals abide the presence of backup midwife with parturient due to the interior regulations and restricted resources. Therefore, the role of these care providers on mothers' perception and experience has not been specifically studied.

CONCLUSION

The conditions prevailing in the modern and industrial world today have led people to wrong lifestyle, bad eating and behavioral habits and sedentary lifestyle. According to the available scientific evidence, lifestyle has an effect on health and some related factors such as inadequate physical activity, stress, eating patterns, bad behaviors such as smoking and drinking alcohol are associated with breast cancer. Therefore, interventions and trainings should be planned to provide a suitable and sufficient ground for guiding women towards healthy lifestyles and behavioral habits.

Acknowledgement

This article is the result of a project approved by Shahid Beheshti University of Medical Sciences (Grant no.20960). We would like to thank for all of the members of the Shahid Beheshti University Student Research Committee.

REFERENCES

- Aghamolaei, T., Hasani, L., avafian, S., & Zare, S. (2011). Improving Breast self-examination: an educational intervention based on health belief model. *Iranian Journal on Cancer Prevention*, 4(2), 82-87.
- Akbarzade Pasha, H., & Akbarzade Pasha, A. (2007). *Obstetrics & Gynecology*. Tehran: Golban.



-
- Allen, N., Beral, V., Casabonne, D., Kan, S., Reeves, G., & Brown, A. (2009). Moderate alcohol intake and cancer incidence in women. *J Natl Cancer Inst*, 101(5), 269-305.
 - Allred, D. (2010). Ductal carcinoma in situ: terminology, classification, and natural history. *Natl Cancer Inst Monogr*, 41, 134-138.
 - American Cancer Society. (2014). *Breast Cancer Facts & Figures 2013-2014*. Retrieved from <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/document/acspc-042725.pdf/>
 - Atarparsae, F., Golchin, M., & Asvadi, E. (2001). Investigation of relationship of individual and social characteristics, lifestyle and stressor factors with breast cancer in females. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences & Health Services*, 50(35), 15-21.
 - Banegas, M., Bird, Y., Moraros, J., King, S., Prapsiri, S., & Thompson, B. (2012). Breast cancer knowledge, attitudes, and early detection practices in United States-Mexico border Latinas. *Womens Health*, 21(1), 101-107.
 - Barrett Connor, E., & Friedlander, N. (2000). Dietary fat, calories and the risk of breast cancer in postmenopausal woman: A prospective population-based study. *J Am Coll Nutr* 12(4), 390-399.
 - Binukumar, B., & Mathew, A. (2005). Dietary fat and risk of breast cancer. *World Journal of Surgical Oncology*, 3(45). doi: <https://doi.org/10.1186/1477-7819-3-45>
 - Black, J., & Hawaks, J. (2009). *Medical - surgical nursing*. London: Sanders Elsevier Publishing.
 - Brennan, S., Cantwell, M., Cardwell, C., Velentzis, L., & Woodside, J. (2010). Dietary patterns and breast cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr*, 91(5), 1294-1302.
 - Brunicardi, F., Dana, K., Timothy, R., Dunn, L., Kao, L. S., Hunter, G., et al. (2010). *Schwartz's Principles of Surgery*. USA: Mc Graw- Hill.
 - Butow, P., Hiller, J., Piece, M., Thackway, S., Kricker, A., & Tennant, C. (2000). Epidemiological evidence for relationship between life events, coping style and personality factors in the development of breast cancer. *J psychosom Res*, 49, 169-181.
 - Cade, J., Thomas, E., & Vali, A. (1998). Case-control study of breast cancer in south east England: nutritional factors. *J Epidemiol Community Health*, 52(2), 105-110.

- Cooper, C., Cooper, R., & Fargher, E. (1997). Psychosocial stress and breast cancer. The interrelationship between stress events, coping strategies and personality. *Psychol Med*, 23, 653-662.
- Entezarmahdi, R. (2012). Generalities of the National Breast Cancer Control Program of the Islamic Republic of Iran. *Arvi Iranian Publishing Company*, 52(1), 46-70.
- Fathi Najafi, T., Jabbarzadeh, S., Mojahedi Rezaian, S., & Mazloom, S. (2004). Assessment of certain breast cancer risk factors during reproductive age in women in Mashhad Razi. *Journal of Medical Sciences*, 11(42), 580-586.
- Favero, A., Parpinel, M., & Montella, M. (1999). Energy sources and risk of cancer of the breast and colon-rectum in Italy. *Adv Exp Med Biol*, 472, 51-55.
- Friedenreich, C., & Cust, A. (2008). Physical activity and breast cancer risk: impact of timing, type and dose of activity and population subgroup effects. *Br J Sports Med*, 42(8), 636-647.
- Gharekhani, P., & Sadatin, A. (2004). *Cardinal manifestation and management of diseases*. Tehran: Nooredanesh.
- Greenwald, P. (1999). Role of dietary fat in the causation of breast cancer: point. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 8(1), 3-7.
- Hanf, V., & Gonder, U. (2005). Nutrition and primary prevention of breast cancer: foods, nutrients and breast cancer risk. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 123(2), 139-149.
- Hashemi, S. H. B., Karimi, S., & Mahboobi, H. (2014). Lifestyle changes for prevention of breast cancer. *Electronic physician*, 6(3), 894-905. doi: 10.14661/2014.894-905
- Helgesson, O., Cabrera, C., Lapidus, L., Bengtsson, C., & Lissner, L. (2003). Self-reported stress levels predict subsequent breast cancer in a cohort of Swedish women. *Eur J Cancer Prevent*, 12(5), 377-381.
- Hirose, K., Matsuo, K., Iwata, H., & Tajima, K. (2007). Dietary patterns and the risk of breast cancer in Japanese women. *Cancer Sci*, 98(9), 1431-1438.
- Holmes, M., Hunter, D., Colditz, G., & Stampfe, M. (2000). Association of dietary intake of fat and fatty acids with risk of breast cancer. *JAMA*, 281(10), 914-920.
- International Agency for Research on Cancer. (2013). *Cancer fact sheet*. Retrieved from <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>



-
- Inumaru, L., Silveira, E., & Naves, M. (2011). Risk and protective factors for breast cancer: a systematic review. *Cad Saude Publica.*, 27(7), 1259-1270.
 - Jafarina, B., Bahadorzai, M., Delpisheh, A., Sayehmiri, K., & Tavakoli, M. (2016). Risk factors of breast cancer in Dezful city of Iran: a case-control study. *Tehran Univ Med J.*, 74(2), 135-139.
 - Jamshidi Naeini, Y., Akbari, M., Abdollahi, M., Ajami, M., & Davoodi, S. H. (2017). Association between Vitamin D Intake and Risk of Breast Cancer in Iranian Women: A Case-control Study. *Iranian J Nutr Sci Food Technol.* , 10(1), 31-40.
 - Khalis, M., Chajès, V., Moskal, A., Biessy, C., Huybrechts, I., Rinaldi, S., et al. (2019). Healthy lifestyle and breast cancer risk: A case-control study in Morocco. *Cancer Epidemiology*, 58, 160-166. doi: <https://doi.org/10.1016/j.canep.2018.12.012>
 - Kim, E., Hong, Y., Jeon, H., Sung, M., & Sung, C. (2007). Comparisons of food intake between breast cancer patients and controls in Korean women. *Nutr Res Pract*, 1(3), 237-242.
 - Kopans, D. (1998). *Breast imaging*. Philadelphia: Lippincott Raven Co.
 - Lash, T., & Aschengrau, A. (2000). Active and passive cigarette smoking and the occurrence of breast cancer. *Am J Epidemiol*, 149(1), 5-12.
 - Malin, A., Matthews, C., & Shu, X. (2005). Energy balance and breast cancer risk. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 14(6), 1496-1501.
 - Mattisson, I., Wirfält, E., Johansson, U., Gullberg, B., Olsson, H., & Berglund, G. (2004 Jan 12). Intakes of plant foods, fibre and fat and risk of breast cancer--a prospective study in the Malmö Diet and Cancer cohort. *Br J Cancer*, 90(1), 122-127.
 - Moodi, M., Sharifirad, G., Tahergorabi, Z., & Mostafavi, F. (2012). Get to Know Breast Cancer Pathway Toward Health. *Isfahan University of Medical Sciences Publisher*.
 - Nelson, H., Zakher, B., Cantor, A., Fu, R., Griffin, J., O'Meara, E., . . . Miglioretti, D. (2012). Risk factors for breast cancer for women aged 40 to 49 years: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*, 156(9), 635-648.
 - Onson, K., & Ranapor, S. (2011). Breast cancer and the effect of environmental factors involved. *New Cellular and Molecular Biotechnology Journal*, 1(4), 59-70.
 - Petralia Sandra, A., Vena, J., Freudenheim, J., Michale, A., Goldberg, M., & Blair, A. (2000). Risk of premenopausal breast cancer and patterns of established breast cancer risk factors among teachers and nurses. *AJOF Indu Med*, 351(37), 141.

- Porter, P. (2008). Westernizing Women's Risks? Breast Cancer in Lower-Income Countries. *N Engle J med*, 385(3).
- PourRanjbar, M., A.-M.M., & Ghadimi, B. (2016). The Relationship between Breast Cancer and Lifestyle based on Cockerham and Bourdieu Theory: a study on Ker-man women. *Health Develop J*, 5(3), 238-256.
- Reynolds, P., Hurley, S., & Goldberg, D. (2004). Active smoking, household pas-sive smoking, and breast cancer: evidence from the California teachers study. *J Natl Cancer Inst*, 96(1), 29-37.
- Rezaianzadeh, A., Hassanipour Azgomi, S., Mokhtari, A. M., Maghsoudi, A., Naz-arzadeh, M., Dehghan, S. L., & Salar, R. K. (2016). The Incidence of Breast Cancer in Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Analytical Oncology*, 5(4), 139-145. doi: 10.6000/1927-7229.2016.05.04.2
- Rogers, I., Northstone, K., Dunger, D., Cooper, A.R., Ness, A., & Emmett, P.M. (2010). Diet throughout childhood and age at menarche in a contemporary cohort of British girls. *Public Health Nutr.*, 13(12), 2052-2063.
- Roohparvarzade, N. (2014). Prevalence of risk factors for breast cancer in women (20 to 69 Years old) in Isfahan 2012-2013. *IJBD*, 7(1), 52-61.
- Sadeghi, M., Akbari, M. E., Rashidkhani, B., Ajami, M., Jamshidi-Naeini, Y., & Davoodi, S. H. (2017). Association between Dietary Patterns with Breast Cancer and Pathobiological Factor HER-2. *J Mazandaran Univ Med Sci*, 26(144), 76-87.
- Saki, A., Hajizadeh, E., & Tehranian, N. (2011). Evaluating the Risk Factors of Breast Cancer Using the Analysis of Tree Models . *Horizon Med Sci.*, 17(1), 60-68.
- Sant, M., Allemani, C., Sieri, S., Krogh, V., Menard, S., & Tagliabue, E. (2007). Salad vegetables dietary pattern protects against HER-2-positive breast cancer: a pro-spective Italian study. *Int J Cancer*, 121(4), 911-914.
- Scheen, A., Beck, E., De Flines, J., & Rorive, M. (2011 May-Jun). Obesity, insulin resistance and type 2 diabetes: risk factors for breast cancer. *Rev Med Liege.*, 66(5), 238-244.
- sellers, T., Anderson, V., & potter, J. (2000). Epidemiologic and genetic follow up of 599 minnesota breast cancer familliers: design and methods. *Genet Epidemiol*, 12(4), 117-129.



-
- Shim, E., Mehnert, A., Koyama, A., Cho, S., Inui, H., Paik, N., & Koch, U. (2006 Oct). Health-related quality of life in breast cancer: A cross-cultural survey of German, Japanese, and South Korean patients. *Breast Cancer Res Treat*, 99(3), 341-350.
 - Sieri, S., Krogh, V., & Muti, P. (2002). Fat and Protein intake and subsequent breast cancer risk in postmenopausal women. *Nutr Cancer*, 42(1), 10-17.
 - Tahergorabi, Z., Moodi, M., & Mesbahzadeh, B. (2014). Breast Cancer: A preventable disease. *J Birjand Univ Med Sci*, 21(2), 126-141.
 - Toleutay, U., Reznik, V., Kalmatayeva, Z., & Smigelskas, K. (2013). Risk factors of breast cancer in kyzylorda oblast of Kazakhstan: a casecontrol study. *Asian Pac J Cancer Prev*, 14(10), 5961-5964.
 - Tumas, N., Niclis, C., Aballay, L., Osella, A., & Diaz Mdel, P. (2014). Traditional dietary pattern of South America is linked to breast cancer: an ongoing case-control study in Argentina. *Eur J Nutr*, 53(2), 557-566.
 - Weihofen, D. (2010). Fighting cancer with food and nutrition. *Society of Gynecologic Nurse Oncologists*, 20(1), 22-35.
 - Weinbreg, R., & Komaroff, A. (2008). Your lifestyle, your genes, and cancer. *News Week*, 151(26), 3-40.
 - Wu, A., Yu, M., Tseng, C., & Pike, M. (2008). Epidemiology of soy exposures and breast cancer risk. *Br J Cancer*, 98(1), 9-14.
 - Zhang, C., Ho, S., Chen, Y., Lin, F., Fu, J., & Cheng, S. (2011). Dietary folate, vitamin B6, vitamin B12 and methionine intake and the risk of breast cancer by oestrogen and progesterone receptor status. *Br J Nutr*, 106(6), 936-943.

Table 1. Articles done in the field of the lifestyle of women with breast cancer.

| Results | Sample and Specifications | Method of the study | Title | Year | Authors |
|---|--|--------------------------------|---|---------------------|---------------------|
| There is no relationship between smoking and breast cancer | 216 Healthy women and 107 women with breast cancer | Case-control | Investigation of relationship of individual and social characteristics, lifestyle and stressor factors with breast cancer in females | 2001-Iran | Atarparsae& et al |
| Smoking increases the risk of breast cancer | 180 Healthy women and 170 women with breast cancer | Case-control | Assessment of certain breast cancer risk factors during reproductive age in women in Mashhad | 2004-Iran | Fathi Najafi& et al |
| Healthy diet and use a variety of vitamins, decrease the risk of breast cancer | 39 case- control and cohort studies | Review study and meta-analysis | Dietary patterns and breast cancer risk: a review study and meta-analysis | 2010-United Kingdom | Brennan& et al |
| High intake of meat (such as Western food pattern), high consumption of tea and use of prepared food have an important role in increase the risk of breast cancer | 438 Healthy women and 438 women with breast cancer | Case-control | Dietary folate, vitamin B6, vitamin B12 and methionine intake and the risk of breast cancer by oestrogen and progesterone receptor status | 2011-China | Zhang&et al |
| Improper and high-fat diet increase the risk of breast cancer in premenopausal age | 420 Healthy women and 200 women with breast cancer | Case-control | Risk factors for breast cancer by age and menopausal status | 2001-China | Hinpeng& et al |
| High Consumption of fat foods and less Consumption of antioxidant foods, increase the risk of breast cancer | 97 Healthy women and 97 women with breast cancer | Case-control | Comparisons of food intake between breast cancer patients and controls in Korean women | 2007-Korea | Kim & et al |



| | | | | | |
|--|---|------------------|---|--------------------------------|----------------------------|
| There is no association between breast cancer and red meat consumption, high-fat snacks, desserts and high-fat animal foods, but eating sweets increases the risk of breast cancer | 1451 Healthy women and 568 women with breast cancer in the range of 20-44 years old | Case-control | Increased risk of early-stage breast cancer related to consumption of sweet foods among women less than age 45 in the United States | 2002-USA | Potischman& et al |
| Coffee and caffeine are not associated with the risk of breast cancer | 52062 women 21-69 years old | Cohort | Tea and coffee intake in relation to risk of breast cancer in the Black Women's Health Study | 2010-USA | Boggs& et al |
| Women with breast cancer consumed more fat, protein, and carbohydrates than others | 590 women 40-79 years old | Cohort | Dietary fat, calories and the risk of breast cancer in postmenopausal woman: A prospective population-based study | 2000- California | Barrett-Connor&Friedlander |
| There is a significant positive relationship between animal protein intake and breast cancer risk | In 3298 girls | Cohort | Diet throughout childhood and age at menarche in a contemporary cohort of British girls | 2010-South-West United Kingdom | Rogers& et al |
| Fiber consumption is inversely associated with breast cancer but sugar and carbohydrate intake are positively associated with this type of cancer | 31 case- control and cohort studies | A Review studies | Cancer of breast | 2002-USA | Birkimer& et al |
| There is a positive relationship between animal protein intake and breast cancer, but there is inverse relationship between breast cancer and carbohydrate intake | 214 women at Postmenopause age | Cohort | Fat and Protein intake and subsequent breast cancer risk in postmenopausal women | 2002-Italy | Sieri& et al |

| | | | | | |
|--|--|----------------|--|-----------------|--------------------|
| Folate, B vitamins, fruits, vegetables decrease the risk of breast cancer | 238 women without breast cancer | Cohort | Salad vegetables dietary pattern protects against HER-2-positive breast cancer: a prospective Italian study | 2007-Italy | Sant& et al |
| High fibre and low fat decrease the risk of breast cancer | 11 726 postmenopausal women | Cohort | Intakes of plant foods, fibre and fat and risk of breast cancer--a prospective study in the Malmö Diet and Cancer cohort | 2004- Sweden | Mattisson& et al |
| Soy food has protective effects against breast cancer | 1 cohort and 7 case-control studies | Meta-analysis | Epidemiology of soy exposures and breast cancer risk | 2008-USA | Wu& et al |
| Women who eat fruits and vegetables are less likely to get breast cancer | 450 Healthy women and 220 women with breast cancer | Case-control | Traditional dietary pattern of South America is linked to breast cancer: an ongoing case-control study in Argentina | 2014- Argentina | Tumas& et al |
| Consumption of vegetables, fruits, soy, curd, milk and fish is inversely related to breast cancer | 22,333 Healthy women and 1885 women with breast cancer | Case-control | Dietary patterns and the risk of breast cancer in Japanese women | 2007-Japan | Hirose& et al |
| Animal protein is positively associated with breast cancer when consumed in large amounts | 1548 Healthy women and 820 women with breast cancer | Case-control | The association of fat and other macronutrients with breast cancer: a case-control study from Greece | 2001- Greece | Katsouyanni& et al |
| There is no association between consumption of carbohydrates and protein with the incidence of breast cancer, but this cancer is associated with dietary fat | 9 cohort and 13 case- control studies | A Review study | Aspects of the rationale for the woman's health trial | 2000-Seattle | Prentice& et al |
| Solid fats are positively associated with breast cancer | 12 cohort and 17 case- control studies | A Review study | Dietary fat and risk of breast cancer | 2005- India | Binukumar& Mathew |

| | | | | | |
|---|---|---------------------|---|---------------|------------------------|
| There is a positive correlation between animal fat and breast cancer, and high intake of unsaturated fatty acids are protective factors for breast cancer | 2588 Healthy women and 2569 women with breast cancer | Case-control | Energy sources and risk of cancer of the breast and colon-rectum in Italy | 2000-Italy | Favero& et al |
| Omega 3 and 6 unsaturated fats found in vegetable oils prevent from breast cancer | 218 Healthy women and 191 women with breast cancer | Case-control | Association of p53 genetic polymorphism (Arg72Pro) with estrogen receptor positive breast cancer risk in Japanese women | 2004-Japan | Noma& et al |
| There is no association between breast cancer and fat consumption | 220 women with malignant breast cancer and 179 women with benign breast cancer and 1178 healthy women | Case-control | Case-control study of breast cancer in south east England: nutritional factors | 2001- England | Cade& et al |
| There is no relationship between the disease and dietary patterns, including animal fat intake | 3 cohort and 8 case-control studies | Meta-analysis | Nutrition and primary prevention of breast cancer: foods, nutrients and breast cancer risk | 2005-Ireland | Hanf &Gonder |
| Fiber and diet containing vitamins B1, B2, B6 and folic acid are a protective factor against breast cancer | 154 Healthy women and 151 women with breast cancer | Case-control | Association between Vitamin D Intake and Risk of Breast Cancer in Iranian Women: A Case-control Study | 2017-Iran | Jamshidi Naeini& et al |
| Reducing the intake of fat intake, is not associated with a reduced risk of breast cancer | A total of 88,795 women free of cancer and followed up for 14 years | Cohort | Association of dietary intake of fat and fatty acids with risk of breast cancer | 2000-USA | Holmes& et al |
| A healthy lifestyle combined with exercise and a balanced weight reduced the risk of breast cancer, but alcohol consumption increased the risk of breast cancer | Reviewed 27 studies(14 case-control and 13 cohort studies) from 2007 to 2010 | A systematic review | Risk and protective factors for breast cancer: a systematic review | 2011-Brazil | Inumarú& et al |
| tobacco and alcohol consumption, increased the risk of breast cancer | 14 cohort and 18 case-control studies | A review study | Breast Cancer: A preventable disease | 2014-Iran | Tahergerabi& et al |

| | | | | | |
|---|---|--------------|---|-----------------|----------------------|
| The ratio of breast cancer to the consumption of alcoholic beverages increases | 1,280,296 middle-aged women and followed up for 7.2 years | Cohort | Moderate alcohol intake and cancer incidence in women | 2009-UK | Allen& et al |
| Women with a higher risk of breast cancer observed among smokers than non-smokers | 116,544 of California Women | Cohort | Active smoking, household passive smoking, and breast cancer: evidence from the California teachers study | 2004-California | Reynolds& et al |
| Incidence of breast cancer is almost 30 % higher among women who smoke than those who have never smoked | 11140 smoker women and 36017 non-smokers | Cohort | Cigarette smoking and the incidence of breast cancer | 2011-USA | Xue& et all |
| Breast cancer is twice as common in women who smoke as in non-smokers, and if they start smoking before the age of 12, their chances of developing cancer increase to 7.5 | 765 Healthy women and 334 women with breast cancer | Case-control | Active and passive cigarette smoking and the occurrence of breast cancer | 2000-USA | Lash & Aschengrau |
| Smoking is associated with breast cancer and this relationship is affected by the duration and amount of that | 89,835 Canadian women between the ages of 40 and 59 | Cohort | Active cigarette smoking and risk of breast cancer | 2015-Canada | Catsburg& et al |
| Smoking has the protective effect on the risk of breast cancer | 9,529 Healthy women and 6,888 women with breast cancer | Case-control | Cigarette smoking and breast cancer | 2000-Wisconsin | Baron JA& Longnecker |
| Getting plenty of calories that lead to overweight and obesity along with low physical activity, are associated with breast cancer. The association of these factors with breast cancer | 1556 Healthy women and 1459 women with breast cancer | Case-control | Energy balance and breast cancer risk | 2006-Canada | Malin& et al |

| | | | | | |
|---|--|-----------------|---|--------------|-------------------|
| is more severe after menopause than before menopause | | | | | |
| Bad habits, such as sedentary lifestyle, are associated with breast cancer | 413 women with breast cancer from Germany (195), Japan (112) and Korea (106) | Cross-sectional | Health-related quality of life in breast cancer: A cross-cultural survey of German, Japanese, and South Korean patients | 2006-Germany | Shim& et al |
| Having physical activity at least once a week and women with the history of breast feeding had lower risk of breast cancer but women with the stress history had higher risk of breast cancer | 170 Healthy women and 170 women with breast cancer | Case-control | Risk factors of breast cancer in Dezful city of Iran: a case-control study | 2016-Iran | Jafarina& et al |
| There is a correlation between physical activity and a reduction in breast cancer | Two groups included 628 women who were under 40 years old | Case-control | Evaluating the Risk Factors of Breast Cancer Using the Analysis of Tree Models | 2011-Iran | Saki& et al |
| There is a correlation between physical activity and a reduction in breast cancer but high body mass is directly related to breast cancer | 950 of Iranian women | Cohort | Generalities of the National breast Cancer Control Program of the Islamic Republic of Iran | 2012-Iran | Entezarmahdi |
| There is a positive and significant relationship between obesity and breast cancer and in obese women, the risk of breast cancer is more than 31% | 73,542 premenopausal and 103,344 postmenopausal women (aged 18–80 years) from 9 European countries | Cohort | Body size and breast cancer risk: findings from the European Prospective Investigation into Cancer And Nutrition (EPIC) | 2004-Germany | Lahmann& et al |
| The risk of postmenopausal breast cancer is 1.5 times higher in overweight women and about 2 times | 9 case-control and 15 cohort studies | Meta-analysis | Overweight, obesity, diabetes, and risk of breast cancer: interlocking pieces of the puzzle | 2011-Italy | La Vecchia& et al |



| | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|--------------|------------------|
| higher in obese women than lean women | | | | | |
| Weight gain during adult life, specifically since menopause, increases the risk of breast cancer among postmenopausal women | 87,143 postmenopausal women, aged 30 to 55 years and free of cancer, were followed up for up to 26 years to assess weight change since age 18 years. Weight change since menopause was assessed among 49,514 women who were followed up for up to 24 years | Cohort | Adult weight change and risk of postmenopausal breast cancer | 2006-USA | Eliassen& et al |
| Obesity protects against developing premenopausal breast cancer. The risk of developing breast cancer was 14% in overweight women and 26% in obese women that were lower than normal weight women | 66 English-language studies | A systematic review and meta-analysis | Risk factors for breast cancer for women aged 40 to 49 years: a systematic review and meta-analysis | 2012-USA | Nelson& et al |
| Women who experience stress during the five years prior to the first test are twice as likely to develop breast cancer as women who do not experience stress | 1462 Swedish women 38-60 years old | Cohort | Self-reported stress levels predict subsequent breast cancer in a cohort of Swedish women | 2003- Sweden | Helgesson& et al |
| There is a significant relationship between stress and breast cancer | 2163 Women referred to the Breast Cancer Clinic | Cohort | Psychosocial stress and breast cancer: the inter-relationship between stress events, coping strategies and personality | 2009-London | Cooper& et al |
| The risk ratio of breast cancer due to a stressful event increases by 1.07 and this ratio reaches to 1.35 when there is more than one stressors. The relationship between stress and breast | 10808 Finnish woman | Cohort | Stressful life events and risk of breast cancer in 10808 women: A cohort study | 2003-Finland | Lillberg& et al |

| | | | | | |
|--|---|---------------------------------|---|-----------------|-----------------|
| cancer is due to hormonal changes | | | | | |
| Chronic stress has a significant positive relationship with breast cancer | 114 cases of breast cancer and 196 controls | Case-control | Risk factors of breast cancer in kyzylorda oblast of Kazakhstan: a case control study | 2013-Kazakhstan | Toleutay& et al |
| Change in lifestyle increase the risk of breast cancer | 1976 women with breast cancer | Retrospective historical cohort | Investigate frequency of breast cancer among women in Kermanshah during 2004-2013 | 2016-Iran | Khasi& et al |
| Sedentary lifestyle, obesity and type 2 diabetes increase the risk of breast cancer | 13 cohort and 16 case-control studies | A review study | Obesity, insulin resistance and type 2 diabetes: risk factors for breast cancer | 2011- France | Scheen& et al |
| Sedentary, smoking and obesity, lead to breast cancer | 13781 women 20-69 years old | Cross-sectional | Prevalence of risk factors for breast cancer in women (20 to 69 Years old) in Isfahan 2012-2013 | 2014-Iran | Roohparvarzade |
| The Mediterranean diet (high consumption of fruits, vegetables, beans, olive oil and vegetable oils) reduces the risk of breast cancer | 1071 cases of breast cancer and 1071 controls of similar age (± 5 years) | Case-control | Spanish Mediterranean diet and other dietary patterns and breast cancer risk: case-control EpiGEICAM study | 2014-Spain | Castello& et al |
| Dietary fat consumed during adolescence associated with increasing the risk of breast cancer among premenopausal women | 39,268 premenopausal women | Cohort | Adolescent diet in relation to breast cancer risk among premenopausal women | 2010-USA | Linos& et al |
| smokers are 12 percent more likely to develop breast, and the risk is higher for women who start smoking before the birth of their first child | 73 388 women and follow-up for 13.8 years. 14 cohort studies | Cohort and meta-analysis | Active smoking and breast cancer risk: original cohort data and meta-analysis | 2013-America | Gaudet& et al |

Acompañamiento creativo para el duelo por muerte en contexto hospitalario: La experiencia en un Hospital en Bogotá

Creative support for death grief in a hospital context: the experience in a Bogotá hospital

Apoio criativo ao luto pela morte no contexto hospitalar: a experiência em um hospital de Bogotá

María Teresa Buitrago Echeverri¹; Ángela María Sierra González²; Diana Norella Córdoba Rojas³; & Ana María Medina Ch⁴

Cómo citar este artículo: Buitrago, M., Sierra, G., A.M., Córdoba, R., D.N., Medina Ch, A.M. (2023). Acompañamiento creativo para el duelo por muerte en contexto hospitalario: La experiencia en un Hospital en Bogotá. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(66). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.66.10>

Received: 12/02/2023

Accepted: 02/05/2023



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

¹PhD Salud Pública. Investigadora Docente Facultad de Ciencias de la Salud y el Deporte, Fundación Universitaria del Área Andina Bogotá Colombia. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6667-5774>; Correo Electrónico: mbuitrago36@areandina.edu.co

²Mg en Teología. Profesora Facultad de Teología de la Pontificia Universidad Javeriana. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2091-6097>; Correo Electrónico: angela.sierra@javeriana.edu.co

³MSc. Salud Pública. Profesor Instructor. Facultad de Enfermería. Departamento de Enfermería en Salud Colectiva, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. Colombia. Orcid:<https://orcid.org/0000-0002-6587-9568>; Correo electrónico: cordoba.diana@javeriana.edu.co,

⁴PhD. Salud Pública. Profesor Asistente. Instituto de Envejecimiento. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. Colombia. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9132-0557>; Correo electrónico: medina.ana@javeriana.edu.co.

***Correspondencia:** Calle 30#3A-32. Bogotá, Colombia. Contacto Principal: medina.ana@javeriana.edu.co

Abstract: The article presents the results of a participatory research process based on the arts, which sought to incorporate art and creativity in seven units of a high-complexity university hospital, for support at the end of life and bereavement. This was done through the provision of kits with materials with creative potential and the development of awareness and creation workshops with health and administrative staff, patients, and family members. The process was produced through participant observation and field diaries. Informal, semi-structured interviews and a discussion group were also conducted to identify the main barriers and facilitators of the proposal. We conclude that, in order to integrate this type of resources and for care centered on the person and families, health services require deep transformations that include death as a significant experience, giving space to their own mourning and emotions, which would reduce Fatigue due to inflammation is very frequent in health personnel confronted with death in a systematic way. The project was approved by the respective ethics committee.

Keywords: Arts-based research; grief; death; health personnel.

Resumen: El artículo presenta los resultados de un proceso de investigación participativa basada en las artes, en el que se buscó incorporar el arte y la creatividad en siete unidades de un hospital universitario de alta complejidad, para el acompañamiento en final de vida y duelo. Esto se hizo a través de la disposición de kits con materiales con potencial creativo y el desarrollo de talleres de sensibilización y creación con personal sanitario, administrativo, pacientes y familiares. El proceso se registró a través de observación participante y diarios de campo. También se realizaron reuniones periódicas, entrevistas informales, semiestructuradas de seguimiento y un grupo de discusión para identificar las principales barreras y facilitadores de la propuesta. Concluimos que, para poder integrar este tipo de recursos y para una atención centrada en la persona y las familias, los servicios de salud requieren transformaciones de fondo que incluyan la muerte como experiencia significativa, dando espacio a sus propios duelos y emociones, lo que reduciría la fatiga por compasión muy frecuente en personal de salud enfrentado a la muerte de manera sistemática. El proyecto contó con la aprobación del comité de ética respectivo.

Palabras clave: Investigación basada en artes; duelo; muerte; personal de salud.

Resumo: O artigo apresenta os resultados de um processo de pesquisa participativa baseado nas artes, que buscou incorporar arte e criatividade em sete unidades de um hospital universitário de alta complexidade, para apoio no final da vida e luto. Isso foi feito por meio da disponibilização de kits com materiais com potencial criativo e do desenvolvimento de oficinas de sensibilização e criação com equipe de saúde e administrativa, pacientes e familiares. O processo foi produzido por meio de observação participante e diários de campo. Também foram realizadas entrevistas informais semiestructuradas e um grupo de discussão para identificar as principais barreiras e facilitadores da proposta. Concluimos que, para integrar este tipo de recursos e para um cuidado centrado na pessoa e na família, os serviços de saúde necessitam de profundas transformações que incluam a morte como uma experiência significativa, dando espaço ao seu próprio luto e emoções, o que reduziria a fadiga por a inflamação é muito frequente em profissionais de saúde confrontados com a morte de forma sistemática. O projeto foi aprovado pelo respectivo comitê de ética.

Palavras-chave: Pesquisa baseada em artes; luto; morte; pessoal de saúde.

INTRODUÇÃO

A nivel global el lugar de fallecimiento varía de acuerdo a cada país. Mientras en Europa la tendencia es a que estos ocurren con mayor frecuencia en contexto hospitalario (Jiang & May, 2021), en Estados Unidos la tendencia de los últimos años es a un aumento en que ocurran en el hogar (Cross & Warraich, 2019). En Colombia, la tendencia es a que la mayoría de las muertes ocurran en contexto hospitalario. Esto convierte al hospital en un escenario en donde no solo acontece la muerte biológica, sino donde tanto los pacientes, como los familiares y personal de salud deben afrontarla a diario. En el hospital adscrito a la institución universitaria de las autoras, la experiencia de la muerte fue reportada por el personal de salud como una experiencia difícil, para la cual no tenían herramientas de acompañamiento en final de vida, que generaba angustia y frustración. Esta situación problemática despertó interés en docentes, personal de salud y estudiantes de pre y postgrado, tanto por caracterizar el proceso de morir y de acompañamiento a la muerte en contexto hospitalario, como por desarrollar estrategias creativas de afrontamiento del duelo que les permitieran satisfacer esa necesidad. La revisión de literatura sobre cómo acompañar el fin de vida en contextos hospitalarios, a pesar de ser escasa, llevó al equipo a considerar la investigación participativa basada en las artes como el camino para desarrollar dichas estrategias.

En primera estancia se ha señalado que la muerte en general se ha medicalizado tanto en términos de escenario, como en términos de quién y cómo se decide sobre los procesos de final de vida, asignando esta responsabilidad principalmente al personal médico, dejando muchas de las necesidades emocionales, espirituales o materiales sin un referente claro o asignadas al personal de salud que no está formado para ello (Blasco-Fontecilla, 2014). En Colombia los procesos de medicalización e institucionalización han trasladado la muerte y las primeras fases del duelo por muerte al ámbito hospitalario (Suárez, 2011), asignando las funciones de acompañamiento a expertos regulando el proceso a través de la asignación de tiempos, protocolos o guías de atención, así como procesos burocráticos y espacios de espera. Estos procesos regulan la interacción y con ella las emociones y las prácticas rituales alrededor de la muerte y el duelo, en especial desde una perspectiva biomédica, dejando de lado estrategias de afrontamiento personales, familiares o colectivas.

En general, todas las sociedades han desarrollado formas rituales para afrontar la muerte y llevar a cabo el duelo (Pacheco, 2003). En estos rituales se expresan e interpretan de manera compleja y sutil las relaciones sociales, la comprensión de la vida, la muerte y el más allá. El ritual se constituye en una forma de articular dos mundos, de cruzar los márgenes de la vida, y para el doliente regresar o mantenerse en el mundo de los vivos. La antropología, la teología y la sociología han aportado a la caracterización de los rituales (Katz, Hockey y Small, 2001), enfatizando en su importancia como expresión de fe, comunidad y pertenencia en cada tiempo y cultura. Considerar la muerte como un ritual obliga a considerar que no se trata solo de un evento individual, privado o incluso familiar, sino que es fundamentalmente social, comunitario, e involucra a múltiples actores, incluyendo al personal de salud dentro del contexto hospitalario. En tanto la muerte se experimenta en los márgenes simbólicos de las sociedades, los rituales son necesarios para acompañar el tránsito del sujeto entre los estados de la vida y la muerte, para despedirlo, y para que los dolientes recuperen o construyan un nuevo rol en el mundo. Los rituales permiten el vínculo del mundo de la muerte con el mundo de la vida, la re significación de sí mismo y la reorganización de roles, la reconstrucción de la identidad y la renovación de los vínculos sociales y de complejos mecanismos de redistribución y retribución que la muerte rompe en la vida social (Cacciatore y Flint, 2012; Campbell, 2000; Fristad, Cerel, Goldman, Weller y Weller, 2000; Henderson 2013; Hull, 2014; Lawrence, 2005; Paceheco Borrella, 2003; Reeves, 2011; Romanoff y Terenzio, 1998; Sheffer, 2015). Adicionalmente los rituales pueden ser mecanismos de control y demanda social, fuente de sanciones morales y disputa entre saberes (Oushakine, 2006), así como fuente de disputa entre roles y actores. Si los rituales involucran todas estas dimensiones, pensar en que al interior de los hospitales estos son excluidos o reducidos a su mínima expresión, explica en parte las dificultades que los diversos actores enfrentan frente a la muerte en estos escenarios. Este trabajo parte del supuesto que la inclusión de microrituales diversos y creativos en las primeras fases del duelo al interior del hospital puede brindar empoderamiento a los diversos actores frente a estos mecanismos de control, resignificando la muerte no como algo doloroso, externo y ajeno, sino como expresión de la vida (Sheffer, 2015).

Como respuesta a la institucionalización y medicalización de la muerte y por consiguiente el duelo que la sucede, propusimos un proyecto de investigación cuyos resultados se presentan en este artículo.

Objetivo

Explorar el uso y apropiación por parte del personal de salud, de diversos materiales creativos a modo de kit, como elementos para acompañar a las personas que están viviendo o acompañando la pérdida de un ser querido o un paciente, al interior de un hospital universitario en la Ciudad de Bogotá, y describir las barreras y posibilidades de la implementación de un kit de acompañamiento del duelo por muerte en dicho contexto.

MÉTODO

El proyecto se desarrolló desde una perspectiva de investigación cualitativa basada en las artes. Esta perspectiva -de corte crítico y participativo- reconoce la posibilidad de “construir procesos de investigación orientados a la acción que resulten útiles dentro de la comunidad local donde se origina el estudio” (Denzin y Lincoln, 2015, p.114), dando lugar a los participantes no como informantes sino como colaboradores.

A partir del interés inicial de la Unidad de Cuidado Paliativo y Atención al Usuario y su programa de Humanización, surgió la necesidad de indagar, caracterizar y responder al proceso de fin de vida en contexto hospitalario y a la necesidad de desarrollar capacidades en el personal para responder a estos escenarios. A partir de la revisión de la literatura y la propuesta metodológica de investigación basada en las artes, se propuso en equipo la creación de un kit que incluyera materiales con los que los usuarios y personal de salud pudiera elaborar microrituales y articularlos a su vida cotidiana como herramienta para el acompañamiento al duelo y el fin de vida. Este proceso tomó aproximadamente año y medio, tanto en la ideación como en la implementación del kit, y su seguimiento. La selección de los lugares y servicios, así como la configuración de los elementos del kit, contó con la activa participación de personal y directivos, definiendo a quién invitar y qué materiales podían o no incluirse, así como los lugares o personas con los que se trabajaría de acuerdo a sus lógicas internas. El equipo de trabajo definió la inclusión de materiales como colores, lanas, papel de origami, velas, aceites aromáticos, entre otros, que se consideraban como útiles para diversos perfiles y usuarios. En este proceso estuvieron vinculadas las unidades de Cuidado Paliativo, Pediatría, Atención al Usuario, Acompañamiento espiritual, Cuidado intensivo, el centro de Memoria y Cognición -Intellectus, Geriátrica, y de estas unidades por lo menos un profesional salud, pudiendo ser clínico o asistencial (médicos especialistas, enfermeras, residentes, personal de apoyo). Después de tres meses de preparación conjunta, que incluía la discusión y sustentación del uso de los diversos materiales, así como su uso y pilotaje por parte del equipo, se entregaron 8 kits a las unidades mencionadas.

El seguimiento de la forma como el kit fue asumido por cada una de las unidades participantes, se realizó mediante observación participante y entrevistas no estructuradas de aprox. 50 minutos cada una, a los participantes entre septiembre de 2018 y julio de 2019 para hacer seguimiento del proceso. En las que se indagaba por las diversas formas de uso que habían emergido en la práctica, los materiales más versátiles y los aportes a su enfrentamiento cotidiano con la atención al duelo. En mayo de 2019 se realizó un grupo de discusión con los participantes con el fin de discutir grupalmente los mismos temas. El grupo tuvo una duración de 2 horas. Para la entrevista semiestructurada de seguimiento se le preguntó a un participante por unidad sobre el uso de los materiales, la forma y lugar de disposición del kit, los usos que le habían dado, las dificultades para utilizarlo así como las experiencias valoradas como exitosas de su parte.

Adicionalmente se realizaron 14 talleres con un promedio de participación de 10 asistentes, en donde se desarrollaban el tema de la muerte y el duelo acompañado con el uso del material creativo o el arte como herramientas de intervención. Esto incluyó talleres de canto colectivo, talleres de magia, origami, tejido; y respiración y meditación como estrategias para regular las emociones. Estos talleres se realizaron tanto con profesionales de salud como con familiares de pacientes que estaban en duelo. También se realizaron dos intervenciones colectivas de rememoración de seres queridos fallecidos en espacios cercanos al hospital. Finalmente se realizó un coloquio, en el que se convocaba tanto a la comunidad universitaria, hospitalaria y sociedad civil, para problematizar la realidad de la muerte y el duelo en contexto hospitalario.

Las observaciones y reflexiones fueron consignadas en diarios de campo, y esto incluyó el registro de conversaciones o entrevistas informales, por parte de varios miembros del equipo incluyendo investigadores y trabajadores de las unidades. Para esto se realizó un taller de entrenamiento en la realización de diarios de campo con los participantes. Periódicamente el equipo de investigación se reunía para reflexionar sobre las actividades realizadas.

Todo el material fue transcrito a documento de texto para posterior análisis de contenido con codificación abierta y luego selectiva usando para el efecto una matriz analítica de datos. De igual forma el proyecto contó con un videografo quién realizó registro de las intervenciones representadas en fotografías y videos cortos a manera de memoria documental del proceso, usados para la difusión de resultados por otros medios.

El proyecto contó con aprobación de los comités de investigación y ética exigidos tanto por el Hospital como por la Universidad vinculada al proceso. En todos los casos se solicitó consentimiento informado individual y autorización de los jefes de las respectivas unidades, proceso que se realizó de manera previa y concertada con todos los actores y unidades involucradas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A partir del análisis de contenido de las entrevistas, la revisión de literatura y el proceso de investigación participativa se identificó que la muerte, el duelo y el acompañamiento al duelo, son efectivamente eventos críticos, desorientadores, pueden contener potencia transformadora, creativa

y de comprensión de la vida (Flanagan, 2014). En general el personal de salud y los familiares que afrontan la muerte en contextos hospitalarios experimentan esta desorientación y crisis de múltiples formas. El proyecto partió del supuesto que al crear estrategias creativas y rituales estos procesos podrían desarrollarse y nutrir a los involucrados, considerando que “el duelo puede ser una posibilidad de desarrollo” (Manzzini, 2009, p.302).

El desarrollo de la propuesta participativa tuvo inicialmente acogida al interior de las Unidades invitadas y finalmente se constituyó un equipo de trabajo interdisciplinar (Tabla 1) interesado en el problema y en la posibilidad de generar estrategias para afrontarlo.

Tabla 1 Participantes en el proyecto

| Perfil | Número de participantes |
|---|-------------------------|
| Estudiantes de especialización en geriatría | 1 |
| Estudiantes pregrado ciencias sociales y humanidades | 7 |
| Estudiantes de pregrado en medicina | 2 |
| Médicos especialistas distintas unidades (pediatría, patología, medicina paliativa) | 4 |
| Investigadoras (Facultades de Enfermería, Medicina, Teología) | 3 |
| Profesores vinculados (Facultades de ciencias sociales, arquitectura y diseño, filosofía) | 3 |
| Enfermeras distintas unidades | 4 |
| Psicóloga | 1 |
| Teólogos, acompañantes espirituales | 3 |

Fuente: Elaboración propia

El análisis de contenido de entrevistas, grupos de discusión y diarios de campo permitió la profundización en las categorías centrales para comprender tanto las barreras como las potencialidades y efectos del proceso: la medicalización, la burocratización, la fatiga por compasión, la valoración de la estética ante el duelo y la emergencia de la espiritualidad ante el duelo.

Medicalización de la muerte y el duelo

La denominada “medicalización de la vida” es un problema abordado desde las ciencias sociales y de la bioética de manera amplia en el siglo XX y XXI. Entendemos la medicalización como el proceso mediante el cual problemas denominados como normales de carácter social, son considerados eventos “patológicos” y exclusivos del ámbito biomédico; es decir el proceso por el cual los problemas no médicos son definidos y tratados como tales, usualmente en términos de enfermedad y desordenes, entre los cuales se encuentran la muerte y el duelo (Conrad, 1992; Foucault, 1990; Foucault, 2001; González, 2018; Galati, 2019; Márquez y Meneu, 2003; Sy, 2018). “La medicalización es un proceso continuo que se autoalimenta y crece de forma constante, facilitado por una situación en la que la sociedad va perdiendo toda capacidad de resolución y su nivel de tolerancia” (Orueta et al, 2011, p. 150).

En el trabajo realizado se encontró que, si bien la muerte y las primeras fases del duelo ocurren mayoritariamente dentro de instituciones hospitalarias, no son necesariamente objetos de intervención, o atención, en la medida que el objeto del hospital y de la medicina es la curación. En los diarios de campo la muerte no apareció como fenómeno descrito o acompañado por parte del personal médico, e incluso se identificó como un tema que no debía tratarse: “Cómo hablar de la muerte y el duelo en una unidad en donde se trabaja para salvar a niños que, de acuerdo a nuestra verdad colectiva, no deben morir, deben vivir a pesar de las condiciones o enfermedades que tengan” (Entrevista médico pediatra).

Es de esta manera que se medicaliza: en su negación. Ante la inminencia o llegada de la muerte, el médico se retiraba rápidamente del escenario cediendo el espacio a otros actores como personal de atención al usuario, enfermeras y capellanes, que eran los encargados de esos micro rituales como arreglar el cuerpo, prepararlo para la visita de los familiares, limpiar o suministrar los sacramentos. Los familiares quedaban muchas veces relegados de la escena con la responsabilidad de cumplir labores burocráticas. Al estar el sistema de salud construido alrededor de la atención individual el acompañamiento a los familiares era rara vez considerado como necesario. La manera como personal de salud y familiares se relaciona en este momento era al momento de dar malas noticias, considerada por el personal de salud como extremadamente difícil, así como guiar en los procesos burocráticos. La mayoría de los casos estas acciones se delegan a enfermería, o en casos donde la expresión de dolor era interpretada como anormal, se solicitaba interconsulta con psiquiatría.

En el hospital existían protocolos que orientaban qué hacer con quien estaba en proceso de morir o fallecer, regulando las visitas a los familiares, suministrando o no medicamentos, alimentos, líquidos, realizando o no exámenes de laboratorios o tomas de muestras. Todo esto desde una perspectiva biológica, acompañada de los procesos burocráticos y administrativos que implica la muerte. Sin embargo, el acompañamiento integral, considerando la parte espiritual, socio-cultural y familiar no se consideraba competencia del personal de enfermería o médico. Así el acto médico se reduce a una orden médica o un procedimiento burocrático, dejando de lado muchas veces las necesidades y deseos del paciente y sus familias como medida preferente (Ruiz, 2014).

Estas expresiones de la medicalización, nos acercan a lo que Illich citado por Shy (2018), denominaría iatrogenia cultural, en referencia a la forma como el obrar de la medicina moderna destruye el potencial cultural que los grupos humanos han construido tradicionalmente para enfrentar de manera autónoma la enfermedad, el dolor y la muerte.

Burocratización de la muerte y el duelo

Abadía y Oviedo desarrollaron el término itinerario burocrático como las “demandas obligatorias administrativas, financieras y jurídicas que el sistema de aseguramiento impone a los pacientes y familiares para acceder a los servicios o recibir una atención adecuada. Estos itinerarios aumentan el sufrimiento por causa de fallas en: acceso, calidad, integralidad y atención oportuna.”

(Abadía y Oviedo, 2010, p 96). En este caso se habla de la burocratización de la muerte y el duelo como la imposición de lógicas, procesos o demandas burocráticas administrativas, financieras o jurídicas que se imponen sobre la muerte o el duelo en contexto hospitalario. De la Torre (2017) señala que “en nuestra cultura de la satisfacción, del espectáculo y de la burocratización, de la eficacia y del pragmatismo, tendemos a convertir a la muerte en un tabú, a evitar todo dolor, a privatizar y esconder la muerte, a ocultar y reprimir todo lo que se refiere al morir, a desritualizar y desacralizar el final de la vida en esos limpios y eficientes hospitales y tanatorios” (p.15).

Este proceso fue particularmente evidente en el manejo del tiempo, los espacios y la firma del certificado de defunción, además de una constante referencia a los límites que el sistema mismo impone a cualquier forma creativa de acompañar el duelo en contexto hospitalario. El sistema de atención en salud presiona a los trabajadores sobre la eficiencia de sus acciones, impone unos ritmos de trabajo que impiden dedicar tiempo a acciones que -como las propuestas por el kit- son subvaloradas en esta lógica de productividad. Un médico especialista en el marco del grupo focal señalaba: “Y es que por la cantidad de turnos y de trabajo... solo nos enfocamos en la parte administrativa, la nota del sistema, el certificado”. Mientras que en las entrevistas y talleres realizados la falta de tiempo siempre fue un argumento para no acompañar a las familias a su propio ritmo: Una enfermera señala durante la entrevista: “Hay una barrera muy importante y es el tiempo que nosotros podemos generarle al momento (de la muerte)”, y continúa diciendo: “Yo llego acá a las 2 de la tarde y tengo consulta hasta las 6 de la tarde, no es que me puedo sentar una tarde a trabajar con el kit con la gente”. De la misma manera, una psicóloga señalaba durante el grupo focal que el kit “no ha tenido mayor uso, pero también porque no existe el tiempo y hay una coyuntura, ¿quién se hace cargo de eso?... Yo intenté hacer algo en el servicio, incluso María que es de atención al usuario, recibió un acercamiento sobre el propósito del kit y pensé: ella va a ser, pero no... por las múltiples funciones”. Una médica jefa de unidad señalaba durante la entrevista: “Yo a qué hora voy a poner a mis enfermeras a hacer eso, están muy ocupadas, tienen muchos pacientes”. Y no se trataba solo del uso del kit, sino de generar espacios de acompañamiento a los dolientes que fueran más allá de los procesos de remisión del cuerpo a las funerarias, los procesos legales o los procesos de facturación.

Jiménez (2012) en su estudio sobre la muerte en la sociedad española actual coincide en el predominio de procesos burocráticos, la jerarquización de la autoridad y la distribución del trabajo, así como una marcada impersonalidad, convirtiendo las relaciones en fragmentarias, utilitarias e instrumentales.

Fatiga por compasión en relación con el acompañamiento al duelo

En general los profesionales de la salud, y en especial los médicos, tienen poco o casi nula formación para ayudar al enfermo y su familia a morir y enfrentar el duelo, como un proceso que conlleva lidiar con decisiones técnicas, pero también y sobre todo emocionales y espirituales (Carmona y Blacho, 2008).

Diferentes estudios concluyen sobre la carga emocional que se presenta al enfrentar procesos de muerte y duelo entre los profesionales de la salud. Las respuestas a estas situaciones se mueven en un espectro que pasa por la impotencia, la ansiedad, la tristeza, la ira, la culpa entre otros, generando muchas veces aumento de estrés y desinterés en el rol (Gardner 1999; Gálvez 2006; Hernández, Sánchez y Echevarría, 2017; Jones y Smythe 2015; Nuzum, Meaney y O'Donoghue 2014;).

Algunos autores (Jonas- Simpson et al. 2010; Puia, Lewis y Beck 2013) reportan como parte de la respuesta a estas situaciones: conductas de huida, olvido, evitativas y de distanciamiento, con comportamientos que intentan minimizar los hechos, mostrarse desinteresados o impacientes, incluso oscos y desconsiderados, inhumanos, en el trato con familiares; que son en muchas ocasiones las formas que encuentran para lidiar con el impacto emocional que les causa (Fenwick et al. 2007; Gálvez 2006; Hernández, Sánchez y Echevarría, 2017; Nuzum, Meaney y O'Donoghue 2014). Algunas de estas situaciones fueron evidentes en esta investigación siendo recogidas en los diarios de campo y entrevistas: "La gente le tiene miedo a la muerte y la gente le tiene miedo al llanto, más los profesionales de la salud, porque siempre hay una formación de la fuerza, fortaleza y después te cambian la película y debes ser sensible (...) Se puede deshumanizar a la persona, decir: uno menos de la lista(...) hay momentos que uno esta tan cargado de trabajo que no se siente esa conexión con esa familia" (Cita Diario de campo estudiante medicina). Una psicóloga afirma sobre el equipo médico: "No tengo en mi memoria que hayan ido a acompañar a un entierro, si es positivo o no, es más una cosa de estar afuera... todos acá son muy amables y amorosos, pero a la hora de la muerte son, al contrario, son desprendidos en ese aspecto y es una forma de defenderse..." (Entrevista psicóloga). El agotamiento se expresa en relación a no tener tiempo: "No tener tiempo para ser un patrón común. En los talleres de respiración hubo dificultad para iniciar, para disponer de este tiempo, hay un vínculo constante con el celular" (Cita diario de campo).

Hernández y colaboradores (2017) señalan también con otros autores (Chan et al. 2008; Fenwick et al. 2007; Gálvez 2006; Nuzum, Meaney y O'Donoghue, 2014) que los sistemas de apoyo y redes dentro del mismo ámbito hospitalario para que los profesionales hagan frente a esta situación de manera distinta, son ausentes. Esto puede explicar también, porque en este estudio el uso del kit fue asumido con total compromiso solo por una persona del equipo de atención al usuario y por tres del equipo de cuidado espiritual, personal que tiene dentro de sus funciones atender a pacientes y familiares en procesos de final de vida e implementar procesos de lo que hoy se expresa como 'humanización del cuidado'. Para los demás servicios fue difícil ya que los actores no consideraban parte de su trabajo esta labor o responsabilidad, aun cuando la consideraran necesaria. En general los entrevistados reportaron dificultad y cansancio frente a los familiares y pacientes en final de vida, no tener herramientas para su abordaje y que esto les causaba angustia y estrés en sus labores cotidianas, sin que estas emociones tuvieran –según su percepción– un lugar reconocido o importante dentro de los servicios. Esta última parte es fundamental: los grupos de apoyo, grupos Balint y otros recursos de apoyo al personal de salud existían, solo que no son considerados por ellos mismos como importantes. Los hallazgos nos permiten afirmar con Hernández y Colaboradores (2017), que la negación y el distanciamiento marcan la práctica asistencial, se les dificulta afrontar o

verbalizar la muerte y que esto incluso puede hacer que no consideren los espacios ofertados como apoyo al personal como valiosos.

Valoración de la estética ante el duelo

El arte ha adquirido un lugar privilegiado en el escenario de la muerte y el duelo, en la medida que permite la expresión de emociones, la mas de las veces contradictorias o innombrables, que requieren otras formas de expresión y aceptación (Haine, Ayers, Sandler y Wolchik, 2008).

Mandoki señala que “toda experiencia es por definición estética, pues experimentar equivale a estesis” (Mandoki, 2006, p. 50) y esta es concebida como “la sensibilidad o condición de abertura, permeabilidad o porosidad del sujeto al contexto en el que está inmerso” (p. 67). La muerte, entonces pone al sujeto en un estado de estesis particular, en los que la experiencia sensible le permite percibir el mundo con nuevos ojos, y a la vez experimentar estados inconcebibles para quienes no los han transitado. El doliente se enfrenta con la dificultad de comunicar verbalmente este estado. Uno de los participantes lo expresó así: “Hay momentos en que las palabras no alcanzan...ahí es cuando entra el arte... porque tú sientes que algo en ti se murió... Bendita muerte protagonista todo el tiempo” (Cita diario de campo). Es justo en este estado que el ritual y su dimensión estética y colectiva permite esta comunicación y les permite a los demás actores de la escena acompañar recreando el universo simbólico y social afectado por la muerte. Sin el rito, sin la posibilidad de creación, domina lo biomédico o lo burocrático. Con la estética se reposiciona lo humano.

Para las cuatro personas que asumieron el uso de los materiales del kit, el acompañar implicaba una disposición de los sentidos, una disposición al acompañamiento, un extrañamiento y una disposición permeable a lo desconocido. Esta escena en una sala de espera de cuidados intensivos con algunas personas en duelo anticipado, ilustran como lo estético convocaba a pacientes y personal de salud, generando cuestionamientos vitales:

“Empezamos con los ojos de Dios (figuras geométricas con lanas de colores), disponiendo lanas y materiales sobre la mesa de centro de la sala de espera de cuidados intensivos. Una señora inicia una de las figuras, pero interrumpe la tarea para ir a estar con su esposo. Una mujer mayor que está en la sala me pregunta: Estoy curiosa: ¿qué hace? Le muestro el resultado esperado. Se sienta a aprender y hacer, mientras descansa de acompañar a su nieta que está hospitalizada. ¿Usted va a estar aquí? me pregunta. Si. Aquí voy a estar, tranquila. Llega un familiar de otro paciente y sin mediar se sienta a tejer. Otro hombre se une a la tarea. “Es cuestión de paciencia” dice: “Y a veces toca deshacer lo que está hecho. Es como la vida, ¿no?” (Cita diario de campo)

Los espacios de creación colectiva usando el kit, cuando eran posibles, permitían la vinculación de experiencias, la reflexión sobre la vida, la reducción de la velocidad, la introspección, y por ejemplo el desarrollo de nuevas capacidades (como hacer una mariposa de origami) que en momentos de dolor abrían la posibilidad del descubrimiento de posibilidades antes consideradas impensables, como por ejemplo el perdón o el manejo de la culpa: “Pedir perdón, perdonarse, a veces hablarlo no es fácil, entonces empiezan a escribir o se entregan una carta, como cuando un paciente

está falleciendo y llegan todos los familiares y son disfuncionales y es un momento muy difícil, entonces a veces romper ese hielo no es fácil, entonces les dije, escríbele una carta a tu hermana. Les sugiero que escriban la carta y luego hacemos una flor de loto con la carta. Entonces son cositas sencillas que ayudan bastante para expresar sentimientos” (Participante Grupo focal).

Lo que inicialmente se consideraba extraño, a lo largo del proceso fue encontrando un sentido para los participantes, tanto para los familiares que usaron los kits, como el personal de salud y las investigadoras: “Estas experiencias estéticas fueron muy importantes para todos, no sabía que se podía irrumpir en el hospital de esa manera,... pero creo que la música y la magia son muy a lugar, para distraer un poquito del dolor y ver la situación de distinta manera, pensar que la vida sigue llena de música, que puedo cantar con el otro, que puedo disfrutar aunque se vaya a ir... puedo decir que me estoy permitiendo llorar, cosa que me cuesta permitirme en público... bueno, esto es lo que hace la estética” (Cita diario de campo).

Emergencia de la espiritualidad y de lo colectivo ante el duelo

Mediante el kit y la sugerencia de incluir rituales en el proceso de acompañamiento al duelo se buscaba dar espacio a la espiritualidad por encima de los procedimientos biomédicos establecidos dentro del hospital. Así, por ejemplo, la elaboración de un corazón de origami con una familia permitía, el acompañamiento con sentido, al invitarlos a “abrir el corazón” luego de elaborar la figura con origami con la familia, y pedirles que escribieran sobre el papel abierto, notas para su ser querido enfermo. El corazón luego era dispuesto en la cama del paciente. El carácter ecuménico de estos recursos permitía a los y las acompañantes respuestas ajustadas a cada casa, cada familia, cada religión: “He acompañado independiente de si las personas son de otro credo” (Entrevista persona atención al usuario). Una especialista en geriatría decía: “Yo le digo a la familia de mis pacientes que no llamen a la funeraria tan rápido, que hagan un momento de oración, que reconozca el cadáver, que se despidan y den las gracias” (Entrevista médica especialista). El uso de los materiales permitía no solo la creación sino procesos de destrucción y reconstrucción. Algunos usuarios optaban por romper, arrugar, destruir la figura elaborada: “Romperse significa dolor, pero también transformación. Cuando lo sagrado se rompe, se vuelve aún más sagrado porque, si lo permitimos, nos congrega. Para volver a pegar necesitamos de los otros, necesitamos del ritmo incesante de quienes tenemos alrededor, necesitamos su cuidado. Cuando el plato se rompió me invadió la tristeza y la impotencia. Pero era de todos. Era nuestra sorpresa, nuestra rabia, nuestra tristeza, era nuestro plato, entonces lo sagrado no es solo individual, necesitamos del otro para pegar y sanar” (Cita diario de campo acompañante espiritual). Desde una perspectiva litúrgica, el duelo resalta la importancia de los elementos simbólicos amarrados a una experiencia comunitaria (Duch y Melich, 2005). Los tiempos, espacios, oraciones, símbolos, que pasan a través del cuerpo tanto personal como colectivo resultan ser sanadores para los tránsitos en situaciones de pérdida. Recordemos que “el símbolo estético remite hacia lo trascendente” (Mardones, 2003. p.97). De ahí la necesidad de recuperar la construcción colectiva de lo simbólico, no como momento puntual que responde a un rito, sino como la posibilidad de simbolizar y fortalecer el sentido central que deja la muerte y es fortalecer los vínculos.

CONCLUSIONES

La medicalización y burocratización de los servicios de salud frente a la atención de un acontecimiento cotidiano permeado profundamente por representaciones culturales diversas y cuyo manejo inicial puede determinar el curso de la elaboración de procesos de duelo más acompañados y trascendentes, restringe las posibilidades de implementación de estrategias que como la propuesta en esta investigación, posibilitan aperturas a formas creativas, colectivas, interculturales de acompañamiento y afrontamiento del duelo por muerte.

El personal de salud de servicios que poseen estructuras y temporalidades que imponen flujos de atención rápida, exceso de trabajo y responsabilidad, enfrentados a la muerte de manera cotidiana, son proclives a experimentar fatiga por compasión que se traduce en gran dificultad para el uso de herramientas creativas, espirituales o de humanización, a pesar de la valoración positiva que hacen de las mismas.

Los sistemas de salud requieren de una profunda transformación no solamente del diseño de los servicios, sino de la calidad de la atención y de la preparación, disposición y condiciones favorables para que los profesionales de salud que enfrentan esta situación, puedan subvertir las lógicas medicalizadoras de la vida y acompañar el duelo por muerte en condiciones más acordes con las necesidades, creencias y representaciones de las personas y comunidades frente a este hecho vital.

La formación del recurso humano como pilar fundamental de los sistemas de salud necesita repensar la lógica de su estructura y expectativas sociales respecto de la responsabilidad que se descarga en los profesionales de la salud de proceder ante la posibilidad y la inminencia de la muerte y avanzar en reconocer que esta como hecho vital, forma parte de la vida y no es algo “evitable” a toda costa, por medio de la “ciencia y la tecnología”.

Se requiere trabajar sobre las representaciones sociales que hacen del duelo y la muerte temas tabú, que se evitan, para avanzar en su reconocimiento, re significación y construir diferentes maneras de afrontarlos y acompañarlos, especialmente en contextos hospitalarios en los cuales se convive con esta realidad cotidianamente y suele eludirse detrás de maquinarias burocráticas.

Este kit de acompañamiento representa en nuestra comprensión, una propuesta disruptiva en estos tiempos de rapidez, pues el duelo requiere de un tiempo lento, sin formalismos, con libertad estética, con menos protocolos y más relaciones; con más responsabilidad colectiva y respuestas desde la salud pública. Actualmente elementos puntuales del kit siguen en uso en el acompañamiento en final de vida, más desarrollos de iniciativas propias en cada unidad.

La investigación cualitativa, participativa e interdisciplinar, permite abordar este tipo de fenómenos desde diversas perspectivas que aportan a su comprensión y potencial transformación. Desarrollar investigación basada en las artes en contextos hospitalarios presenta desafíos, pero aporta a los participantes en términos de reflexividad y pensamiento crítico.

El artículo se elaboró previo a la pandemia de Covid-19, y sin duda, la muerte y el duelo penetró las instituciones hospitalarias. En el caso del hospital en mención se desarrollaron múltiples actividades de soporte al personal de salud, pacientes y familiares que requerirán evaluación e investigación futura.

BIBLIOGRAFÍA

- Abadía, C., & Oviedo, D. (2010) Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia: la burocracia neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Sup.* 9 (18), 86-102. Recuperado de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2650>
- Allen, L. (2013). Shorters review. A Liturgy of Grief: A Pastoral Commentary on Lamentation. *Henderson, J. Interpretation*, 67(2), 214. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0020964312473071>
- Alvarenga, L. (2017). Katya Mandoki. Prosaica uno. Estética cotidiana y juegos de la cultura. *Realidad: Revista De Ciencias Sociales Y Humanidades*, (118), 697–699. <https://doi.org/10.5377/realidad.v0i118.3366>
- Blasco-Fontecilla, H. (2014). Humanities in Medicine: Medicalization, wish-fulfilling medicine, and disease mongering: Toward a brave new world? Medicalización, medicina del deseo e invención de enfermedades: ¿hacia un mundo feliz? (Spanish; Castilian), 214, 104-107. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2013.08.012>
- Cacciatore, J., & Flint, M. (2012). Mediating Grief: Postmortem Ritualization After Child Death. *Journal of Loss & Trauma*, 17 (2), 158-172. <https://doi.org/10.1080/15325024.2011.595299>
- Carmona Berrios, Z. E., & Brancho de López, C. E. (2014). La muerte, el duelo y el equipo de salud. *Revista De Salud Pública*, 12(2), 14–23. Recuperado de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/7197>
- Chan, M. F., Lou, F. L., Arthur, D. G., Cao, F. L., Wu, L. H., Li, P., Sagara-Rosemeyer, M., Chung, L. Y., & Lui, L. (2008). Investigating factors associate to nurses' attitudes towards perinatal bereavement care. *Journal of clinical nursing*, 17(4), 509–518. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02007.x>
- Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18(1), 209-232. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.18.080192.001233>



-
- Cross, S. H., & Warraich, H. J. (2019). Changes in the Place of Death in the United States. *New England Journal of Medicine*, 381(24), 2369-2370. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1911892>
 - De la Torre, F. J. (2017). Acompañar a los menores ante la muerte de los seres queridos. *Padres y maestros*, 363, 15-16. <https://doi.org/10.14422/pym.i363.y2015.002>
 - Denzin, N.; Lincoln, Y. (2015). *Investigación con base en las artes Manual de investigación Cualitativa* (Vol. IV, 113 -139). Barcelona: Gedisa Editorial.
 - Duch, L., & Melich, J.C. (2005). *Escenarios de corporeidad*. Madrid: Editorial Trotta.
 - Fenwick, J., Jennings, B, Downie, J., But, J., & Okanaga, M. (2007). Providing perinatal loss care: satisfying and dissatisfy-ing aspects form midwives. *Women and Birth*, 20, 153- 160. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2007.09.002>
 - Fristad, M. A., Cerel, J., Goldman, M., Weller, E. B.. & Weller, R. A. (2000). The role of ritual in children's bereavement. *Omega*, 42(4), 321-339. <https://doi.org/10.2190%2FMC87-GQMC-VCDV-UL3U>
 - Flanagan, B. (2014). Quaestio Divina. Research as Spiritual Practic. *The Way*, 53(4), 126-136. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/288828258_Quaestio_Divina_Research_as_Spiritual_Practice
 - Foucault, M. (1990). *La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación*. Madrid, España: La Piqueta.
 - Foucault, M. (2001). *Defender la sociedad*. Buenos Aires, Argentina: FCE.
 - Galati, E. (2018). La eutanasia y la medicalización de la muerte desde una perspectiva jurídica compleja. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 18(1), 68-86. <https://doi.org/10.18359/rlbi.1833>
 - Gálvez, A. (2006). Muerte alrededor del nacimiento: creencias, sentimientos y vivencias, una perspectiva de los profesionales de los cuidados. Tesis Doctoral. Departamento de Enfermería. Alicante: Universidad de Alicante.
 - Gardner, J. M. (1999). Perinatal death: uncovering the needs of midwives and nurses and exploring helpful interventions in the United States. *England and Japan. Journal of Transcultural Nursing* 10, 120-130. <https://doi.org/10.1177%2F104365969901000205>
 - González, N. (2018). Medicalización de la muerte. Elementos de discusión y análisis para un abordaje crítico desde las Ciencias Sociales. *Culturales*, 6,1-27. <https://doi.org/10.22234/recu.20180601.e350>

- Haine, R. A., Ayers, T. S., Sandler, I. N., & Wolchik, S. A. (2008). Evidence-Based Practices for Parentally Bereaved Children and Their Families. *Prof Psychol Res Pr*, 39(2), 113-121. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.39.2.113>
- Hernández, J.M., Sánchez, F.C., & Echevarría, P. (2017). Alumbrando la muerte. Profesionales de la vida gestionando el duelo. *Revista Internacional de Sociología*, 75(3), 1-13. <https://orcid.org/0000-0002-9391-8536>
- Hull, K. L. (2014). Ritual as performance in small-scale societies. *World Archaeology*, 46(2), 164. <https://doi.org/10.1080/00438243.2013.879044>
- Jiang, J., & May, P. (2021). Place of death in Europe: trends and associations in a 30-country panel (2005-2017). *European Journal of Public Health*, 31(Supplement_3), ckab164.064. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab164.064>
- Jiménez, R. (2012) ¿De la muerte (de)negada a la muerte reivindicada? Análisis de la muerte en la sociedad española actual: muerte sufrida, muerte vivida y discursos sobre la muerte. p. 98. Tesis doctoral Recuperado de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/979/TESIS172-120611.pdf;jsessionid=24B296ADA6695AFF1AD74D162617DC70?sequence=1>
- Jonas-Simpson, C., McMahon, E., Watson, J., & Andrews, L. (2010). Nurses experiences of caring for families whose babies were born still or died shortly after birth. *International Journal for Human Caring* 14,14-21. <https://doi.org/10.1177%2F2158244013486116>
- Jones, K., & Smythe, L. (2015). The impact on midwives of their first stillbirth. *New Zealand College of Midwives Journal*, 51, 17-22. <https://doi.org/10.12784/nzcomjnl51.2015.3.17-22>
- Katz, J., Hockey, J., & Small, N. (Eds.). (2001). *Grief, mourning, and death ritual*. Portland: Editorial Ringgold Inc.
- Lawrence, L. J. (2005). Reviewed Work: Biblical Mourning: Ritual and Social Dimensions by Saul M. Olyan. *Journal of Biblical Literature*, 124(1), 158-160. <https://doi.org/10.2307/30040995>
- Mandoki, K. (2006). *Estética cotidiana y juegos de la cultura*. Prosaica I. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Mardones, J.M. (2003). *La vida del símbolo. La dimensión simbólica de la religión*. Santander: España: Sal Terrae. p.97



-
- Márquez, S., & Meneu, R. (2007). La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Eikasía. Revista de Filosofía*, II (8), 65-86. Recuperado de <https://revistadefilosofia.org/4Lamedicalizacion.pdf>
 - Nuzum, D., Meaney, S., & O'Donoghue, K. (2014). The impact of stillbirth on consultant obstetrician gynaecologists: a qualitative study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 121: 1020-1028. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12695>
 - Orueta, R., Santos, C., González, E., Fagundo, E. M., Alejandre, G., & Carmona, J. (2009). Medicalización de la vida. *Rev Clin Med Fam*, 4(2), 150-161.
 - Pacheco B., G. (2003). Perspectiva antropológica y social de la muerte y el duelo. *Cultura de los Cuidados*, 14(2), 27-43. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/1040/1/culturacuidados_14_05.pdf
 - Reeves, N. (2011) . Death Acceptance Through Ritual. *Death Studies*, 35(5), 408. <https://doi.org/10.1080/07481187.2011.552056>
 - Romanoff, B. D., & Terenzio, M. (1998). Rituals and the grieving process. *Death Studies*, 22(8), 697-711. <https://doi.org/10.1080/074811898201227>
 - Ruiz A., E. (2014). "Medicalización" de la vida y de la muerte. *Rev. enferm. CyL* , 6 (1), 1. Recuperado de <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/viewFile/118/93>
 - Sheffer, S. (2015). Grieving Together: The value of public ritual for family members of executed persons. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, (1), 1-6. Recuperado de https://www.susannahsheffer.com/uploads/1/1/6/7/11672632/grieving_together.pdf
 - Suárez R., V. (2011). Ciencia y religión: visiones y manejo emocional de la muerte y el duelo. *Revista de Humanidades*, 18. <https://doi.org/10.5944/rhdh.18.2011.12879>
 - Sy, A. (2018). La medicalización de la vida: hibridaciones ante la dicotomía Naturaleza/Cultura *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(5), 1531-1539. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.10212016>

Beneficios del Zhineng Qigong en la salud holística de practicantes durante la COVID-19: aportes para enfermería

Benefits of Zhineng Qigong in the holistic health of practitioners during COVID-19: contributions for nursing

Benefícios do Zhineng Qigong na saúde holística dos profissionais durante a COVID-19: contribuições para a enfermagem

Reyna Isabel Hernández Pedroza^{1*}, José Heriberto Valazza², Rosa Jeuna Díaz Manchay³, Sonia Tejada Muñoz⁴, Sonia Celedonia Huyhua Gutierrez⁵, Lubia del Carmen Castillo Arcos⁶

Cómo citar este artículo: Hernández Pedroza, R. I., Heriberto Valazza, J., Díaz Manchay, R.J., Tejada Muñoz, S., Huyhua Gutierrez, S.C., & Castillo Arcos, L. C. (2023). Beneficios del Zhineng Qigong en la salud holística de practicantes durante la COVID-19: aportes para enfermería. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(66). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.66.11>

¹Estudiante del Doctorado en Ciencias de Enfermería de la Universidad de Guanajuato. División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, Campus Celaya Salvatierra. Docente investigadora del Departamento de Enfermería, Universidad de Sonora- México. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0831-4357>; Correo electrónico: reyna.hernandez@unison.mx

² Director y fundador de Escuela Laosh. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4830-9694> ; Correo electrónico: joseheribertolaoshi@gmail.com

³ Doctor en ciencias de enfermería. Especialista en salud familiar y comunitaria. Docente de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo- Chiclayo, Perú. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2333-7963> ; Correo electrónico: rdiaz@usat.edu.pe.

⁴ Doctor en ciencias de enfermería. Docente de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza- Chachapoyas, Perú. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1181-8540>; Correo electrónico: sonia.tejada@untrm.edu.pe

⁵ Maestra en Gerencia y Gestión en los Servicios de Salud. Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Chachapoyas, Perú. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4823-2778>; Correo electrónico: sonia.huyhua@untrm.edu.pe

⁶ Docente investigadora de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Carmen. Campeche, México. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4368-4735> Correo electrónico: lubiacaillloa@gmail.com.

***Correspondencia:** Blvd. Luis Encinas, S/N. Departamento de Enfermería, Hermosillo, Sonora, México.

Received: 09/02/2023
Accepted: 02/05/2023.



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

<https://culturacuidados.ua.es>

Abstract: Introduction: There are some studies on the benefits of ZhiNeng QiGong, but still very few in the context of the COVID-19 pandemic and related to holistic care. Objective: To describe the benefits of Zhineng Qigong in the comprehensive health of practicing adults during COVID-19. Method: Exploratory descriptive qualitative research. The sample was non-probabilistic for convenience, achieved by the saturation technique and data redundancy, 13 practitioners of the third International Certification of Zhineng Qigong participated, with prior informed consent. The information was collected by online interview and processed according to content analysis. Results: Five

categories were found: physical health, mental health, social health, spiritual health and ecological health, where positive changes were found for strengthening and individual healing with irradiation towards their family and social environment. Conclusions: All Zhineng Qigong practitioners experienced physical and emotional healing, improvements in their family and work relationships. Likewise, they feel vitality, inner peace, connection with the universe and nature. Most indicated that they did not contract COVID-19 because they improved their immune system and breathing with the practice.

Keywords: Terapias complementarias; salud holística; enfermería holística; infecciones por coronavirus; investigación cualitativa.

Resumen: Introducción: Existen algunos estudios sobre los beneficios de ZhiNeng QiGong, pero aún muy pocos en el contexto de la pandemia por la COVID-19 y relacionados con el cuidado holístico. Objetivo: Describir los beneficios de Zhineng Qigong en la salud integral de adultos practicantes durante la COVID-19. Método: Investigación cualitativa descriptiva exploratoria. La muestra fue no probabilística por conveniencia, lograda por técnica de la saturación y redundancia de datos, participaron 13 practicantes de disciplina incorporados en la tercera Certificación Internacional de Zhineng Qigong, previo consentimiento informado. La información fue recolectada por entrevista online y procesada según el análisis de contenido. Resultados: Se encontraron cinco categorías: salud física, mental, social, espiritual y ecológica, donde en todas se encontró cambios positivos de fortalecimiento y sanación individual con irradiación hacia su entorno familiar y social. Conclusiones: Todos los practicantes de Zhineng Qigong experimentaron sanación física y emocional, mejoras en sus relaciones familiares y laborales. Asimismo, sienten vitalidad, paz interior, conexión con el universo y la naturaleza. La mayoría indicaron que no contrajeron la COVID-19 porque con la práctica mejoraron su sistema inmunológico y la respiración.

Palabras clave: Terapias complementarias; salud holística; enfermería holística; infecciones por coronavirus; investigación cualitativa.

Resumo: Introdução: Existem alguns estudos sobre os benefícios do ZhiNeng QiGong, mas ainda muito poucos no contexto da pandemia de COVID-19 e relacionados ao cuidado holístico. Objetivo: Descrever os benefícios do Zhineng Qigong na saúde abrangente de adultos praticantes durante o COVID-19. Método: Pesquisa qualitativa descritiva exploratória. A amostra foi não probabilística por conveniência, alcançada pela técnica de saturação e redundância de dados, 13 praticantes da disciplina participaram da terceira Certificação Internacional de Zhineng Qigong, com consentimento prévio informado. As informações foram coletadas por entrevista online e processadas conforme análise de conteúdo. Resultados: Foram encontradas cinco categorias: saúde física, mental, social, espiritual e ecológica, onde foram encontradas mudanças positivas de fortalecimento e cura individual com irradiação para o meio familiar e social em todos eles. Conclusões: Todos os praticantes de Zhineng Qigong experimentaram cura física e emocional, melhorias em suas relações familiares e de trabalho. Da mesma forma, eles sentem vitalidade, paz interior, conexão com o universo e a natureza. A maioria indicou que não contraiu COVID-19 porque, com a prática, seu sistema imunológico e sua respiração melhoraram.

Palavras-chave: Terapias complementares; saúde holística; enfermagem holística; infecções por coronavírus; pesquisa qualitativa

La pandemia de la COVID-19 ha sumergido al mundo en una crisis sin precedentes, de tal forma que las personas habitantes de este planeta tierra se han visto en la urgente necesidad de hacer cambios tanto radicales como no tan radicales en sus hábitos, costumbres e incluso tradiciones con respecto a su salud y bienestar. Sin embargo, existen otras intervenciones y tratamientos no convencionales, que están tomando mayor auge, los cuales corresponden a la medicina "complementaria" o "alternativa" o terapias complementarias, que según la Organización Mundial de la Salud (2013) se utilizan para referirse a un amplio grupo de prácticas sanitarias que no forman parte de la tradición de un propio país, o no están integradas en su sistema sanitario. En ese sentido, hay un grupo de personas que practica ZhiNeng QiGong, que se han mantenido saludables, y que se pretende rescatar su experiencia.

Al respecto, (Guadalupe, 2020) indica que las reacciones bioquímicas conectan a nuestras emociones con nuestra salud, y considera que ZhiNeng QiGong es una herramienta que resuelve los problemas de salud, física, mental y emocional. Esto ocurre porque el cuerpo humano tiene la capacidad de autosanarse, y si no lo hace, probablemente ocurre algún tipo de bloqueo emocional que se tiene que resolver con un entrenamiento adecuado. El QiGong (chi-kung) es una antigua terapia china de origen taoísta para el mantenimiento de la salud, la curación y el aumento de la vitalidad, basado en la respiración, la postura y el movimiento, y es un método idóneo para mantenerse en forma y proteger de la tensión y el estrés cotidiano, pero en Occidente aun es poco utilizado (Oblitas et al., 2018).

En China el QiGong, se ha practicado desde hace aproximadamente 5000 años, por todo tipo de personas, ya sea que tengan la necesidad de resolver algún problema de salud, o personas sanas que deseen aumentar sus capacidades para desarrollar algún talento específico como atletas, artistas, científicos, empresarios, emprendedores, etc. Cualquiera persona que pueda seguir instrucciones simples puede practicarlo, incluso si no pueden mover su cuerpo, ya que el trabajo principal lo hace la mente; en sí ayuda al ser humano a conectar con su espiritualidad independientemente de la religión a la que pertenezca (Evolución integral, física, emocional y mental, 2018). La figura 1, muestra algunas de las posturas de pie importantes del método de ZhiNeng Qigong.

Figura 1. Posturas de pie de la disciplina de ZhiNeng QiGong



(1) Postura inicial, (2) iluminación de dantian bajo y (3) iluminación de beijuei

Asimismo, existen evidencias sobre los beneficios del QiGong como práctica integradora y complementaria en relación a la salud de adultos y ancianos, empleada en la afección de numerosos problemas de salud como cáncer, fibromialgia, Mal de Parkinson, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Burnout, estrés, aislamiento social, lumbalgia crónica, dolor cervical, tinnitus, osteoartritis, fatiga, depresión y enfermedades cardiovasculares (Sarmiento et al., 2020; Toneti et al., 2020; McGee, 2021). En poblaciones no clínicas, se ha comprobado una importante disminución del estrés, así como mejoras en la salud y calidad de vida (Oblitas et al. 2018) sobre todo es beneficioso para las mujeres en general (Kin-Chung et al. 2021). Asimismo, permite tomar el control de nuestras vidas, tratar de ser la mejor versión de sí mismos, recuperar la paz, la armonía y la plenitud, mejorando la calidad de vida de las personas (Shimazaki et al., 2020), como diría el Maestro Pang, “simplemente pero no simplemente, aprender a ser más felices” (Guadalupe, 2020).

Por otro lado, ZhiNeng QiGong puede ser beneficioso para la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de infecciones respiratorias, incluido la COVID-19. La pandemia reciente tiene el potencial de causar un daño físico y mental significativo en la población, quienes se podrían beneficiar de esta terapia, ya que es fácil de practicar. Los posibles mecanismos de acción incluyen la reducción del estrés, la regulación de las emociones, el fortalecimiento de los músculos respiratorios, la reducción de la inflamación y la mejora de la función inmunológica (Feng et al., 2020), teniendo una práctica grupal y sostenida puede ser potencialmente beneficios para la salud integral como tratamiento de las personas que padecen la COVID-19 (Bello Hirschfeld et al., 2020).

Lo antes expuesto supone por un lado, que las personas consideraron con mayor relevancia llevar a cabo una práctica o terapia complementaria durante la pandemia, ya sea iniciarla o continuar como practicante y con ello mejorar su estado de salud y bienestar, dadas las estadísticas de enfermedades en adultos son comunes las no trasmisibles o crónicas-degenerativas, las cuales se trasladaron a segundo término en cuanto a su atención por parte de los servicios de salud, debido a la prioridad de atención a los pacientes con COVID-19, y por el otro lado, existe limitada

evidencia científica con respecto a los beneficios en la salud holística de adultos que llevan a cabo prácticas complementarias basadas en la medicina tradicional china como lo es Zhineng Qigong.

Como refiere (De Haro, 2021): “El cuidado del otro exige la ayuda desinteresada hacia el otro”; existen muchos desafíos para el cuidado lo cual se observó durante esta pandemia, sin embargo frente a ello se puede ver que los profesionales de enfermería fueron una contención valiosa en contra de la COVID-19 (Campillay et al., 2021), por ello sumado al enfoque de cuidado holístico de la disciplina de Enfermería cobra alta relevancia e importancia para las Ciencias de Enfermería la práctica de Zhineng Qigong, ya que el unir la mente, cuerpo y espíritu en el cuidado de los pacientes permitirá la pronta recuperación y la reinserción a la sociedad. Asimismo, enseñar esta técnica desde el pregrado a las futuras profesionales de enfermería dará no solo un enfoque más integral durante el cuidado holístico que brindan, ya que al unir la medicina occidental con la oriental se encontrarán mayores beneficios para el paciente, además de brindar un cuidado artístico de enfermería estableciendo una relación feliz e integrada con el paciente (Babaii, Mohammadi & Sadooghiasl 2021). Por todo ello se planteó como objetivo describir los beneficios del Zhineng Qigong en la salud integral de adultos practicantes durante la COVID-19.

METODOLOGÍA

Este estudio fue cualitativo, ya que se profundizó en un fenómeno que es subjetivo y no medible; y al no haber investigaciones en el contexto del estudio, se realizó con abordaje descriptivo exploratorio (Grove, Gray & Burns, 2016).

La población estuvo constituida por 22 adultos practicantes de la tercera Certificación Internacional de Zhineng Qigong organizada por Escuela Laoshi en modalidad virtual, fue impartida por Laoshi José Heriberto Valazza, originario de Argentina, residente en México, Tao Qingyu Laoshi originario y residente de China, Anh Vo Laoshi, originario de Vietnam y residente de Canadá. Entre los criterios de inclusión se consideró a personas adultas que aceptaron participar voluntariamente de la investigación.

La muestra fue no probabilística por conveniencia, mientras tanto, el tamaño de la muestra fue de trece participantes obtenidos por la técnica de saturación y redundancia, es decir, se finalizó la entrevista cuando la información vertida se repitió y no emergieron nuevos datos (Hernández, 2018). El tipo de muestreo fue a través de la técnica de la bola de nieve (Grove, Gray & Burns, 2016). La estrategia para el primer contacto fue a través de la participación de la investigadora principal del presente trabajo en el grupo de la 3era. Certificación Internacional de Zhineng Qigong, quien facilitó el teléfono del siguiente participante y así sucesivamente hasta completar la muestra.

De los trece participantes once eran mujeres y dos varones, sus edades oscilaron entre 29 a 62 años, fueron 10 de México, 1 de Perú, 1 de Nicaragua, y 1 de Colombia. En cuanto al estado civil, seis fueron casados, dos convivientes, un divorciado, cuatro solteros. En cuanto a su salud, tres sanos sin ningún diagnóstico médico, dos con insuficiencia renal crónica, dos con Asma, dos con

artrosis, uno con arritmia cardiaca, uno con hipotiroidismo. Siete profesaban la religión católica, uno el budismo, y cinco eran ateos.

Para recolectar los datos se usó una entrevista online, que contiene datos generales, y las siguientes preguntas: ¿Qué le llevo a practicar Zhineng Qigong?, ¿De qué manera ZhiNeng QiGong le ayudó a sobrellevar la pandemia?, ¿Qué consecuencias de la práctica de Zhineng Qigong ha notado en su vida?, ¿Cuáles han sido los beneficios de ZhiNeng QiGong en su salud física, mental, social, espiritual y ecológica? El instrumento fue validado por tres juicios de expertos que cuentan con el grado de maestría con dominio en la línea de investigación cualitativa y en la medicina alternativa. Cabe indicar que los datos se recolectaron de octubre a noviembre del 2021.

La investigadora principal ejecutó las entrevistas previo consentimiento informado y según disponibilidad de tiempo de los participantes del estudio, las cuales se ejecutaron de forma virtual, siete por llamadas telefónicas y seis por Zoom, según lo más accesible para los entrevistados. Duró aproximadamente 20 minutos cada entrevista. Culminadas las entrevistas fueron transcritas en formato Word, luego se enviaron por WhatsApp a cada participante para que verifiquen si los datos escritos en dicho documento eran correctos, cumpliendo con el criterio de rigor científico de credibilidad. Además, se caracterizó a los participantes para que otros investigadores apliquen en otros entornos, considerada de esta manera el criterio de transferibilidad. Los datos se conservarán por un periodo de 2 años, luego de este tiempo serán eliminados, cumpliendo con el criterio de rigor científico de auditabilidad.

Se procesaron y analizaron los datos adquiridos en las entrevistas, utilizando el método de análisis de contenido (Do Prado et al., 2013), que consta de las siguientes etapas: a) El preanálisis: se organizó el material obtenido de las entrevistas realizadas a los participantes del estudio, reproduciendo las grabaciones varias veces, transcribiéndolas y leyéndolas con la única finalidad de identificar palabras o frases relacionadas con los beneficios del Zhineng Qigong en tiempos de COVID-19. b) Codificación: se clasificó las frases o reflexiones que se consideraron significativas, asignándoles así un código individual. c) Categorización: Se agruparon los códigos o ideas principales por similitudes o convergencias en cinco categorías.

En cuanto a los aspectos éticos, durante la investigación los participantes no sufrieron daño físico ni emocional, participaron de manera voluntaria previa firma del consentimiento informado. Para proteger su identidad se utilizó los códigos ENT1 hasta ENT13, en el capítulo de resultados. Asimismo, esta investigación fue ejecutada previa autorización al director de Escuela Laoshi para invitar a participar al grupo de adultos practicantes de la 3ra. Certificación Internacional de Zhineng Qigong, y se contó con la aprobación del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas (CIEI-Nº 008).

RESULTADOS

Después de un minucioso procesamiento de datos fueron seleccionados los discursos más significativos que ilustran cada una de las siguientes categorías:

a) Salud física: sanación, cambios fisiológicos, vitalidad, y protección ante la COVID-19

Todos los participantes del estudio manifiestan que con la práctica del Zhineng Qigong se sienten con mucho bienestar, vitalidad, y resaltan que pueden dormir, incluso la mayoría sanaron de algunas enfermedades como la diabetes, el colon irritable, la hipertensión arterial. Algunos han superado problemas renales, otros mejoraron la movilidad ósea, muscular y disminución del dolor permitiéndoles hacer ejercicios. Asimismo, a la mayoría no les dio el COVID-19 porque sienten que mejora su sistema inmunológico y la respiración, cabe indicar que a solo uno contrajo esta enfermedad, pero no tuvo ninguna complicación. Tal como lo señalan en los siguientes discursos:

“con el Zhineng Qigong me siento muy bien, sane del azúcar en la sangre, llegue hasta 120 mg/dl, y ahora me mantengo en 90 mg/dl...el sistema inmunológico mejora, no enfermé ni de COVID-19... me siento con más energía, puedo dormir mejor” ENT3

“yo padecía de colon irritable, pero ahora tengo una digestión muy regular, duermo y respiro muy bien, tengo mucha energía... el año pasado tuve COVID-19 pero sin ninguna complicación” ENT4

“Siento que mi sistema inmunitario está absolutamente fortalecido al 100% porque yo antes de practicar Zhineng Qigong vivía a cada rato con gripa y llevo mucho tiempo sin que me pase eso, para mí es algo maravilloso que no me haya dado la COVID-19...” ENT12

“deje las medicinas ya no dependo de ellas...me hacían estudios cada mes, el médico me dijo no sé qué hiciste, pero la creatina y la proteína nunca se bajan, pero ahora están normales... mejora la respiración y por eso ni nos dio COVID-19” ENT10

“por 16 años tuve una lesión en la cadera, no podía hacer sentadillas, pero con la práctica del Zhineng Qigong mis rodillas están como más elásticas y puedo hacer las sentadillas...” ENT11

“Al 80% he mejorado mis movimientos, siento que mis articulaciones tienen más movilidad por lo que tengo menos dolor...sobre todo puedo dormir mejor...” ENT9

“empecé a notar cambios fisiológicos muy grandes, mejoró mi presión arterial, la coloración de mi piel, ya no retengo líquidos ... tengo más energía y en la noche ya puedo dormir...” ENT1

b) Salud mental: disminución del estrés, relajación, tranquilidad, y felicidad

Todos los practicantes del Zhineng Qigong han manifestado gozar de buena salud mental, han disminuido el estrés, mejoraron su carácter y dejaron de ser agresivos, logrando un equilibrio emocional experimentando relajación, tranquilidad y felicidad. Han adquirido herramientas

para afrontar las situaciones de la vida diaria, tomar los problemas con calma y reconocen que ahora viven el presente y el día a día con mucha felicidad. Algunos incluso mejoraron de la depresión, la ansiedad y dejaron de medicarse. En cuanto al COVID-19 les ayudo afrontar la cuarentena, no tuvieron miedo, ni problemas de salud mental. Así lo indican en las narrativas:

“ya no tengo depresión, deje de tomar las gotitas que me daban y mi vida ha mejorado... siento que el Zhineng Qigong me ayuda y puedo ayudar a otros, eso me hace feliz porque encontré una razón para seguir viviendo... en esta pandemia estuve muy tranquila, sin miedo de contagiarme porque siento que si me da el COVID-19 podría atacar de mejor manera mi cuerpo a este virus” ENT12

“estuve mal mentalmente, todo me preocupaba y vivía en el pasado... ahora vivo el presente, más tranquila... antes tomaba unas gotitas para los nervios y ya las deje...” ENT13

“antes de practicar el Zhineng gritaba fácilmente he sido intolerante, con esta práctica aun con este encierro por la COVID-19 mantuve mi mente enfocada en lo que estoy haciendo” ENT9

“conocí como se puede vivir sin ansiedad, ni estrés y disfrutar más de la vida... me ayudo a sobrellevar un divorcio en la pandemia... tengo herramientas para enfrentar momentos de estrés y calmarme... vivo el día a día y sé que las cosas me llegan cuando las necesito y soy feliz” ENT4

“Siento completa relajación, sin estrés, tengo más claridad para tomar decisiones... aprendes a estar consigo mismo, a vivir en paz y ser feliz” ENT5

“me siento siempre con entusiasmo, tranquila, he dejado de tener inseguridad o miedo por las cosas que se generan en mi entorno y que finalmente no tengo control sobre ellas... durante la pandemia me mantuvo enfocada en el aquí y en él ahora...” ENT6

c) Salud social: las relaciones interpersonales laborales y familiares, expanden amor

Los practicantes del Zhineng Qigong indican que han mejorado sus relaciones familiares y laborales porque comprenden mejor a las personas y han dejado de ser agresivos, solitarios, es decir de vivir en conflicto, ahora son más expresivos, brindan y reciben amor, de modo que en el aspecto social son muy sociables. Así lo manifiestan:

“Puedo relacionarme mejor en mi trabajo, generalmente mi forma de relacionarme era muy posesiva y agresiva... ahora estoy más serena, soy mejor amiga, inclusive mejoraron mis relaciones familiares porque puedo comprenderlos mejor” ENT4

“Ahora siento que quiero a mi esposo, siento que está siendo muy fácil amarlo y sentir su amor... es más sencillo para mi ser más afectiva y sociable” ENT5

“he comprendido que cada quien tiene una forma de pensar y puede ser diferente a la mía y eso ya no me incomoda... convivo con mi esposo y con algunos trabajadores y obviamente he mejorado muchísimo mi relación con ellos” ENT9

“Soy una persona muy solitaria pertenecer al grupo y entrar a las diferentes prácticas me ha servido para integrarme, aunque sea de una manera virtual, me he integrado bastante bien” ENT3

“estoy contenta porque mejoraron mis relaciones con mi hija y mi marido e incluso con la gente que trabaja para mi...” ENT6

“Me resulta más fácil relacionarme con los alumnos, mi familia...he aprendido a escuchar...me ha servido con mis alumnos si, como doy la asignatura de vida saludable me ha servido porque les enseñe a sacudir el chi (energía) ...” ENT11

d) Salud espiritual: Conexión con el universo y plenitud

Los practicantes del Zhineng Qigong indican que espiritualmente sienten plenitud, más conexión con el universo, con el ser superior y con su energía, independientemente de la religión que profesaban. Así lo relatan:

“me siento espiritualmente más plena, estoy conectada con el universo...soy parte de un todo y eso me da tranquilidad porque dices bueno yo aquí estoy por algo que es superior y estoy conectada con ello, independiente de tu religión” ENT2

“me siento espiritualmente más plena, tenía una diferencia o pleito con mi ideología religiosa con la que nací, pero uno al conectarse de vuelta con el espíritu y la naturaleza, te das cuenta que las religiones son solamente corrientes ideológicas” ENT4

“En lo espiritual independientemente de lo que es la religión es conectarme con mi yo, con mi propia persona y con el universo” ENT13

“siendo yo católica por orígenes de mi familia me ha llevado a ir en busca del budismo del deísmo saber que no estamos limitados a un solo dios, a una sola iglesia...mi mente se ha expandido y espiritualmente siento mucha alegría” ENT9

“espiritualmente siento que tengo más conexión conmigo y con el universo ósea porque tengo más intuición entonces a mí me ha ayudado mucho como a prevenir cualquier evento negativo...antes estaba como bloqueada y ahora todo fluye más” ENT7

“En mi salud espiritual estoy conectada con el ser superior, con el ser de la energía de la tierra... yo soy muy creyente de que la energía existe en nosotros y en todo lo que nos rodea” ENT11

e) Salud ecológica: conexión con la naturaleza y cuidado del medio ambiente

Los practicantes del Zhineng Qigong indican que sienten la energía y una conexión maravillosa con la naturaleza, de modo que se respetan y cuidan a las plantas, los animales. Todos cul-

tivan plantas o tienen animales domésticos o de corral que le transmiten vitalidad, amor y compasión, asimismo sienten que se comunican con las plantas o los animales, los abrazan para intercambiar energía vital. Tienen amplia conciencia ambiental y promueven el cuidado del medio ambiente para que reduzcan la huella de carbono. Así lo narran:

“Mi relación siempre ha sido buena con el tema del ambiente, con los animales, las plantas... sembré frijoles ya empezaron a germinar... tengo una buena relación con la naturaleza me siento más conectado con la naturaleza” ENT8

“a mí se me morían hasta los cactus y desde que empecé con esta práctica compre plantitas y están creciendo, te conectas tanto que siento hasta que me hablan... ahora abrazo a los árboles porque te dan su energía...” ENT10

“uno de los objetivos de vivir a este lugar estar conectados con la naturaleza y reducir la huella de carbón cultivando nuestro propio alimento... somos conscientes de que todos los seres son dignos de respeto, eso hace sentirte en plenitud y podemos convivir con los árboles, los perros, los gatos, los borregos, sin que eso nos cause estrés o conflicto y eso nos hace muy feliz” ENT9

“me importa la conexión con la naturaleza, es aparte de conocer el amor, la compasión... me gusta sentir que lo que me rodea tiene vida y que yo estoy a cargo de ese cuidado” ENT6

“cada vez que hago la practica me siento en más armonía con la naturaleza... he aprendido que la naturaleza tiene una conciencia propia y se defiende para salir adelante, debemos respetarla y cuidarla... quisiera generar un pensamiento colectivo en mejora de la naturaleza” ENT12

“a mí me encanta la naturaleza, aprecio mucho salir al jardín, o irme a la playa y hacer una práctica ... me encantan las plantas quiero transmitirles el chi (la energía), platicarles más a las plantas para que estén más bonitas, me gustan los animales, te transmiten su energía” ENT13

DISCUSIÓN

Esta investigación ha demostrado sus efectos en la salud física, mental, espiritual, relaciones intra e interpersonales y generación de entorno saludable y cuidado ecológico en los participantes del estudio.

La salud física es importante en la vida de toda persona, gracias a ello se puede vivir y realizar las actividades diarias y la disciplina Zhineng Qigong ha evidenciado su efecto en esta dimensión, así como, se demuestra en los siguientes estudios: en medio de las culturas diferentes en el mundo el Qigong comunitario mejora la función física y la calidad de vida de las personas (Buttolph et al., 2021; Fuentes, 2016), tiene efectos positivos significativos sobre la presión arterial sistólica ($p < 0,00001$) y diastólica ($p < 0,00001$) en hipertensos (Xiaosheng et al., 2021), mejora la capacidad vital, la flexibilidad y la resistencia aeróbica en comparación con los métodos de rehabilitación convencionales (Zhu et al., 2020).

En Barcelona España; Qigong se presenta como una posible terapia para reducir el dolor y el estrés en pacientes con fibromialgia (Fuentes, 2016), tiene efectos beneficiosos sobre la fuerza muscular y el control postural de mujeres españolas posmenopáusicas de mediana edad y mayores (Carcelén-Fraile et al., 2021). También en un estudio realizado en un Hospital público en La Plata - Argentina revela que la técnica mente cuerpo, no sólo cura sino permite la promoción y cuidado de la salud (Bentancur & Olivera, 2018).

Este estudio ha demostrado sanación, cambios fisiológicos, vitalidad, y protección ante la pandemia de la COVID-19, es así que la literatura actual ha arrojado que el ejercicio de Qigong puede mejorar la capacidad de caminar y el rango de movimiento de las articulaciones de las extremidades inferiores en pacientes con enfermedad de parkinson, disminuir las dificultades motoras y mejorar la calidad de vida (Li, Zheng, & Luo, 2021). Además, se podría explicar el papel mecanicista de la Interleucina-6 periférica y su intrincada interacción con los procesos neuronales en los efectos neurocognitivos beneficiosos de esta técnica. Los hallazgos tienen profundas implicaciones para la identificación e intervención temprana de personas mayores vulnerables al deterioro cognitivo, centrándose en la vía neuro-inmunitaria (Qi et al., 2021). Otro aspecto sumamente importante es que la salud física mejora con la práctica constante de Qigong, convirtiéndose en una alternativa de recuperación de muchas personas enfermas.

La mayoría de las personas infectadas con SARS-CoV-2 tienen la enfermedad COVID-19 de leve a moderada y esto puede estar respaldada por estrategias de medicina integrativa orientada a la curación que tiene en cuenta a toda la persona, incluidos todos los aspectos del estilo de vida. La adopción de una dieta antiinflamatoria, la suplementación con vitamina D, glutatión, melatonina, astrágalo y ajo tienen una utilidad potencial. La manipulación osteopática, el Qigong, los ejercicios de respiración y el ejercicio aeróbico pueden apoyar la recuperación pulmonar. La optimización ambiental, la expresión creativa y la aromaterapia pueden proporcionar apoyo curativo y minimizar el trauma duradero (Alschuler et al., 2022). Sin embargo, se requiere seguir realizando investigaciones experimentales con ensayos aleatorios basados en Zhineng Qigong para demostrar sus mecanismos neurofisiológicos de cura de enfermedades y la protección por enfermedades emergentes como la ocasionada por SARS- CoV-2.

Los hallazgos de esta investigación han demostrado que el Qigong es beneficioso en la salud mental de los participantes. Mejora la cognición global en adultos con deterioro cognitivo (Li et al., 2021), alivia la depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama y gastrointestinal sometidos a quimioterapia (Meng et al., 2021; Kin-Chung et al., 2021), en sobrevivientes de violencia de pareja (Kin-Chung et al., 2021) dependientes de alcohol (Kumar et al. 2021) y drogas (Liu et al., 2020; Zhu et al., 2020).

El equilibrio interno del cuerpo de una persona, se genera desde el comando mental, no cabe duda que al tener la funcionalidad y conectividad interna armonizada, todo el cuerpo esta armonizado y por ende funciona bien. Reportes evidencian que el efecto en la salud mental de las

personas ha sido encontrado en las señales de respuesta recopilado mediante examen fisiológico y electroencefalografía (EEG).

Otro aspecto que se considera con la práctica de Zhineng Qigong, y por lo cual es posible obtener resultados positivos en la salud holística de las personas, es que se toma clara conciencia y responsabilidad sobre la interrelación entre el pensamiento y el cuerpo, aprendiendo que el cuerpo no se controla solo o independiente a la mente, sino, que la mente observa y decide lo que el cuerpo necesita para sostener un equilibrio entre el yin y yang. En relación con la salud física, es posible explicarse de la siguiente manera: el qi fluye, provocando en ti y entre todos, una energía vital de alegría, paz interior, sanación de uno y de todos.

Esto inicia con la conciencia de la respiración, que es la pulsión de vida natural, la respiración es el primer alimento del cuerpo, porque carga la sangre de oxígeno que se distribuye por cada área física, afectando la piel, los órganos y las neuronas (una alimentación saludable comienza con la respiración), es por ello, que realizar el método Zhineng Qigong, incorpora la conciencia práctica de la inhalación y expiración y la práctica de diferentes procesos de respiración; la conciencia de la misma permite maximizar los ejercicios de restauración de cartílagos y músculos, generando la solución de uno de los problemas más normales del ser humano, que es el movimiento corporal. Asimismo, la armonía interna del ser genera armonía externa originando un entorno saludable. Ello se corrobora en este estudio ya que los discursos demuestran la mejora en el aspecto social, a través de mejores relaciones interpersonales, como laborales y familiares. Esto, parte de que el ser está en equilibrio y el qi que lo compone existe también fuera de él, por lo tanto, el equilibrio interno se armoniza con el externo (teoría de la completud del Hun Yuan Qi).

En cuanto a la salud espiritual, la práctica de Qigong, al generar equilibrio interno y bienestar físico, permite también la expansión de nuestras creencias espirituales o marcos de referencia para disfrutarlos plenamente. Al respecto, un beneficio potencial del ejercicio de Qigong es el bienestar espiritual (Chang et al., 2021). Esto es simple, se parte de que la persona se encuentra saludable y en equilibrio, reflejando ese mismo estado en su familia, con sus pares y con sus creencias espirituales, es decir, una mayor conexión entre la naturaleza, el universo y la humanidad. Aunado a lo anterior, emergió una gran categoría, la salud ecológica, conexión con la naturaleza y cuidado del medio ambiente. En una malla de influencias entre el yo y la naturaleza está el de disfrutar del aliento de vida de los seres vivos en esta tierra y es que ese ser semejante en lo más profundo de la fisiología de la vida somos semejantes y al pensar así irradia salud y vida. Interrelacionarnos en un ambiente saludable da una gran energía, ganas de vivir, crecer, desarrollarse, amar, conectarse consigo mismo, y con el entorno, allí nace la cultura de los cuidados en conciencia plena; la vida cambió radicalmente en todos los participantes de este estudio, la esencia del ser evidenciado en la fisiología de la vida cambió el pensamiento, modificó su actuar, expresa bondad, amor, sanidad, poder, perdón, vida y todo se evidencia normal.

CONCLUSIONES

Los beneficios del Zhineng Qigong que experimentaron los participantes del estudio fueron mejoras en su vida, como la sanación física y emocional, mejora en las relaciones familiares y laborales. Asimismo, sienten vitalidad, mucha energía, paz interior, conexión con el universo y la naturaleza, amor y respeto por todos los seres del planeta tierra. A la mayoría no les dio la COVID-19 podría relacionarse porque mejoraron su sistema inmunológico, así como la respiración, y su paz interior, solo uno de ellos contrajo COVID-19 y no tuvo ninguna complicación.

El ser que vive en un espacio, precisa dar y recibir cuidado enlazado de amor, paciencia y buenas obras, promete un mundo de salud ecológica gracias al Qigong, técnica poco conocida en los países latinoamericanos y que debería implementarse a través del tiempo en consultorios de enfermería, hospitales públicos y privados, en el mundo indistintamente de sus culturas, tornando los procesos de salud y enfermedad como procesos pasajeros o de sueño que permite escalar a una experiencia de vida plena y feliz expresando la verdadera naturaleza del Ser.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Alschuler, L., Chiasson, A., Horwitz, R., Sternberg, E., Crocker, R., Weil, A., et al. (2022). Integrative medicine considerations for convalescence from mild-to-moderate COVID-19 disease. *Explore*, 18(2), 140-8. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2020.12.005>
- Babaii, A., Mohammadi, E., & Sadooghiasl, A. (2021). Artistic nursing care: Rodgers' evolutionary concept analysis. *NPT*, 9(2), 102-13. Recuperado de: <https://npt.tums.ac.ir/index.php/npt/article/view/1682>
- Bello, R., & Zhen, M. (2020). *Zhineng Qigong to Improve Health in Patients with COVID-19*. Recuperado de https://qigonghealcovid-19.com/wp-content/uploads/2022/02/Paper-Covid_English_with-testimonials11.pdf
- Bentancur, G., & Olivera, E. (2018). "QI GONG: una técnica mente cuerpo para la promoción de la salud. La experiencia del Hospital San Martín de la Plata. Argentina. Años 2014-2017". *Revista De Salud Pública*, 22(3), 29-36. <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v22.n3.20254>
- Buttolph, L., Corn, J., Hanes, D., Bradley, & R., Senders, A. (2021). Community qigong for People with Multiple Sclerosis: A Pragmatic Feasibility Study. *J Altern Complement Med.*, 27(6), 506-14. <https://doi.org/10.1089/acm.2020.0481>
- Campillay, M., Rivas, E., Dubó, P., Pavéz, A., Galdames L., & González, C. (2021). Contribución y desafíos de las enfermeras en tiempos de Covid-19: una revisión narrativa de la literatura. *Cultura de los cuidados*, 0(60-1): 81-98. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/116765/1/CultCuid60Esp_07.pdf



-
- Carcelén-Fraile, M., Aibar-Almazán, A., Martínez-Amat, A., Brandão-Loureiro, V., Jiménez-García, J., Castellote-Caballero, Y., et al. (2021). Qigong for Muscle Strength and Static Postural Control in Middle-Aged and Older Postmenopausal Women: A Randomized Controlled Trial. *Front Med*,8(8),784320. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.784320>
 - Chang, P. S., Lu, Y., Nguyen, C. M., Suh, Y., Luciani, M., Ofner, S., & Powell, S. (2021). Effects of Qigong Exercise on Physical and Psychological Health among African Americans. *Western Journal of Nursing Research*, 43(6),551–62. <https://doi.org/10.1177/0193945920959067>
 - Do Prado, M., De Souza, M., Monticelli, M., Cometto, M., & Gómez, P., editores. (2013). *Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
 - Xiaosheng, D., Zhenguo, S., Meng, D., & Xiangren, Y. (2021). The Effects of Qigong for Hypertension: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, e5622631. <https://doi.org/10.1155/2021/5622631>
 - Evolución integral física, emocional y mental. (2018). *¿Qué es ZhiNeng QiGong?* Recuperado de <https://evol3.com/index.php/acerca-de-zhineng-qigong/que-es-zhineng-qigong>
 - Feng, F., Tuchman, S., Denninger, J. W., Fricchione, G. L., & Yeung, A. (2020). Qigong for the Prevention, Treatment, and Rehabilitation of COVID-19 Infection in Older Adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 28(8),812-19. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.05.012>
 - Fuentes, A. (2016). Qigong e interculturalidad: Práctica corporal y pensamiento chino en Barcelona (Tesis Doctoral). Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de <https://ddd.uab.cat/record/175017>
 - Grove, S., Gray, J., & Burns, N. (2016). *Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. Barcelona: Elsevier.
 - Guadalupe, M. (2020). *Despierta la sabiduría de tu cuerpo, mente y emociones; Zhineng qigong*. Recuperado de <https://sebalance.com/desperta-la-sabiduria-de-tu-cuerpo-mente-y-emociones-zhineng-qigong/>
 - Hernández, R. (2018). Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: McGraw-Hill Education.
 - Kumar, R., Kumar, K. J., Benegal, V., Roopesh, B. N., & Ravi, G. S. (2021). Effects of an integrated intervention program for alcoholism (IIPA) on learning, memory and quality of life (QOL) in persons with alcohol dependence at the Centre for Addiction Medicine, Bengaluru, India. *Journal of Health Research*, 36 (1), 110-22. <https://doi.org/10.1108/JHR-03-2020-0057>
 - Kin-Chung, W., Yi-Jian, Y., Sai-Chuen, H., Woo, J. (2021). Mind-Body Health Benefits of Traditional Chinese Qigong on Women: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, e 7443498. <https://doi.org/10.1155/2021/7443498>

- Li, C., Zheng, D., & Luo, J. (2021). Effects of traditional Chinese exercise on patients with cognitive impairment: A systematic review and Bayesian network meta-analysis. *Nursing Open*. <https://doi.org/10.1002/nop2.799>
- Liu, F., Cui, J., Liu, X., Chen, K. W., Chen, X., & Li, R. (2020). The effect of tai chi and Qigong exercise on depression and anxiety of individuals with substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. *BMC complementary medicine and therapies*, 20(1), 161. <https://doi.org/10.1186/s12906-020-02967-8>
- McGee, R. (2021). Tai Chi, Qigong and the Treatment of Arthritis. *Biomed J Sci & Tech Res*, 37(5), 1-11. Recuperado de <https://biomedres.us/fulltexts/BJSTR.MS.ID.006051.php>
- Sheng-fang, H., Yi-qin, C., Mei-na, Y., Jing-jing, W., & Hong-feng, C. (2021). Qigong for Women with Breast Cancer: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *Complementary Therapies in Medicine*, 60:e102743. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2021.102743>
- Oblitas, L., Anicama, J., Calderón, R., Ferrel, R., León, A., & Ortíz, A. (2018). Mindfulness, QiGong y su impacto en la salud. *Persona*, 21(2),79-98. <http://dx.doi.org/10.26439/persona2018.n021.3022>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Estrategia sobre medicina tradicional 2014-2023*. Recuperado de https://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es/
- Qi, D., Wong, N., Shao, R., Man, I., Wong, C., Yuen, L., et al. (2021). Qigong exercise enhances cognitive functions in the elderly via an interleukin-6-hippocampus pathway: A randomized active-controlled trial. *Brain Behav Immun*, 95, 381-90. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2021.04.011>
- Sarmiento, C., Moon, S., Pfeifer, T., Smirnova, I., Colgrove, Y., Lai, S., et al. (2020). The therapeutic efficacy of Qigong exercise on the main symptoms of fibromyalgia: A pilot randomized clinical trial. *Integr Med Res*, 9(4),100416. <https://doi.org/10.1016/j.imr.2020.100416>
- Shimazaki, T., Hortobágyi, T., Uematsu, A., Kobayashi, H., Nakamura, M., Kiryu, M., et al. (2020). Long-term QiGong practice is associated with improved self-perceived health and quality of life. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 18 (3), 308-20. <https://doi.org/10.1080/1612197X.2018.1519842>
- Toneti, B., Barbosa, R., Mano, L., Sawada, L., Oliveira, I., & Sawada, N. (2020). Benefits of Qigong as an integrative and complementary practice for health: a systematic review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 28:e3317. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3718.3317>
- Zhu, D., Jiang, M., Xu, D., & Schöllhorn, W. (2020). Long-Term Effects of Mind-Body Exercises on the Physical Fitness and Quality of Life of Individuals with Substance Use Disorder-A Randomized Trial. *Front Psychiatry*, 18(11),528373. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.528373>

El proceso de transición y capacitación de la persona trasplantada al corazón y familia: ensayo teórico

Transitions and empowerment process of heart transplanted person and family: theoretical reflection

O processo de transição e capacitação da pessoa transplantada ao coração e família: ensaio teórico

Maria Loureiro^{1*}; Luís Sousa²; João Duarte³; Gonçalo Feitas Coutinho⁴; Maria Manuela Martins⁵; André Filipe Novo⁶

¹ Doutoranda em Ciências de Enfermagem, Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar; Mestre e Enfermeira Especialista em Enf. Reabilitação, Pós-graduada em Gestão de serviços de Saúde, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal; Investigadora CINTESIS:NursID, Porto. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3201-3079>; Correio eletrónico: marialoureiro83@gmail.com

² Professor Adjunto, Universidade de Évora, Portugal; Doutor em Enfermagem; Investigador Comprehensive Health Research Centre (CHRC). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9708-5690>; Correio eletrónico: luismsousa@gmail.com

³ Enfermeiro Especialista em Enf. Reabilitação, Pós-graduado em Gestão de serviços de Saúde, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4377-4121>; Correio eletrónico: joao.gomes.duarte@hotmail.com

⁴ Cirurgião Cardiotorácico Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Doutor em Ciências da Saúde, Professor Assistente Faculdade de Medicina de Coimbra, Coimbra, Portugal. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9459-7685>; Correio eletrónico: goncalofcouthino@gmail.com

⁵ Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Doutora em Ciências de Enfermagem. Investigadora CINTESIS:NursID, Porto. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1527-9940>; Correio eletrónico: mmartins@esenf.pt

⁶ Professor Adjunto Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, Doutor em Ciências de Enfermagem. Investigador CINTESIS:NursID, Porto. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8583-0406>; Correio eletrónico: andrenovo@gmail.com

*Correspondencia: Maria Loureiro, Rua da Fonte Velha, n.51, Cernache, 3040-809-Coimbra.Portugal.

Cómo citar este artículo: Loureiro, M., Sousa, L.M.M., Duarte, J., Coutinho, G.F., Martins, Mª.M., & Novo, A. (2023). El proceso de transición y capacitación de la persona trasplantada al corazón y familia: ensayo teórico. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(66). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.66.12>.

Received: 02/01/2023

Accepted: 23/04/2023.



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

Abstract: Heart transplanted person and family experience different kinds of transition, and it's essential empower them for a healthy transition. Rehabilitation Nursing (RN), due to its skills, can help people to regain stability and well-being, however there is little dissemination of its foundation in nursing theories. Objective: To analyze contribution of the Transitions Theory in the practice of rehabilitation nursing aimed at empowering heart transplanted person and family. Methods: Critical-reflective study guided by Transitions Theory by Afaf Meleis and regulatory legislation for rehabilitation nurse practice. Results: It's understanding that Transitions theory supports Rehabilitation Nursing intervention in areas as knowledge and skills learning of heart transplanted person

and their family, leading to their empowerment, decision make and originating action, making person feel capable to. Conclusion: It's essential to demonstrate conceptualization in nursing practice being transition a significant focus for Rehabilitation Nursing intervention.

Keywords: Heart transplantation; rehabilitation; nursing theory.

Resumen: La persona trasplantada de corazón y la familia experimentan diferentes tipos de transición, y un acompañante facilitador de su formación para una transición saludable es fundamental. La Enfermería de Rehabilitación (ER), debido a sus habilidades, puede ayudar a las personas a recuperar la estabilidad y el bienestar, sin embargo, existe poca difusión de su fundamento en las teorías de enfermería. Objetivo: Analizar el aporte de la Teoría de las Transiciones en la práctica de la enfermería rehabilitadora orientada al empoderamiento de la persona trasplantada al corazón y a la familia. Metodología: Estudio crítico-reflexivo guiado por la Teoría de las Transiciones de Afaf Meleis y por la legislación reguladora para la práctica del enfermero rehabilitador. Resultado: Se percibe que la teoría de las Transiciones sustenta la intervención de Enfermería de Rehabilitación en las áreas de conocimiento y aprendizaje de habilidades de la persona trasplantada cardíaca y su familia, conduciendo a su empoderamiento, toma de decisiones y acción, haciendo que la persona se sienta empoderada para superar los retos diarios derivados de su proceso de transición. Conclusión: Es fundamental demostrar la conceptualización en la práctica de enfermería, siendo la transición un foco significativo para la Enfermería de Rehabilitación.

Palabras clave: Trasplante de corazón; rehabilitación; teoría de enfermería.

Resumo: A pessoa transplantada ao coração e cuidador/família vivenciam naturezas diferentes de transição, sendo essencial um acompanhamento facilitador da sua capacitação para uma transição saudável. A Enfermagem de Reabilitação (ER), pelas suas competências pode ajudar as pessoas a recuperar a estabilidade e o bem-estar, contudo há pouca divulgação da sua fundamentação nas teorias de enfermagem. Objetivo: Analisar o contributo da Teoria das Transições na prática da Enfermagem de reabilitação orientada para a capacitação da pessoa transplantada ao coração e família. Métodos: Estudo crítico-reflexivo orientado pela Teoria das Transições de Afaf Meleis e pela legislação reguladora para o exercício do enfermeiro de reabilitação. Resultado: Percebe-se que a teoria das Transições sustenta a intervenção da Enfermagem de Reabilitação nas áreas do conhecimento e aprendizagem de habilidades da pessoa transplantada ao coração e sua família, conduzindo ao seu empowerment, tomada de decisão e originando a ação, fazendo a pessoa sentir-se habilitada para ultrapassar os desafios quotidianos, decorrentes do seu processo de transição. Conclusão: É fundamental, a demonstração da conceptualização na prática de enfermagem sendo a transição um foco significativo para a Enfermagem de Reabilitação.

Palavras-chave: Transplante cardíaco; reabilitação; teoria de enfermagem.

INTRODUCCIÓN

O cuidar é visto como área fundamental em enfermagem, associado a uma articulação entre o domínio técnico, instrumental e a sensibilidade, criatividade, fundamentado no conhecimento científico (Barros, et al., 2017). O cuidado de enfermagem ultrapassa a conceção tecnicista e biomédica que o marcou durante um período histórico, dirigindo-se, hoje em dia, para uma valorização da pessoa. Atualmente, desenvolvem-se planos de intervenção de enfermagem personalizados que identificam as forças de saúde das pessoas contribuindo para

o seu uso/mobilização, habilitando-os a usarem recursos para alcançar a sua qualidade de vida e bem-estar (Meleis, 2019). A procura por cuidados que tornem as pessoas corresponsáveis pela sua saúde é fundamental, principalmente, quando as pessoas precisam encetar alterações nos seus estilos de vida, como é o caso da pessoa transplantada ao coração e sua família. A condição da pessoa reveste-se de grande complexidade, o que leva à necessidade de alterações relevantes na vida desta após a cirurgia, invariavelmente, terão de ocorrer modificações necessárias no seu modo de vida anterior com implicações diretas no seu bem-estar (Loureiro, et al., 2021). Nestas situações, é necessário que a intervenção de enfermagem mais do que a sobrevivida, deverá transcender para a procura da qualidade de vida da pessoa transplantada e sua família.

A intervenção de enfermagem nas pessoas transplantadas ao coração inicia-se com a referência para transplante, quando diagnosticada insuficiência cardíaca terminal, e estendendo-se por toda a vida da pessoa e seu cuidador familiar após o transplante. Os focos de atenção, numa fase preparatória centram-se na diminuição da ansiedade (pela espera pelo transplante), manutenção funcional e preparação/capacitação para a sua nova condição de saúde. Na fase pós-transplante o foco é muito dirigido à vigilância de complicações e à preparação para a promoção de comportamentos saudáveis, adequada adesão e gestão do regime terapêutico, nos domínios medicamentoso, dietético e de exercício físico, envolvendo a educação da pessoa transplantada e do seu cuidador (família), a fim de obter-se um comportamento adequado de autocuidado terapêutico, permitindo às pessoas transplantadas realizar a transição da doença para um estado saudável (Lindberg, et al., 2020).

A realidade é que pessoa transplantada e cuidador/família vivenciam mais do que uma transição simultânea. Uma das mais comuns é a transição saúde-doença numa lógica de passagem de uma situação de doença para uma de bem-estar (Meleis, 2019; Sousa, Martins, & Novo, 2020), que irá, contudo, incorporar a cronicidade, que obrigará a múltiplas mudanças, e muitas vezes necessidades de cuidados prolongados, o que por si só poderá implicar também dificuldades económicas, acrescentando uma transição organizacional (por exemplo: saída do emprego). Nesta lógica, também é possível que pessoa e vivenciem uma transição situacional (Meleis, 2019), em que a pessoa transplantada passe a ser cuidada e um dos elementos da família assumo o papel de cuidador. As transições de desenvolvimento (Meleis, 2019), poderão decorrer com a cronicidade do transplante, não se podendo esquecer que podem ser transplantadas crianças até adultos com cerca de 65 anos (idade limite normalizada), estando sob influência também deste tipo de transições (Lindberg, et al., 2020). Deve-se por isso, ter-se em consideração que a mesma pessoa pode viver diferentes transições no mesmo momento (Meleis, 2019) e que deve ser esclarecida sobre as mesmas para decidir de forma consciente, esclarecida e autónoma.

No caso da pessoa transplantada cardíaca e sua família os processos de capacitação podem decorrer de forma gradual, estando muitas vezes associadas às modificações que acontecem no ciclo vital, a mudanças de papéis.

É fundamental a identificação, pela Enfermagem, das transições em que a pessoa e cuidador/família se encontram, sendo o seu papel o de desmistificar as dúvidas que possam surgir, proporcionando o conhecimento e habilidades, que promovam o ajustamento e mudança. A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER), é realizada de modo específico, individualizado e personalizado nas várias fases do processo de reabilitação, por meio de programas de reabilitação cardíaca (PRC). O EEER tem a oportunidade de acompanhar a pessoa transplantada e família, nos vários momentos, nomeadamente, pré-operatório, pós-operatório imediato e tardio (Loureiro, et al. 2021), promovendo a sua autonomia e independência no autocuidado. Tendo também um papel na adaptação à nova condição de saúde e no incremento da qualidade de vida, intervindo em várias dimensões alteradas pelo transplante, ou seja, a nível físico, psicológico, fisiológico, emocional e social (Loureiro, et al. 2020 e Loureiro, et al., 2021).

Deste modo, torna-se fundamental analisar o contributo da Teoria das Transições na prática da Enfermagem de reabilitação direcionada à capacitação da pessoa transplantada ao coração e cuidador/família.

MÉTODOS

Este estudo representa um ensaio teórico do tipo reflexivo, norteado pela Teoria das Transições de Afaf Meleis, pelo padrão documental dos cuidados dos EEER (Ordem dos Enfermeiros, 2015) pelas competências específicas definidas para o enfermeiro de reabilitação e pelo Core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (PQCER). Esta reflexão teórica visa analisar a forma como a teoria de enfermagem se articula e fundamenta aquilo que é a prática clínica dos EEER e documentos reguladores da profissão. No seu core de competências é descrito que o EEER intervém ao longo do ciclo vital, nos diferentes contextos e nas diferentes necessidades de cuidados, sendo evidenciado o seu papel nos processos de transição das pessoas. Contudo, continua a ser um desafio a demonstração dos indicadores no processo de cuidados, sendo que o Core de indicadores se torna um instrumento importante nesta reflexão, como condutor da visibilidade da intervenção do EEER nesta população em particular. O padrão documental permite a construção dos focos e intervenções expectáveis no exercício do EEER.

Este estudo por não envolver seres humanos nem dados pessoais, não foi submetido a avaliação de uma Comissão de Ética.

RESULTADOS

Reflexão

O processo de transição na pessoa transplantada ao coração

Para a práxis de cuidados do EEER ser baseada na evidência é basilar a procura de conhecimento que seja o seu sustentáculo (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Porém, atualmente, existem poucos estudos de enfermagem, no geral, e de enfermagem de reabilitação, em espe-

cial, que descrevam a conceção de cuidados baseada nas teorias atuais da disciplina de enfermagem (Bittencourt, Marques, & Barroso, 2018). As teorias de enfermagem devem ser valorizadas como parte fundamental na formação do EEER assim, como conceptualização da prática clínica com o objetivo de demonstrar/validar o constructo próprio que os pressupostos teóricos sustentam (Bittencourt, Marques, & Barroso, 2018). Deste modo, optámos por recorrer à reflexão da Teoria das Transições na fundamentação teórica do cuidado dos enfermeiros de reabilitação, no contexto particular da pessoa transplantada ao coração e família.

A Teoria das Transições, de Meleis e colaboradores, representa uma teoria de médio alcance, cujo foco da Enfermagem são as respostas humanas às transições resultantes de eventos relacionadas quer com processos de saúde-doença, assim como, com processos de vida (Meleis, 2019). Esta é composta pela natureza das transições (tipos, padrões e propriedades); pelos seus agentes facilitadores e inibidores da transição (pessoais, comunidade e sociedade); padrões de resposta (indicadores de processos e indicadores de resultados) e terapêuticas de enfermagem. As transições advêm de mudanças na vida, nos relacionamentos, na saúde e ambientes. Este processo caracteriza-se pela sua unicidade, variedade, complexidade e pelas numerosas dimensões que originam diferentes significados e são elucidados pela perceção de cada indivíduo (Meleis, 2019), domínio em que se coloca a pessoa transplantada ao coração e sua família, fazendo sentido análise deste percurso conduzido pela Teoria das Transições.

A pessoa transplantada ao coração experimenta uma transição complexa e o EEER pode ser agente facilitador da transição saudável. Enquanto educador e capacitador, o EEER contribui para o envolvimento da pessoa na consciencialização das alterações físicas (ex. novo coração, cicatriz), emocionais (ex. euforia da segunda oportunidade de vida, medo da morte), sociais (isolamento por imunodebilidade) ou ambientais (Ordem dos Enfermeiros, 2019). No estudo de Almgren, et al. (2017), é reforçado que as pessoas transplantadas referenciaram que as suas respostas físicas, psicológicas e sociais só foram possíveis com a intervenção de profissionais de saúde e que ficaram surpreendidos por terem conseguido passar pela exigente fase de reabilitação, implicando uma força interior inesperada da qual eles não estavam cientes.

Deve ser ainda tido em consideração que, previamente, pessoas transplantadas e cuidador/família viveram uma experiência mais ou menos longa, de uma condição imprevisível e limitadora de vida, a insuficiência cardíaca, vivências que se podem tornar condicionantes inibidoras da necessária consciencialização pós-transplante (Cater & Taylor, 2017). Aqui espera-se uma transição saúde-doença que se pretende marcada por uma passagem de um estado de cronicidade para um novo bem-estar que, no entanto, implica a cronicidade (Santos et al., 2016) de se ser transplantado. Pelo seu carácter de cronicidade, e podendo o transplante ser realizado na idade pediátrica, podem ser vivenciadas transições desenvolvimentais, e simultaneamente situacionais, tornando-se um desafio para o adequado empowerment por exemplo do adolescente que se torna adulto e que passa a gerir a sua condição de saúde. O estudo de Rea et al, 2021 salienta a importância de uma transição gradual da responsabilidade com avaliação da capacitação progressiva do jovem adulto, sendo que o EEER poderá ter este papel na medida em que intervém junto da pessoa ao longo do seu ciclo de vida.

Mas não pode ser esquecida também a sua família, sobretudo o seu cuidador informal, considerado como parceiro no cuidado elemento importante na adesão ao regime terapêutico (Ferreira et al., 2022). Os cuidadores familiares/informais vivenciam um particular momento de transição, sendo que, habitualmente, representam o apoio – físico, emocional, financeiro,

entre outros – e inicialmente serão, pela necessidade de isolamento protetor, o único apoio, vivenciando aqui também uma transição situacional. Os cuidadores de pessoas com doenças cardíacas identificam 3 necessidades que encaixam no papel de prestador de cuidados solicitado no acompanhamento da pessoa transplantada ao coração, nomeadamente: ajudar na gestão da nova situação de saúde, que implica lidar com a diversidade de sintomas/sinais, conhecer e gerir a medicação, proporcionar apoio emocional, incentivar a atividade e o exercício físico; desenvolver o papel de cuidador, abrangendo a comunicação com profissionais de saúde, cuidar do seu próprio bem-estar e qualidade de vida e encetar estratégias de apoio social e serviços, reconhecendo que o futuro pode ser incerto (Wingham, et al., 2019). Deste modo, é fundamental habilitar o cuidador e/ou família munindo-os de recursos, tornando-os capazes e resilientes na gestão da condição de saúde do familiar.

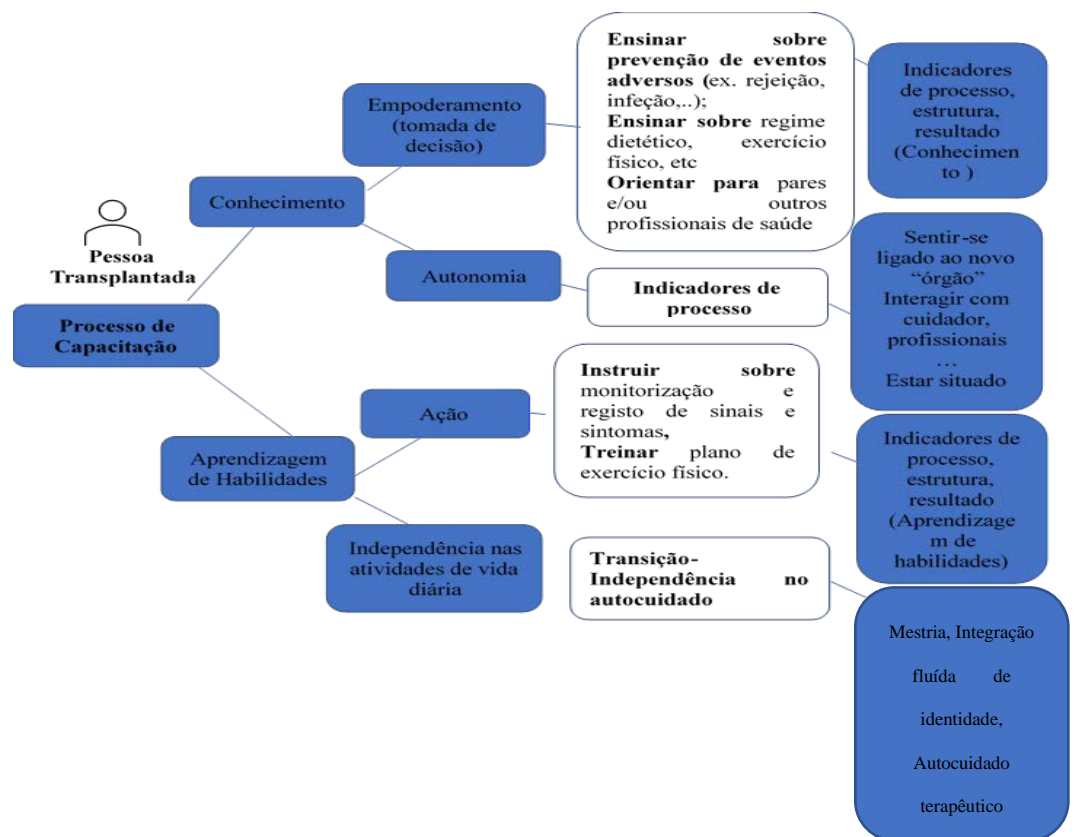
Percebe-se que a teoria das transições pode fundamentar a intervenção do EEER no cuidado a esta população particular, pelo que apresentamos uma possível operacionalização do mesmo, analisando os indicadores de processo (que representam o sentir-se conectado às redes de suporte como amigos/família/profissionais de saúde; o interagir com pessoas que vivenciam situações similares, familiares cuidadores e profissionais de saúde de forma a aclarar e ajustar os comportamentos em resposta às transições) e resultado (associados à mestria, isto é, ao domínio de capacidades novas; e à integração fluida de identidade que está relacionada com a reformulação da mesma). que podem advir da orientação pela teoria das transições. Neste sentido, apresenta-se a representação da teoria aplicada no cuidado à pessoa transplantada ao coração e sua cuidador/família(figuras 1 e 2).

Importa agora perceber, que nas competências específicas do EEER estão retratadas terapêuticas de enfermagem e indicadores no domínio da capacitação da pessoa para lidar com a transição vivida e respetivos ensinamentos e treinos, correlacionando a Teoria das Transições com o perfil de intervenção clínica dos EEER.

Implicações para a prática

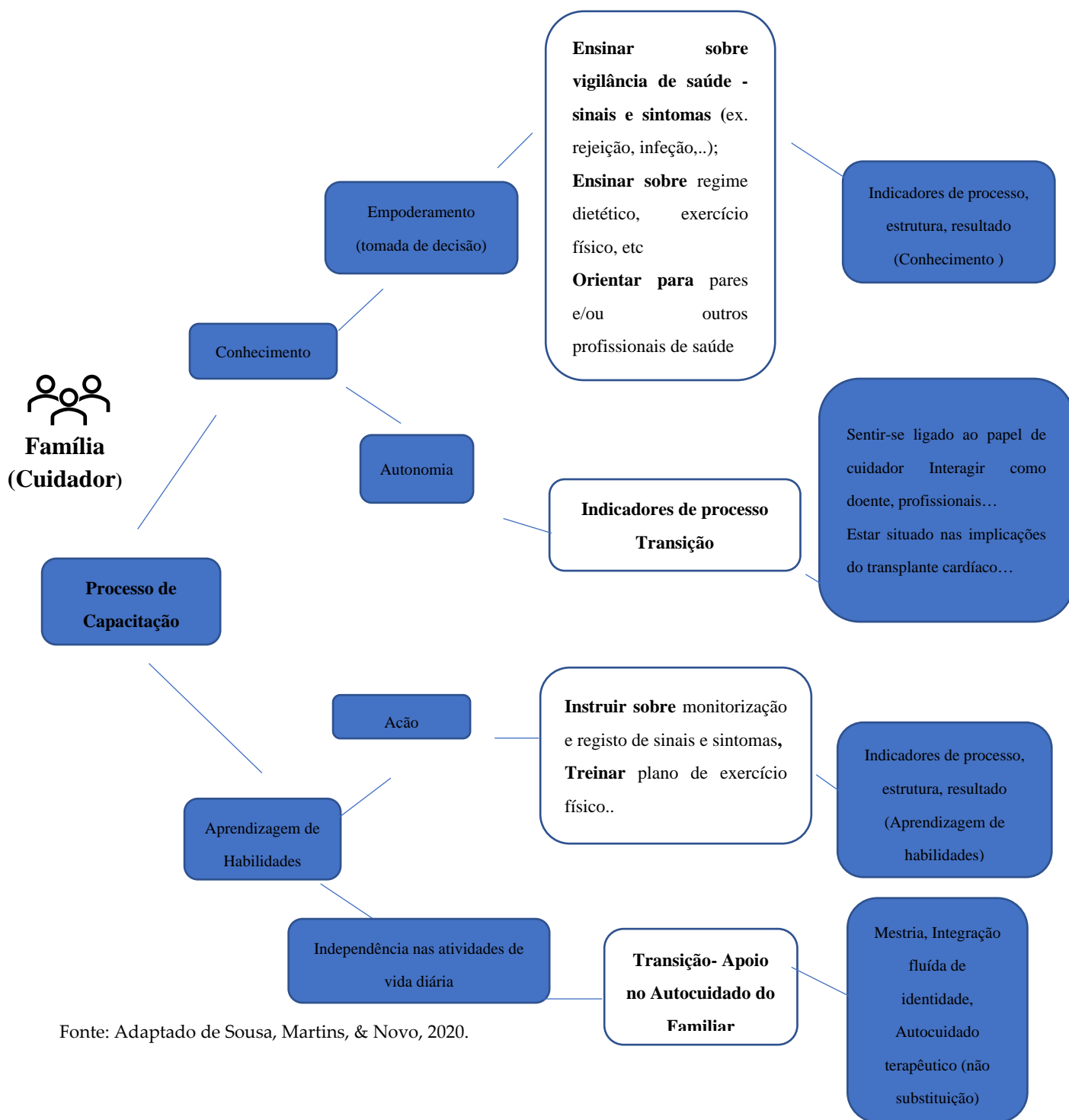
Ao analisar as suas necessidades, percebe-se que o eeer, cuja atividade permite enunciar o diagnóstico e planejar e implementar a intervenção precoce, promover da qualidade de vida, maximizar da funcionalidade, promover o autocuidado e prevenir complicações de modo a evitar as incapacidades ou minimizar o impacto das mesmas (Ordem dos enfermeiros, 2015; Sousa, Martins, & Novo, 2020), será fundamental neste processo de transição. entende-se que será necessária mestria neste contexto de transição com possíveis naturezas distintas, com agentes facilitadores/dificultadores diferentes e com padrões de resposta muitas vezes inesperados. A Enfermagem de Reabilitação é uma especialidade que abrange um corpo de conhecimentos e competências próprias (Ordem dos Enfermeiros, 2019), podendo ter um papel fundamental no cuidado à pessoa transplantada ao coração e sua família. No seu perfil de competências o EEER tem definida a promoção de intervenções preventivas, quer para salvaguardar as capacidades funcionais das pessoas, quer para evitar mais incapacidades, defendendo e promovendo o direito à qualidade de vida, à socialização e à dignidade, assumindo, assim, o papel de gestor de casos, educador, capacitador, facilitador de processo de transição e elemento da equipa (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Figura 1 Capacitação da pessoa em processo de transição- transplante ao coração



Fonte: Adaptado de Sousa, Martins, & Novo, 2020

Figura 2 Capacitação da família (cuidador) em processo de transição- transplante ao coração



Fonte: Adaptado de Sousa, Martins, & Novo, 2020.

Os EEER norteiam o seu agir profissional e mobilizam competências para ensinar, instruir, treinar, orientar e motivar quer as pessoas nas atividades de vida diária, para níveis máximos

de independência, quer os familiares/cuidadores informais nos processos de reabilitação, de modo a promover o seu autocuidado (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2019). O conhecimento e as competências dos EEER permitem, junto da pessoa com incapacidade, a gestão de situações complexas de saúde, a intervenção ao longo do ciclo vital, a pesquisa continuada dos melhores resultados para a pessoa/família, a criação de parcerias com a pessoa, a cuidador/família ou a comunidade no processo de reabilitação (Gaspar, Loureiro, & Novo, 2021).

Os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem permitem demonstrar o estado, comportamento ou perceção variável e mensurável de uma pessoa e/ou seu convivente significativo, sendo influenciados pelas intervenções autónomas do EEER, de acordo com o mandato social de que está investido (Ordem dos Enfermeiros, 2019, Gaspar, Loureiro, & Novo, 2021).

A excelência no âmbito da enfermagem de reabilitação, é alcançada por meio de intervenções baseadas em evidências, que evidenciam ganhos em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018), ou seja, expressam ganhos em anos de vida, em diminuição de eventos de doença ou redução da sua duração, na minoração das situações de incapacidade temporária ou permanente, no incremento da funcionalidade física e psicossocial e, ainda, na limitação do sofrimento evitável e na melhora da qualidade de vida relacionada à saúde.

O que este artigo adiciona é um exemplo da teoria das transições aplicada à prática da enfermagem de reabilitação para a gestão de transição saudável em pessoas transplantadas ao coração e sua família.

CONCLUSÃO

Com esta análise percebe-se que o conceito de transição é abordado nos documentos normativos que regulam a especialidade de enfermagem de reabilitação, encontrando-se também implícito na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, o que nos permitiu demonstrar a sua relevância para a práxis dos EEER.

Ao explorar a contribuição da Teoria das transições foi possível perceber que a capacitação da pessoa transplantada ao coração e sua cuidador/família é um fenómeno complexo, sobre o qual não seria possível refletir sem ter como a teorização de enfermagem. Com esta reflexão acreditamos que fica suportada a intervenção dos EEER com a finalidade de proporcionar a capacitação necessária à pessoa transplantada ao coração e sua família, contudo acreditamos que devem ser concretizadas mais investigações que traduzam o papel facilitador do Enfermeiro de reabilitação nas transições bem-sucedidas. Aqui, de realçar também o enceto à

produção de indicadores de processo e resultado da intervenção dos EEER, que emergem na consecução desta reflexão.

A execução deste ensaio permitiu demonstrar a importância da pesquisa fundamentadora da prática clínica, podendo contribuir para o ensino de enfermagem de reabilitação mais fundamentado nas teorias de enfermagem.

No domínio da investigação, este lança de alguma forma o repto para a realização de estudos que clarifiquem os conceitos, os diagnósticos e as intervenções sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, fundamentados na Teoria das Transições.

BIBLIOGRAFIA

- o Almgren, M., Lennerling, A., Lundmark, M., & Forsberg, A. (2017). Self-efficacy in the context of heart transplantation - a new perspective. *Journal of clinical nursing*, 26(19-20), 3007–3017. <https://doi.org/10.1111/jocn.13647>
- o Barros, L. B. F., Silva, L. d. F. d., Guedes, M. V. C., & Pessoa, V. L. M. d. P. (2017). Cuidado clínico de enfermagem fundamentado em Parse: contribuição no processo de transcendência de transplantados cardíacos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(2). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.60658>
- o Bittencourt, M., Marques, M., & Barroso, T. (2018). Contributions of nursing theories in the practice of the mental health promotion. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(18), 125–132. <https://doi.org/10.12707/riv18015>
- o Cater, R., & Taylor, J. (2017). The experiences of heart transplant recipients' spouses during the pretransplant waiting period: integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 26(19-20), 2865–2877. <https://doi.org/10.1111/jocn.13630>
- o Ferreira, B., Diz, A., Silva, P., Sousa, L., Pinho, L., Fonseca, C., & Lopes, M. (2022). Bibliometric Analysis of the Informal Caregiver's Scientific Production. *Journal of Personalized Medicine*, 12(1), 61. <https://doi.org/10.3390/jpm12010061>
- o Gaspar, L., Loureiro, M., & Novo, A. (2021). Exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In *Enfermagem de Reabilitação -Conceções e Práticas* (pp. 12–18). Lisboa-Portugal: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- o Lindberg, C., Almgren, M., Lennerling, A., & Forsberg, A. (2020). The Meaning of Surviving Three Years after a Heart Transplant—A Transition from Uncertainty to Acceptance through Adaptation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5434. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155434>
- o Loureiro, M., Costa, M., Sola, E., Coutinho, G., Martins, M. M., & Novo, A. (2021). Enfermagem de Reabilitação em transplante cardíaco (ertxc) – apresentação de projeto de intervenção. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 4(1), 37–46. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.160>



- Loureiro, M., Mendes, E., Preto, L., & Novo, A. (2020). Reabilitação Cardíaca na Pessoa submetida a transplante cardíaco. In *Reabilitação Cardíaca-Evidência e Fundamentos para a prática*. Loures-Portugal: Lusodidacta.
- Meleis, A. (2019). Afaf Meleis' transitions theory. In F. A. Davis Company (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (pp. 353–370). Philadelphia: PA: F.A. Davis.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf
- Ordem dos Enfermeiros.(2018). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dospadr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019) *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/122216893>
- Rea, K. E., Cushman, G. K., Quast, L. F., Stolz, M. G., Mee, L. L., George, R. P., & Blount, R. L. (2021). Specific healthcare responsibilities and perceived transition readiness among adolescent solid organ transplant recipients: Adolescent and caregiver perspectives. *Patient education and counseling*, 104(8), 2089–2097. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.01.027>
- Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E., & Azevedo, I. (2016). O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, (49), 153–171. Retrieved from <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8083>
- Sousa, L., Martins, M. M., & Novo, A. (2020). A Enfermagem de Reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 3(1), 64–69. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>
- Wingham, J., Frost, J., Britten, N., Greaves, C., Abraham, C., Warren, F. C., Jolly, K., Miles, J., Paul, K., Doherty, P. J., Singh, S., Davies, R., Noonan, M., Dalal, H., & Taylor, R. S. (2019). Caregiver outcomes of the REACH-HF multicentre randomized controlled trial of home-based rehabilitation for heart failure with reduced ejection fraction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 18(7), 611–620. <https://doi.org/10.1177/1474515119850011>

Cultura alimentaria, tejidos que fortalecen el cuidado colectivo en una comunidad indígena

Food culture, weavings that strengthen collective care in an indigenous community

Cultura alimentar, tecelagens que reforçam os cuidados coletivos numa comunidade indígena

Diana Fernanda Loaiza Buitrago^{1*}; Yesika Liliana Colimba Guadir²; María Elena Castro Cataño³; & Rosa Nury Zambrano Bermeo⁴

¹Magíster en Salud Pública, Universidad Santiago de Cali, Facultad de Salud, Cali, Colombia. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0260-4193>; Correo electrónico: diana.loaiza04@usc.edu.co

²Magíster (C) en Administración en Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia <https://orcid.org/0000-0003-2042-1913>; Correo electrónico: yessilili95@gmail.com

³Magíster en Educación, Universidad Santiago de Cali, Facultad de Salud, Cali, Colombia <https://orcid.org/0000-0002-0836-6555>; Correo electrónico: maria.castro08@usc.edu.co

⁴Doctora en Enfermería, Universidad Santiago de Cali, Facultad de Salud, Cali, Colombia <https://orcid.org/0000-0001-6488-2231>; Correo electrónico: rosa.zambrano00@usc.edu.co

Cómo citar este artículo: Loaiza-Buitrago, D.F., Colimba-Guadir, Y.L., Castro-Cataño, M.E., & Zambrano-Bermeo, R.N. (2023). Cultura alimentaria, tejidos que fortalecen el cuidado colectivo en una comunidad indígena. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(66). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.66.13>

Received: 02/01/2023

Accepted: 22/03/2023.



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

***Correspondencia:** Facultad de Salud, Universidad Santiago de Cali, Calle 5 con Carrera 62 esquina. Código postal: 760035. Pampalinda, Santiago de Cali, Valle, Colombia.

Abstract: Objective: To describe the factors of the social structure and food culture of an indigenous community that strengthen collective care. Materials and methods: Qualitative study, ethnographic method; through purposive sampling: 10 semi-structured interviews and participant observation; the content analysis was supported by the Atlas ti 7.0 tool. Results: economic-political, educational, social-cultural and spiritual factors provided evidence of food exercises and practices that from the indigenous worldview of balance and awareness with "mother earth" and of its territorial organization contribute to the collective and identity practices of the community. Conclusions: Around food, many practices are woven that strengthen care in the community; from the shagra physical and spiritual food is harvested, as well as it is also constituted as a space of identity affirmation and survival of ancestral knowledge that must be preserved.

Keywords: Indigenous culture, collective health, Sociocultural Territory, diet, care.

Resumen: Objetivo: Describir los factores de la estructura social y de cultura alimentaria de una comunidad indígena que fortalecen el cuidado colectivo. Materiales y métodos: Estudio cualitativo, método etnográfico; a través de muestreo propositivo: se realizaron 10 entrevistas semiestructura-

das y observación participante; el análisis de contenido se apoyó en la herramienta Atlas ti 7.0. Resultados: Factores de tipo económico-político, educativo, social-cultural y espiritual aportaron evidencias de ejercicios y prácticas alimentarias que desde la cosmovisión indígena de equilibrio y conciencia con la “madre tierra” y de su ordenamiento territorial aportan a las prácticas colectivas e identitarias de la comunidad. Conclusiones: Alrededor de la alimentación, se tejen muchas prácticas que fortalecen el cuidado en la comunidad; de la shagra, se cosecha el alimento físico y espiritual, como también se constituye como un espacio de afirmación de identidad y pervivencia de saberes ancestrales que deben ser conservados.

Palabras clave: Cultura indígena; salud colectiva; territorio sociocultural; alimentación; cuidado.

Resumo: Objetivo: Descrever os fatores da estrutura social e da cultura alimentar de uma comunidade indígena que reforçam os cuidados coletivos. Materiais e métodos: Estudo qualitativo, método etnográfico; através de amostragem propositada: 10 entrevistas semi-estruturadas e observação dos participantes; a análise do conteúdo foi apoiada pela ferramenta Atlas ti 7.0. Resultados: fatores econômicos-políticos, educacionais, sócio-culturais e espirituais forneceram provas de exercícios e práticas alimentares que a partir da cosmovisão indígena de equilíbrio e consciência com a "mãe terra" e a sua ordenação territorial contribuem para as práticas coletivas e de identidade da comunidade. Conclusões: Em torno da alimentação, muitas práticas são tecidas que reforçam os cuidados na comunidade; a partir do shagra, colhe-se alimento físico e espiritual, bem como se constitui também como um espaço de afirmação de identidade e sobrevivência do conhecimento ancestral que deve ser preservado.

Palavras-chave: Cultura indígena; saúde coletiva; território sócio-cultural; alimentação; cuidados.

INTRODUCCIÓN

Los sistemas alimentarios indígenas se fundamentan en la relación con los ecosistemas de donde obtienen los alimentos, así como también se conjugan con el patrimonio cultural de la comunidad, reafirmando identidades y hábitos alimentarios. La consecución, transformación, consumo, manejo y distribución de los alimentos y sus ingredientes en un contexto particular, satisface una necesidad y a su vez se establecen estrechos vínculos entre los miembros de la comunidad (Veramendi, Portocarrero, & Barrionuevo, 2020) (Organización de las Naciones Unidas para Alimentación y la Agricultura FAO, Departamento para la Prosperidad Social DPS, 2015).

El cuidado colectivo, se propone como objetivo lograr una red que propenda por la salud y el bienestar común, implica un proceso de cooperación, se develan dinámicas socioculturales de diálogo y transformación que reconocen a las personas de la comunidad como protagonistas de la comprensión y transformación de su realidad (Boff, 2002). En las comunidades indígenas, además del vínculo entre el territorio y los sistemas alimentarios, se evidencian procesos históricos, en los cuales se sitúan sus festividades más importantes desde las cosechas hasta el consumo y compartir de los alimentos, configurando elementos y valores fundamentales como la solidaridad, autonomía, soberanía, confianza mutua y respeto por la Madre Tierra y por lo provisto por ella (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), 2013).

El vínculo de las comunidades con su territorio y con los alimentos que éste provee, aporta a la configuración de culturas alimentarias, entendidas como el “acumulado de representaciones, creencias, conocimientos y prácticas heredadas o aprendidas asociadas a la alimentación y que son compartidas por los individuos de una cultura o de un grupo social determinado dentro de una cultura” (Campos & Favila, 2018). Diversos diálogos en América Latina, considerando territorio y alimentación, han exaltado elementos como la soberanía alimentaria y el derecho a la alimentación, así como los “patrimonios alimentarios”, a favor del reconocimiento de recetas locales, producto de saberes y de cultura viva, patrimonios que han sido reconocidos en algunos países de la región, especialmente por Guatemala y México, y sobre los cuales también se analizan procesos socioeconómicos, políticos y culturales (Gómez & Velásquez, 2019) (Rebaï, Bilhaut, Suremain, Katz, & Paredes, 2021).

La población indígena está representada aproximadamente por 476 millones en más de 90 países, constituyendo tan solo el 6% de la población mundial aproximadamente; sin embargo, sus conocimientos y prácticas ancestrales han significado la protección de casi el 80% de la biodiversidad del planeta, la que a su vez incluye componentes fundamentales para la alimentación y la agricultura (Observatorio del Derecho a la Alimentación, 2018) (Banco Mundial, 2021). En América Latina, existen casi 400 grupos indígenas, los cuales se concentran principalmente en países como México, Guatemala, Perú y Bolivia. Colombia, por su parte, según la Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC), reporta la existencia de 102 pueblos indígenas, 18 de ellos en peligro de extinción (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Los pueblos indígenas comparten la cosmovisión de relación con la “Madre Tierra” como fuente de vida, sagrada y un bien de propiedad colectiva que aporta a la supervivencia de los pueblos, discrepan de la connotación occidental de territorio explotable según la lógica del mercado, por esto, han vivido realidades de pobreza, desplazamientos forzados, violencia, generando ruptura de redes de apoyo social y económica, pérdida de recursos naturales y culturales (Corporación Grupo Semillas Colombia, 2010) (Organización de las Naciones Unidas para Alimentación y la Agricultura FAO, Departamento para la Prosperidad Social DPS, 2015) (Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Naciones Unidas, 2014) (De la Cruz, 2016) (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, FAO, UNICEF, 2019).

El cuidado es universal, pero las acciones, significados, patrones y estilos de vida en torno al tema de la alimentación específicamente, pueden ser diferentes, así, el conocimiento de la diversidad cultural es esencial de modo que pueda ser expresado bajo las diferentes formas de mantener la salud. Para Enfermería, el compromiso de cuidar a la persona, familia y comunidad, requiere además de conocer aspectos teóricos e instrumentales propios de la disciplina, establecer una relación holista y sensible que considere valores, creencias y prácticas en los receptores de cuidado, lo que implica simpatía, apertura, generosidad y respeto; esta integración de conocimientos, habilidades y actitudes en la práctica del cuidado y que generan integraciones efectivas con los otros se conoce como cuidado culturalmente competente (Ibarra & Siles, 2006) (Kersey-Matusiak, 2012).

Desde la Enfermería y Antropología, y como modelo teórico referente en esta investigación, se destaca la teoría de la universalidad y diversidad del cuidado cultural de Madeleine Leininger, la cual considera que los aspectos políticos, sociales, económicos, tecnológicos, de

valores y creencias influyen en la salud de las personas y vienen a constituirse en elementos esenciales para tomar decisiones acerca del cuidado en quienes constituyen la comunidad (Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Naciones Unidas, 2014) (Escobar & Paravic-Klijn, 2017) (Leno, 2006).

Esta investigación, aporta a generar evidencia alrededor de prácticas inmersas en la cultura alimentaria y los factores de la estructura social que aporten a la pervivencia de las comunidades indígenas y de la construcción social de cuidado colectivo, así este artículo pretende responder a la pregunta: ¿Cuáles son los factores que intervienen en la cultura alimentaria y que fortalecen el cuidado colectivo en la comunidad indígena del Gran Cumbal, Pueblo Los Pastos, Nariño, Colombia?

MATERIALES Y MÉTODOS

Esta investigación presentó un enfoque cualitativo de tipo descriptivo etnográfico, particularmente desde la ciencia del cuidado, se toma como referente la etnoenfermería, como método de investigación que estudia la forma de vida de un grupo cultural determinado, y que devela conductas y modos en que perciben y conocen su universo (Mansilla, Schuller, & Contreras, 2020).

La población estuvo conformada por el Resguardo Indígena del Gran Cumbal, Pueblo Los Pastos. El tipo de muestreo seleccionado fue el muestreo propositivo, teniendo en cuenta dos aspectos relevantes: la adecuación, por estar conformada por personas más representativas de la comunidad: líderes y lideresas o representantes que abordaron el fenómeno con amplio conocimiento y pertenencia; y la suficiencia, hasta obtener la “saturación informativa”, cuando la información suministrada no aportó nada nuevo o cuando se presentó redundancia en dicha información (Mendieta, 2015).

Los instrumentos utilizados para recolectar datos en la investigación estuvieron constituidos por la observación participante, un diario de campo, entrevista semiestructurada. Se realizaron 10 entrevistas, cuyos participantes estuvieron conformados por: médicos tradicionales, Taitas de la comunidad, el Alcalde del Municipio del Cumbal, ex gobernadores, enfermera, estudiante y coordinador del centro de juventud, y una sabedora representativa de la comunidad.

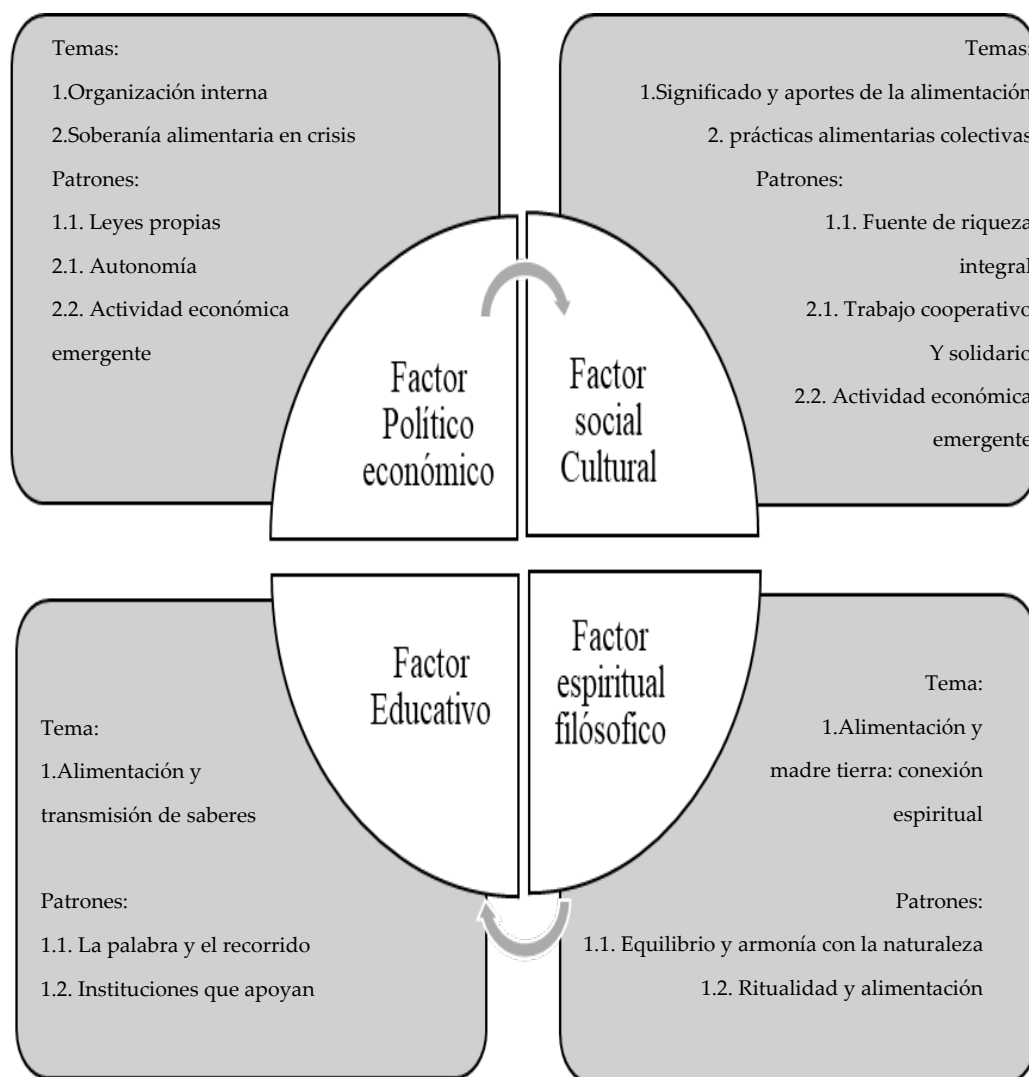
A partir de la Teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales de Leininger, se retoma el Modelo del Sol Naciente, para describir desde la visión del mundo de la comunidad, cómo se sitúa o se interpreta la cultura alimentaria en el cuidado colectivo. Las categorías se fijaron de manera deductiva de acuerdo a este modelo, el cual fijó factores de una estructura sociocultural continuamente en relación de interdependencia por las prácticas, pautas y expresiones de cuidado. Las categorías principales fueron: Factores político económico, social y cultural, Educación y Espiritual (Buera, y otros, 2021).

El procesamiento y análisis de los datos se realizó con apoyo del software de interpretación de datos (Atlas ti), se pudo establecer interconexiones entre las categorías con el fin de tener una interpretación acertada de la información. Consideraciones éticas: El trabajo contó con el aval de los Comités de ética de la Facultad de Salud de la Universidad Santiago de Cali, Colombia, así como el aval por parte del Gobernador de la comunidad indígena del Gran Cumbal, Pueblo Los Pastos.

RESULTADOS

Con la categorización presentada en la figura 1, y de acuerdo al Facilitador del Modelo del Sol Naciente, se logró interpretar y reconocer temas y patrones en cada categoría principal, que fueron identificados a través de los relatos de los participantes.

Figura 1. Esquema representativo de las categorías, temas y patrones del estudio



Fuente: Elaboración propia

Factor Político-Económico: Leyes Propias y soberanía alimentaria

Este factor abarca la manera cómo se organiza la comunidad, lo cual brinda una mirada para entender también su representación, estructura, prácticas y significados. A partir de un ordenamiento cosmogónico, y desde la cosmovisión propiamente dicha, se identifican unas Leyes Propias que rigen a la comunidad desde lo territorial y social así como a su vida económica, ética, moral, espiritual y política; estas leyes articuladas al cuidado colectivo, reafirman

el vínculo inexorable entre la cosmovisión-madre tierra y la práctica de alimentarse, trascendiendo así al paradigma biologicista y/o biomédico que enmarca actualmente al proceso salud-enfermedad: "...Las leyes en sí son el cuidado de la madre tierra que nos devuelve sus fructificaciones, no tanto por las autoridades sino por la misma ley natural, está decretado que en el momento en el que el ser humano no cuide a la madre tierra, va a sufrir dentro de este mismo mundo, tanto espiritual como físico..." E1-Médico tradicional.

La Ley Natural alude a la relación hombre naturaleza en equilibrio y de respeto hacia la madre tierra que les otorga la vida, el terreno o la shagra donde producen sus alimentos se constituye en el epicentro para el desarrollo de procesos como: economía, educación, cultura, producción, salud, autonomía, espiritualidad, dinamismo que crece y cambia con el pasar del tiempo y el caminar en el espacio (Mueses, 2016). Con respecto a la Ley de Origen, relacionada con la anterior, expresa más la sagralidad, la espiritualidad de la comunidad, así como el dar el valor a los frutos que da la naturaleza: "... en algunas prácticas de cultivo, el manejo de los ciclos, de las temporalidades solares y lunares ahí hay normatividades legales o propias que son las leyes de la naturaleza que regulan esa partecita cultural, natural, espiritual que sigue vigente en nuestras comunidades". E5- Taita y exgobernador.

Los sistemas normativos en las comunidades indígenas no son inventadas o creadas por ellos, provienen desde el nacimiento del mundo, de los hermanos mayores primeros habitantes de América, de la tierra misma, tienen su origen en lo ancestral, lo divino, lo natural, lo cultural, y más que un asunto de propiedad tiene que ver con una pertenencia, en torno a propósitos comunes, por el reconocimiento de su cultura, recuperación de territorio y autonomía (Defensoría del Pueblo Colombia, 2018).

La soberanía alimentaria por su parte, emerge como elemento fundamental para fortalecer conocimientos ancestrales, conservación de semillas, identidad, autonomía, la siembra de lo propio y el autosostenimiento. En la comunidad los Pastos, se ha procurado su defensa, como un legado de los mayores, fortalece lazos de solidaridad entre la comunidad, en donde alimentarse, más que el acto de comer, implica cooperación en pro de la recuperación de cultivos propios y de su cultura: "... Es importante la defensa de lo nuestro, de las semillas nativas, por seguir sobreviviendo como nos enseñaron, como nos dejaron nuestros mayores ... es sembrar lo propio, cuidando y preservando la naturaleza en el tema del sembrar, del cosechar..." E4- Alcalde municipio.

En el pueblo los Pastos, se presenta una amplia diversidad de especies cultivadas y de semillas que sustentan la soberanía alimentaria: cultivos de papa, frijol, maíz y tubérculos andinos, entre otros. La producción de papa es de tipo tradicional, está enmarcado en un sistema de economía campesina minifundista (finca agrícola de extensión muy reducida) y que requiere de una alta participación de las familias (Gobernación de Nariño, Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural, 2019).

De este modo, la tierra, el territorio y sus recursos se sitúan como elementos fundamentales que develan plenitud de vida, desarrollo social, cultural, político, humano, espiritual. No es el territorio entonces únicamente una fuente de producción, sino un conjunto de elementos con todo lo que existe en la naturaleza: rocas, ríos, montañas, plantas, animales, dioses, sitios sagrados, y el hombre constituido como un hijo con obligación de defensa, cuidado y sostén de su morada: la Madre Tierra.

Factor socio cultural y tejido colectivo en la alimentación

Las creencias, costumbres, prácticas ancestrales respaldan este factor social y cultural, enmarcado en dinámicas solidarias y dialógicas, sustentado a su vez en simbologías propias de la comunidad. La alimentación para la comunidad, implica un proceso en el que se comparten saberes y se construye ser en la colectividad, lo que evidencia un impacto en su salud individual y colectiva: "...En la salud individual, la alimentación con productos de nuestras comunidades, lo orgánico, alimentación saludable, y en lo colectivo, el rescate de nuestra cultura, de seguir conviviendo como indígenas..." E8- Sabedora de la comunidad.

En el Cuadro 1 se evidencian los espacios en que se construye identidad y comparten saberes alrededor de la práctica de alimentarse como un proceso dialógico con el colectivo de diverso pensamiento, que alude también a fortalecimiento como comunidad.

Cuadro 1. Espacios en que se teje el cuidado colectivo en torno a la alimentación

| Espacio-territorio | Significado | Testimonios |
|--------------------|--|---|
| Shagra | Espacio natural y cósmico, compuesta por las plantas que proveen alimento y medicina, así como por los conocimientos derivados de las prácticas agrícolas. | "La shagra es un referente cultural que incide en la nutrición, en la educación, en la salud en todos los aspectos ..."E5 Exgobernador y taita |
| Tulpa | Tres piedras (padre, madre e hijo), sobre las cuales se prende el fogón y se empieza a construir el saber ancestral, un lugar de encuentro donde además de cocinar y compartir los alimentos, se convierte en el círculo de la palabra entre los mayores y los guaguas (jóvenes y niños) | "... las tulpas es estar unidos en familia degustando los mismos alimentos que se han cultivado dentro de la shagra...en las tulpas se cocinan los alimentos pero a la misma vez se dialoga, se conjuga dos tipos de alimento: físico de los mismos productos y espiritual a través de la palabra" E3- Taita. |

Fuente: elaboración propia

Dentro del significado de trabajo solidario y de beneficios de la alimentación a nivel físico y espiritual, surge el "dar y recibir" el cual inicia con la madre tierra y ofrece los sustentos indispensables para la existencia: agua, luz, alimentos, bienestar, vida plena (Cuadro 2).

Cuadro 2. "Dar y recibir", prácticas solidarias en la comunidad que sustentan la cultura alimentaria

| | |
|--|---|
| Las comunidades practican dicha reciprocidad en términos de alteridad, en el sentido de tener en cuenta al otro en su necesidad. Significa también un construir colectivo de compartir conocimientos, pensamientos alrededor de alimentarse. | |
| Algunas prácticas | Testimonios |
| Minga | "...también es el compartir a través de la minga, trabajo colectivo donde se siembra, se trabaja y se cosecha la papa..." E2 Médico tradicional |
| Payacua | "... la payacua y la mindala donde se da y se recibe, donde viene el intercambio, el trueque que es muy positivo para la comunidad, pero que se está degradando..." E2 Médico tradicional |



| | |
|---------|---|
| Mindala | "... el hecho de habitar en estos territorios permite que a través de sus parcelas se imparta el trabajo comunitario, intercambiar alimentos, trabajar de manera conjunta..... de estas prácticas colectivas surge orientación, el consejo, el ejemplo, el espejo..." E8- Sabedora. |
| Engirpa | "...y la engirpa donde yo le comparto saberes." E2- Médico tradicional." |

Fuente: elaboración propia

Factor educación, palabra y recorrido en la práctica de alimentarse

Existen dinámicas de colaboración que aportan al desarrollo en la comunidad, entre ellas, la transmisión de saberes e intercambio de conocimientos en los pueblos indígenas a través de medios o lenguajes propios. La educación en estas comunidades, aporta a la construcción de un pensamiento en armonía con la naturaleza, fortalece la identidad como pueblos y se forman y capacitan en acuerdo con las realidades y su proceso histórico (Sánchez, s.f.).

La "pedagogía de recorrido", más que un elemento complementario del acto de educar, es una mirada fundamental en lo concerniente a las prácticas de alimentación, en donde el territorio se establece como espacio importante de encuentros y diálogos: "...Sobre este tema hay que seguir proponiendo, porque estas enseñanzas en una institución educativa ayuda en gran parte pero, creo que es mejor que se realicen allí mismo en esas comunidades, que puedan tener sus escenarios de encuentro, de recorrido, de visitar su territorio donde pueda sentir y dimensionar la naturaleza existente y la producción propia..." E9- Exgobernador y Taita.

Las principales instituciones que participan en compartir los saberes aparte de la familia, son las educativas propiamente dichas, salud, y gubernamentales como la Alcaldía. Aunque apoyan de cierta manera la permanencia de estos saberes ancestrales y prácticas colectivas relacionadas a la cultura alimentaria, existen algunas amenazas en cuanto a su continuidad, como la respuesta de los jóvenes en cuyas manos está el legado en la comunidad: "...si ese joven no sabe cultivar, sembrar o no conoce la misma madre tierra, las plantas, las semillas, entonces no está en su conocimiento ancestral y ha perdido su identidad... y hasta allí llegará su legado, perderá su ser dentro del mismo territorio..." E6- Enfermera de la comunidad.

Esta problemática de la pérdida paulatina de saberes, se ha atribuido a actividades asociadas a la tecnología que los hace indiferentes a su arraigo, además de debilidades con respecto a competencias de tipo cultural de algunos de los representantes de las instituciones. Se persiste en fortalecer a la familia como principal institución de la sociedad, la cual por medio de la educación propia conserva los saberes relacionados con la cultura alimentaria y del tejido social que de allí surge: "...las mismas instituciones han creado ese espacio donde el niño empieza a conocer, pero fundamental es la familia, encargada de inculcar esas cositas que se han venido transmitiendo de generación en generación, familia que no inculque el cuidado de la madre tierra y a la vez el compromiso de poderla cultivar sanamente, esa familia perderá..." E6- Estudiante, coordinador Centro de Juventud Vereda Quilismal

Factor filosófico-espiritual, madre tierra y conexión espiritual para la pervivencia de la comunidad y de su cultura alimentaria

Los indígenas Pastos tienen su propia idea e imagen del mundo, el cosmos tiene unos principios que lo ordenan y lo mantienen en equilibrio, siendo estos principios, la base de su cosmovisión que orienta su vida. La forma de ser indígena, precisamente expresa su manera de habitar el mundo, la potencia interna de la naturaleza convertida en palabra y prácticas manifestando dicha conexión (Tipaz, 2018). De acuerdo con lo anterior, se reafirma la relación entre madre tierra y alimentación, fundamentada también con el universo, la naturaleza y la humanidad: "nuestra madre tierra es nuestra existencia... ese concepto fue claro en nuestros mayores que han pasado, nos han dejado esa enseñanza que el hecho de cultivar una planta, de alimentarse de ella, de cuidar la tierra es relacionarse con su propia madre...salud es conservarla". E5- Exgobernador y Taita

Desde el pensamiento colectivo, esta cosmovisión de respeto y relación armónica con el territorio, sustentan el tejido social y el buen vivir alrededor de la alimentación. La madre tierra ofrece todos los recursos y materiales, los frutos para vivir y mediante la práctica de las manos prestadas se consolidan las relaciones sociales necesarias para la vida comunitaria y familiar: "Saber vivir en armonía con tranquilidad, es buscar la paz y concientizar la energía mía con la suya, así va a poder sembrar y construir la shagra porque de esa vivencia se teje, crea, se producen sus alimentos que son frutos de su familia, de su legado y de su armonía, amor y comprensión". E2- Médico tradicional. "...Nuestra madre tierra y sus riquezas naturales, representa un equilibrio... la biodiversidad involucra, que nosotros humanos somos un ser más de la naturaleza". E4- Alcalde del municipio

La cultura se manifiesta en rituales que permiten la armonización comunitaria, como las celebraciones de las fiestas tradicionales y cósmicas, cuando se recorren los lugares sagrados en el territorio, pero también en las prácticas alimentarias cotidianas, cuando se preparan platos típicos como el cuy asado, habas tostadas, bebidas sagradas de maíz como la chicha y el champús, entre otros. La celebración de estos rituales expresan la cultura alimentaria de la región: "El ritual de la siembra en la shagra, se debe enseñar a los hijos a dar gracias por la tierra, por alimentar la tierra con materia orgánica a fortalecerlo y a ir cuidando nuestros productos, otro ritual cuando se cosecha el primer producto se hace un ritual de agradecimiento espiritual a Dios y a la madre naturaleza por tener la disponibilidad y se pide que estos productos no falten en nuestra mesa". E5- Exgobernador y Taita.

En la shagra no sólo se cultiva y se provee alimento, es un espacio de relaciones con las plantas, animales, así como con entidades espirituales. Se trata de una interrelación ecosistémica, social y espiritual. Las prácticas alrededor del territorio, han sobrevivido pese a cambios en sistemas de agricultura y contacto con el mundo occidental principalmente, demostrando que promueve la conservación de un territorio así como la pervivencia de la cultura y el saber tradicional.

La vida de la comunidad indígena del Gran Cumbal, Pueblo Los Pastos, se proyecta entonces en la fuerza de la misma tierra, su futuro e identidad se enmarca desde la maternidad del territorio y su preservación, su cuidado, la sacralidad y las relaciones que establecen con éste. Es por esto, que el territorio antes que ser fuente de alimentos, es fuente de su ser, de su historia. Si bien es cierto, la identidad del pueblo se encuentra retroalimentada por dicho espacio físico, para estas comunidades lo importante es proteger una cosmovisión, un sentir colectivo y una forma de vivir en equilibrio y armonía con su universo y con el otro.

DISCUSIÓN

Se retoma la soberanía alimentaria como un ejercicio que fortalece conocimientos ancestrales, la conservación de semillas nativas, orientando formas de cuidado propio y colectivo, en el sentido de beneficios para la salud individual, como de empoderamiento de la comunidad en su calidad de vida. El tema de la alimentación, y del cuidado a la salud implícito en este, atañe a lo jurídico legal, y desde el enfoque de seguridad alimentaria, la problemática no es propiamente sobre disponibilidad o incapacidad sobre producción de alimentos, sino más relacionado a la autonomía de cultivarlos y consumirlos, tal como lo expresan Micarelli y Sánchez en sus estudios sobre soberanía y derechos en los pueblos indígenas (Micarelli, 2018) (Sánchez, s.f.).

Las formas de apropiación, aprovechamiento y uso de la riqueza natural en la shagra se conjugan con el patrimonio cultural, la conservación e introducción de productos, la reafirmación de identidades, costumbres y hábitos alimentarios (Organización de las Naciones Unidas para Alimentación y la Agricultura FAO, Departamento para la Prosperidad Social DPS, 2015). En las comunidades indígenas, prácticas colectivas como la payacua, la engirpa, la minga, la mindala fortalecen principios de solidaridad y hermandad. En estas huertas caseras, se resuelven algunas situaciones alimentarias de cultivo y cosecha, de preservación de la cultura alimentaria, así como también se fundamentan propósitos de vida según la cosmovisión indígena. (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), 2013) (Mera Herrera, 2015) (Erazo & Moreno, 2013) (López, 2018).

La transmisión de saberes en torno a la alimentación, se construye en acontecimientos cotidianos que apoyan la permanencia de estos elementos culturales y sociales que fortalecen el cuidado colectivo en la comunidad. Desde la institucionalidad, se logra evidenciar que la participación de organismos educativos, de salud, gubernamentales, y la familia apoyan acciones de permanencia de la cultura alimentaria de la región, conocimientos holísticos en relación a la naturaleza, ciclos para siembra y cosecha, prácticas sociales ritualizadas. Estos saberes como se relacionan en algunos estudios se transmiten de generación en generación, mediante relatos o narraciones habladas, utilizando la educación propia y la pedagogía de recorrido para que la niñez y juventud se apropie de su territorio como fuente de riqueza natural y cultural y se conserve el legado. (Jamioy, 2017) (Molina & Tabares, 2014)

Con respecto al factor filosófico-espiritual, en la comunidad se expresa en el sentido de la existencia, en el estado del ser y principalmente en esta forma de vivir con plena conciencia de lo que para ellos significa su relación con la naturaleza y el cosmos. El Buen Vivir es un concepto originado en la visión de los pueblos indígenas del mundo y se refiere a la amplia relación que existe entre las personas, pueblos y sociedades con los componentes de la naturaleza, en una totalidad que conforma el sistema viviente de la Madre Tierra en equilibrio (Ceballos, 2014). Es aquí, donde todas las acciones alrededor de la alimentación cobran un sentido, ya que son prácticas realizadas en cooperación por sus habitantes, en esa sintonía con la naturaleza, pero también con el mundo espiritual, que permite situarlos en su estado armónico con el territorio y de agradecimiento a la Madre Tierra y a Dios por los frutos otorgados.

Los hallazgos también permitieron dilucidar, y en coherencia con algunos autores, que existen amenazas para la permanencia de la cultura alimentaria y los factores alrededor de

ésta que favorecen el cuidado colectivo en las comunidades indígenas entre las cuales se distingue principalmente una dinámica productiva acorde al mercado actual y al modelo neoliberal, orientada al extractivismo y ganadería extensiva, significando una pérdida paulatina de prácticas ancestrales en torno al cultivo y consumo de alimentos propios, evidenciando que la inserción en dichos mercados y modelos actuales económicos han traído transformaciones a las sociedades indígenas y sus modos de vida. (Leyva & Pérez, 2015) (Micarelli, 2018)

La preocupación por estos procesos de aculturación permean también el factor educativo y de transmisión de saberes, donde la inmersión a tecnologías, debilidades de los representantes de las instituciones de la comunidad con respecto a competencias de tipo cultural, así como otros comportamientos de los jóvenes, ha puesto en evidencia una problemática de permanencia de prácticas ancestrales en relación al alimentarse como ejercicio colectivo, provocando desvalorización de lo propio, pérdida de la ritualidad en torno a los alimentos, desuso de preparaciones tradicionales y en general, un desarraigo identitario con una orientación a integrarse a la sociedad urbana. (Organización de las Naciones Unidas para Alimentación y la Agricultura FAO, Departamento para la Prosperidad Social DPS, 2015) (Erazo & Moreno, 2013)

CONCLUSIONES

La alimentación, además de garantizar la subsistencia, para las comunidades indígenas se convierte en un medio por el cual se crean, reproducen y transforman relaciones de tipo social, ambiental, cultural. Este reconocimiento de la alimentación como elemento fundamental de la cultura de un pueblo, implica necesariamente tener en cuenta una visión completa de individuo y de comunidad, además de considerar que define también no solo la salud física, sino también espiritual, emocional, mental. De esta manera, se develan dinámicas sociales de producción, preparación, intercambio y consumo, en donde converge también territorio, conocimiento y sociedad, construye identidades y vínculos de reciprocidad y dependencia con la madre tierra.

La shagra, concebida desde una perspectiva de diálogo entre el ser humano y su entorno natural y social, es un espacio importante en el que se promueve la protección de la naturaleza, la autonomía, soberanía y seguridad alimentaria. Las comunidades suplen sus necesidades biológicas de nutrirse con alimentos sanos y variados, y las prácticas de cultivo ancestrales que allí se dan y promueven las experiencias comunitarias solidarias bajo el principio de reciprocidad de dar y recibir.

La manera de ver la vida, o cosmovisión de las comunidades, ejemplifican claramente un cuidado colectivo que debe ser apropiado por la sociedad civil, por el Estado, y profesionales de salud, en el sentido de procurar un genuino desarrollo humano y bienestar holístico para las comunidades. Los procesos interculturales tanto en la atención en salud como en la educación, permite que por medio de concertaciones sociales, políticas y culturales se construyan espacios de diálogos de saberes, sentidos y prácticas distintas que preserven la diversidad cultural y la coexistencia de las culturas, así como el entorno natural implícito en éstas.

Y así, como el tejido en guanga del resguardo indígena del Gran Cumbal, como parte del patrimonio sociocultural del pueblo Pasto, la alimentación y todas las prácticas relacionadas, nos representa también un tejido social, en el que se hilan saberes propios y se configuran

simbologías propias, sabores, armonía, espiritualidad, sagralidad como herencia ancestral mediante la cual se ha trazado la historia de la comunidad y se configuran como espacios de cuidado del territorio que exploran los factores de la estructura social y de cultura alimentaria de una comunidad indígena que fortalecen el cuidado colectivo.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Banco Mundial. (2021). Recuperado el 5 de Junio de 2021, de Pueblos Indígenas: <https://www.bancomundial.org/es/topic/indigenouspeoples#1>
- Boff, L. (2002). El cuidado esencial, ética de lo humano compasión por la tierra. (V. J., & J. Domínguez, Edits.) Trotta S.A. .
- Buera, M., Palomares, V., Aranda, N., Atarés, A., Piqueras, M., & Miñes, T. (abril de 2021). Madeleine leininger, artículo monográfico. Revista Sanitaria de Investigación .
- Campos, A., & Favila, H. (2018). CULTURAS ALIMENTARIAS INDÍGENAS Y TURISMO .Una aproximación a su estudio desde el control cultural. Estudios y Perspectivas en Turismo, 27(2).
- Ceballos, F. (Marzo de 2014). Aproximaciones a los derechos de la naturaleza y el buen vivir desde los pueblos originarios en Colombia:Retos frente a los desafíos ambientales del siglo XXI. Boletín de Antropología, Universidad de Antioquia, 29(47).
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Naciones Unidas. (2014). Los pueblos indígenas en América LatinaAvances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos. Santiago de Chile.
- Corporación Grupo Semillas Colombia. (5 de Enero de 2010). Biodiversidad, cultura y soberanía alimentaria en Colombia. Informe técnico, Grupo Semillas, Cundinamarca, Bogotá, D.C. Recuperado el 13 de Septiembre de 2019, de <http://www.semillas.org.co/es/publicaciones/biodiversidad-cultura-y-soberan>
- De la Cruz, E. (Noviembre de 2016). La transición nutricional.Abordaje desde de las políticas públicasen América Latina. Opción, 32(11).
- Defensoría del Pueblo Colombia. (2018). Derecho Propio de los Pueblos Indígenas. Bogotá, D.C.: Imprenta Nacional de Colombia. Obtenido de https://publicaciones.defensoria.gov.co/desarrollo1/ABCD/bases/marc/documentos/textos/Cuadernos_de_Paz_2_-_Derecho_natural_y_derecho_propio.pdf
- Erazo, F., & Moreno, O. (Enero de 2013). Pensamiento ambiental, diálogo de saberes para comprender el actuar del indígena Pasto. Universidad de Manizales.
- Escobar, B., & Paravic-Klijn, T. (Enero de 2017). La transculturalidad, elemento esencial para mejorar la atención en salud y de enfermería. Revista Enfermería Actual(32).

- Gobernación de Nariño, Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural. (2019). PLAN DEPARTAMENTAL DE EXTENSIÓN AGROPECUARIA DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO. Documento técnico de formulación , Gobernación de Nariño, Nariño, San Juan de Pasto.
- Gómez, Y., & Velásquez, E. (2019). Salud y cultura alimentaria en México. *Revista Digital Universitaria*, 20 (1), Vol. 20, núm. 1.
- Ibarra, T., & Siles, J. (2006). Competencia Cultural. Una forma humanizada de ofrecer Cuidados de Enfermería. *Index de Enfermería*.
- Jamioy, J. (Diciembre de 2017). Los saberes indígenas son patrimonio de la humanidad. *Nómadas*.
- Kersey-Matusiak, G. (2012). Cuidados culturalmente competentes, ¿los tenemos presentes? *Nursing*, 25-28.
- Leno, D. (2006). Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Gazeta de Antropología*, 22(32).
- Leyva, D., & Pérez, A. (Junio de 2015). Pérdida de las raíces culinarias por la transformación en la cultura alimentaria. *Revista mexicana de ciencias agrícolas*, 6(4).
- López, O. (Noviembre de 2018). Significados y representaciones de la minga para el pueblo indígena Pastos de Colombia. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 17(3).
- Mansilla, M., Schulter, I., & Contreras, S. (2020). ETNOENFERMERÍA: CUIDADOS CULTURALES EN UNA COMUNIDAD MAPUCHE EN PUERTO AGUIRRE, REGIÓN DE AYSÉN-CHILE. *Texto y Contexto-Enfermagem*(29).
- Mendieta, G. (Septiembre de 2015). Informantes y muestreo en investigación cualitativa. *Investigaciones Andina*, 17(30).
- Mera Herrera, F. (2015). *Shagra Esencia de la Cultura Ancestral*. Tesis de Maestría en Desarrollo Sustentable, Universidad Nacional de Lanús-UNLa , Nariño , San Juan de Pasto.
- Micarelli, G. (Diciembre de 2018). Soberanía alimentaria y otras soberanías: el valor de los bienes comunes. *Revista colombiana de antropología*, 54(2).
- Ministerio de Salud y Protección Social . (2016). Perfil de Salud de la Población Indígena, y medición de desigualdades en salud. Colombia 2016. Colombia: © Ministerio de Salud y Protección Social.
- Molina, V., & Tabares, J. (Julio de 2014). Educación Propia. Resistencia al modelo de homogeneización de los pueblos indígenas de Colombia. *Polis Revista Latinoamericana*, 38.
- Mueses, K. (2016). La shagra, alternativa productiva, que apoya la seguridad alimentaria y nutricional en Cumbal. *Revista de Sociología*, 5.



-
- Observatorio del Derecho a la Alimentación . (2018). Recuperado el 13 de Septiembre de 2020, de La biodiversidad es esencial para la seguridad alimentaria y la nutrición: <https://derechoalimentacion.org/noticias/la-biodiversidad-es-esencial-para-la-seguridad-alimentaria-y-la-nutrici-n>
 - Organización de las Naciones Unidas para Alimentación y la Agricultura FAO, Departamento para la Prosperidad Social DPS. (2015). Comida, territorio y memoria, situación alimentaria de los pueblos indígenas colombianos. Proyecto, Bogotá D.C., Bogotá D.C.
 - Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). (2013). Mindala y Shagra, Guía técnica. Guía técnica.
 - Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, FAO, UNICEF. (2019). Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe, Hacia entornos alimentarios más saludables que hagan frente a todas las formas de malnutrición . Santiago de Chile.
 - Rebaï, N., Bilhaut, A.-G., Suremain, C.-E., Katz, E., & Paredes, M. (2021). Patrimonios alimentarios en América Latina: recursos locales, actores y globalización. Coloquio resultado de investigación , Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, (FLACSO Ecuador), del Instituto Francés de Estudios Andinos (IFEA) y del Instituto Francés de Investigación para el Desarrollo (IRD).
 - Sánchez, E. (s.f.). Los pueblos indígenas en Colombia: Derechos, políticas y desafíos. UNICEF, Bogotá, D.C. , Bogotá, D.C. .
 - Tipaz, C. (2018). EL SISTEMA DE GOBIERNO PROPIO DEL PUEBLO DE LOS PASTOS EL CASO DEL RESGUARDO DE CUMBAL (NARIÑO - COLOMBIA) . Tesis de grado, Universidad de Antioquia, Nariño, Medellín.
 - Veramendi, N., Portocarrero, E., & Barrionuevo, C. (Enero de 2020). Cultura Alimentaria en estudiantes de educación básica regular: un abordaje educativo. Universidad y Sociedad, 12(1).

Sistematización de experiencia de pulpos para neonatos Instituto Roosevelt Bogotá Colombia

Systematization octopus experience for neonates Instituto Roosevelt Bogotá

Colombia

Sistematização da experiência do polvo para neonatos Instituto Roosevelt Bogotá Colômbia

María Buitrago Echeverri^{1*}; Ana M^a De la Hoz Bradford²; Sandra L. Orozco Plazas³; & Sandra Marín Bermúdez⁴

¹ PhD Salud Pública. Investigador docente, Facultad de Ciencias de la salud y del deporte, Fundación Universitaria del Área Andina, Bogotá, Colombia. Calle 44 C bis 50-26 Bloque C Apt. 216 la Esmeralda Bogotá, Colombia. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6667-5874>; Correo electrónico: mtbuitragoe@gmail.com.

² Médico. Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt, Bogotá, Colombia. Orcid: (no disponible); Correo electrónico: adelahoz@ioir.org.co.

³ Terapeuta física. Líder proyecto. Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt, Bogotá, Colombia. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9217-5486>; Correo electrónico: sandillomyg@gmail.com.

⁴ Especialista en Promoción de la Salud y Desarrollo Humano. Coordinadora promoción y prevención. Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt, Bogotá, Colombia. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1692-6927>; Correo electrónico: smarín@ioir.org.co.

***Correspondencia:** Fundación Universitaria del Área Andina, Bogotá, Colombia. Calle 44 C bis 50-26 Bloque C Apt. 216. La Esmeralda Bogotá, Colombia.

Cómo citar este artículo: Buitrago Echeverri, M^a, De la Hoz Bradford, A.M^a, Orozco Plazas, S.L., & Marín Bermúdez, S. (2023). Sistematización de experiencia de pulpos para neonatos Instituto Roosevelt Bogotá Colombia. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(66). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.66.14>

Received: 12/01/2023

Accepted: 23/04/2023.



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 initiative octopuses for newborns began with the Noupops NGO "thread for life" which emerged in 2012 in Denmark and in 2017 in Spain, which the Roosevelt Institute in Colombia has been implementing since 2018. This qualitative research was based on the systematization of experiences, finding that the weavers and its possibility to heal through weaving is related to the ancestral knowledge of how to do it and the mastery that is combined when they make the octopus. The project leaders refer to the importance of volunteering and donations for weaving the octopus, the therapeutic role in the mother-child relationship that these elements provides and refines, and its potential in the humanization of health services. The mother-child binomial in the voices of the mothers capitalizes the experience of being present with the baby, which implies reducing the feeling of anxiety and abandonment. Health personnel highlight the difficulty of the initiative within a medicalized scheme by assuming the octopus as an object of risk, which is controlled with sterilization. The evidenced value in the bond of the mother-child binomial, however, make the health personnel to reevaluate the lack of objective evidence that allows them to "guarantee" sterilization over the benefit.

Keywords: Community care; social fabric; neonates; art and health; medical humanities.

Resumen: La iniciativa pulpos para neonatos comienza en 2012 en Dinamarca y en 2017 en España surge la Noupops ONG "hilo para la vida", a partir de la cual el Instituto Roosevelt en Colombia la implementa desde 2018. Esta investigación cualitativa se basó en la sistematización de experiencias, encontrando que, en las tejedoras, es una posibilidad para sanar y sanarse a través del tejido y se relaciona con el conocimiento ancestral de cómo hacerlo y la maestría que se conjuga al realizar el pulpo. Las lideresas del proyecto, refieren la importancia del voluntariado y donaciones, el papel terapéutico en el binomio madre hijo y su potencial en la humanización de los servicios de salud. El binomio madre hijo en las voces de las madres, capitaliza la experiencia de estar presente con el bebé, lo que implica disminuir la sensación de zozobra y abandono. El personal de salud resalta la dificultad de la iniciativa dentro de un esquema medicalizado al asumirse como un objeto de riesgo, lo cual se controla con esterilización. Valoran el poder en el vínculo del binomio madre hijo, sin embargo, manifiestan que carecen de pruebas objetivas que les permitan "avaluar" su beneficio.

Palabras clave: Cuidado comunitario; tejido social; neonatos; arte y salud; humanidades medicas.

Resumo: A iniciativa polvos para recém-nascidos, a qual vem se implementando no Instituto Roosevelt na Colombia desde 2018, começou em 2012 na Dinamarca e em 2017 na Espanha surgiu a ONG Noupops "thread for life". A pesquisa qualitativa, que foi baseada na sistematização de experiências, constatou que nas mulheres tecelãs existe uma possibilidade de curar e se curar através da tecelagem que está relacionada ao saber ancestral conjugado com a destreza na confecção do polvo. As líderes do projeto referem a importância do voluntariado e as doações, o papel terapêutico na relação mãe-filho e seu potencial na humanização dos serviços de saúde. O binômio mãe-filho nas vozes das mães capitaliza a experiência de estar presente com o bebê, o que implica diminuir o sentimento de ansiedade e abandono. Os profissionais da saúde destacam a dificuldade da iniciativa dentro de um esquema medicalizado ao se assumirem como objeto de risco, que é controlado com esterilização. Valorizam o poder no vínculo do binômio mãe-filho, porém, afirmam que carecem de evidências objetivas que permitam "garantir" seu benefício.

Palavras-chave: Cuidados comunitários; tecido social; neonatos; arte e saúde; humanidades médicas.

INTRODUCCIÓN

La iniciativa de Pulpos para neonatos, inicia en 2012 en Dinamarca, con un padre que contacta a Josefine Hagen Solgaard a quien encarga un pulpo tejido para acompañar a su bebé (Spruttegruppen, s.f). A partir de esta experiencia se creó el Danish Octo Projeet - Spruttegruppen, organización voluntaria que recolecta pulpos para salas neonatales de Dinamarca y Groenlandia (Spruttegruppen, s.f). En 2014 se expande la iniciativa a varios países europeos, Canadá y América Latina. En España Sílvia Moragón, funda en 2017, la NOUPOPS ONG "hilo para la vida", que sostiene los principios de Spruttegruppen (Noupops, 2017). El instituto Roosevelt en Colombia en coordinación con Noupops, la implementa desde el 2018. Esta investigación reflexiona sobre la experiencia de pulpos para neonatos, documentando los beneficios para compartir el conocimiento y avanzar en su legitimidad como otra forma de cuidado, desmedicalizando la atención en el ámbito hospitalario y permitiendo aportar

al campo de las humanidades médicas al reconocer la importancia del cuidado colectivo de la vida.

METODOLOGIA

Estudio cualitativo mediante sistematización de experiencias (Jara, 2018). Realizado en Bogotá con personas vinculadas al proyecto de pulpos para neonatos del Instituto Roosevelt. Muestra por conveniencia, los criterios de inclusión fueron desempeñar alguno de los siguientes roles en el proyecto: ser tejedor, donante, beneficiario (madre/padre/neonato), líder de proceso, personal de salud y participación voluntaria. Participaron 4 tejedoras, 2 donantes, 4 lideresas, 8 madres, 2 médicos, 1 auxiliar de enfermería, 2 educadoras.

Se diseñaron y aplicaron entrevistas semiestructuradas (Vasilachis, 2006), recolectando información sobre la vinculación al proyecto, el conocimiento sobre su origen y objetivo, experiencia y significado, así como las barreras de implementación desde los testimonios de líderes y personal de salud. La información recolectada de 23 entrevistas, entre marzo y julio de 2021, fue grabada, transcrita y sometida a análisis de contenido con el uso del software cualitativo Nvivo, a partir de categorías preestablecidas emergentes que aportaron a producir conocimiento sobre la reflexión de la práctica, se triangularon estos resultados entre las investigadoras y con referentes teóricos (Strauss y Corbin, 2002) y fueron validados en un encuentro con los participantes. Se contó con consentimientos y asentimientos informados, tratamiento anónimo de la información y los avales de comités de ética. El proyecto formo fue financiado con recursos de capacidad instalada de la Fundación Universitaria del Área Andina y del Instituto Roosevelt.

RESULTADOS

A la luz de los objetivos de la investigación y el análisis de contenido de las entrevistas, los resultados se presentan a partir de las voces de los actores involucrados en la experiencia iniciando por las tejedoras, continuando con las líderes del proyecto, las voces de madres y bebés y finalizando con el personal de salud.

Tejedoras

La experiencia de las tejedoras implica un proceso creativo, donde entra en juego tanto la experticia y el conocimiento de tejer, como la misma experiencia de sanar y sanarse a través del tejido. Por tal motivo, encontramos que el rol de las tejedoras constituye la urdimbre del proyecto al crear y fortalecer el tejido entre ellas mismas como con los demás actores implicados en el proceso.

El tejido como conocimiento

Para las tejedoras, el proceso de tejer el pulpo se centra en aprender el patrón y lograr en un tercer o cuarto intento la aprobación del pulpo. Este aprendizaje de la técnica es de una exigencia alta, por lo que el primer requisito para participar es haber tejido amigurumis, además que los espacios de formación brindados en Bogotá, suelen ser de cuatro horas, considerándose muy cortos en comparación con la minuciosidad que implica aprender la técnica. Las tejedoras coinciden que la primera vez que se teje un pulpo toma más tiempo y es probable que se tenga que desarmar y volver a hacer.

Teniendo en cuenta la exactitud con la que se debe tejer el pulpo y la importancia de proteger la vida del usuario final se identificaron cinco pasos para su elaboración: el primero es encontrar la persona con el potencial para tejer; segundo, después de tejer el pulpo se envían sin sellar a una de las líderes que revisa que el pulpo cumpla con las medidas de los tentáculos, que no haya uniones y rectificar si hubo cambio de color en los tintes. En caso de aprobarlo, el tercer paso es uniformar el pulpo, es decir, rellenarlo y cerrarlo, para luego ponerle la etiqueta que indica que fue revisado y es apto para su uso. El siguiente paso, es en el hospital donde es obligatoria su esterilización y posteriormente, la líder del proyecto y las educadoras del Instituto convocan a los padres, las madres y cuidadores de los bebés para socializar el programa y hace la entrega oficial de los pulpos.

Cabe anotar que la mayoría de las tejedoras tienen una participación activa en el proceso hasta el segundo paso y como consecuencia, su participación se empieza a desdibujar cuando el pulpo se dirige al hospital.

El tejido como metáfora: sanar y sanarse a través del tejido

El tejido como metáfora cobra relevancia en la experiencia de las tejedoras desde tres perspectivas. Primero, para las pulperas el tejido “es una red inmensa [donde] se van vinculando y conociendo más personas, como una cadena de favores donde yo entrego un ovillo, tú haces una obra con ello, y al final lo interesante es cómo se magnifica (...) al final el beneficio es recibir toda esa cadena de buenas intenciones. Entonces yo creo que se va tejiendo algo magnánimo a partir de un hilo que a veces puede ser donado por alguien que ni siquiera teje” (E.tejedora 5).

Segundo, las tejedoras se encargan de unir las intenciones y propósitos de las personas que están interesadas en participar en el proyecto a través de una donación, es decir, las pulperas son las encargadas de unificar todas las intenciones y darle sentido al hilo a partir del tejido del pulpo. En este proceso, surge la tercera perspectiva, donde las tejedoras afirman verse retribuidas y beneficiadas porque no sólo se teje sino que, “se tejen amistades, se tejen grandes compañeras, se tejen sabidurías porque aprendemos unas de otras” (Entrevista tejedora 1). Una de las líderes comenta que tejer los pulpos trae beneficios para las tejedoras al formarse “grupos de amigas, cuando podíamos hacer los talleres presenciales siempre llegaban señoras que estaban solas en su casa, pero ahora tú las ves preguntándose entre ellas ‘¿ya se tomó la pastilla?, ¿cómo le fue en el médico?’ cosas que antes no tenían” (Entrevista líder 2).

Mientras tejen logran desconectarse de los problemas y situaciones: “yo me siento a tejer y a mí se me pasa el tiempo volando, me concentro en el motivo que estoy tejiendo, entonces eso le quita a uno todos los problemas de encima” (E.tejedora 2).

Asimismo, el tejido tiene el propósito de beneficiar a alguien, pero para las tejedoras es una experiencia para sanarse a ellas mismas: “llegué al programa diciendo ‘yo voy a ayudar ¿no?, y si lo estoy haciendo, pero con la red que formamos, pues la mayor beneficiada he sido yo, ¿sí? Aparte de la ayuda que se puede prestar, uno se beneficia, esto es una terapia para nosotras como tejedoras” (E. tejedora 2). Igualmente, las tejedoras resaltan el carácter terapéutico de tejer, una de ellas cuenta: “el primer año posterior a mi separación, empiezo a descubrir un montón de experiencias muy vivenciales con el tejido, se hizo parte de mi rutina, hizo parte un poco de la desconexión con la tristeza, fue una nueva forma de meditación, porque el pulpo es un tejido sencillo, pero requiere contar en muchos momentos, entonces requiere que tu mente este ahí” (E.tejedora 4).

Significado del cuidado a través del tejido

En el proceso de elaboración del pulpo es posible observar todas las personas que están involucradas en el proceso, ya que “detrás del pulpo el nivel de comunidad es grandísimo” (Entrevista líder 2), donde por medio del tejido en comunidad se establecen otras formas de cuidado, no sólo hacia los bebés sino también hacia quienes hacen parte de todo el tejido. De la misma forma, algunas tejedoras consideran que la entrega de los pulpos es el momento que representa el cuidado a través del tejido, porque en la entrega del pulpo también significa que “alguien está preocupada para que el bebé tenga un desarrollo, [que] alguien tejió el pulpo con dedicación y va lleno de amor” (E.tejedora 1).

Para las tejedoras, el pulpo es una forma de afrontar la fragilidad con la que nacen los neonatos, ayudando a que el bebé no se quite las mangueras y se calme “porque muchos de estos chicos apenas están conectándose con el mundo, están conociendo esta realidad, que venían de un entorno seguro y cálido (...) desde una parte menos tangible, yo pienso que el amor siempre cura y eso es básicamente lo que se da y lo que se recibe en ese momento” (E. tejedora 5).

Líderes

Las líderes del proyecto garantizan su sostenimiento, al ser las articuladoras de toda la red de pulpos para neonatos en Colombia. Su papel es prioritario, debido a la laboriosa gestión de su implementación al buscar los materiales que cumplieran con los requisitos establecidos por Noupops en España y logra la entrada de los pulpos al Instituto, para luego multiplicar la experiencia a nivel nacional. Las líderes construyeron el proyecto bajo tres pilares: el reto de mantenerlo como voluntariado (sin costo para el usuario final), aportar a la humanización de los servicios y resaltar su valor terapéutico.

Voluntariado

La permanencia de las tejedoras en el grupo de voluntarias está a cargo tanto de las líderes como de aquellas pulperas que acompañan la iniciativa desde su nacimiento. Por ejemplo, una de las tejedoras ofrece su casa como lugar de encuentro, resaltando que no sólo se tejen pulpos sino que, algunas prefieren tejer cobijas y otras les ponen gorros y delantales a los pulpos que van para otros programas del Instituto.

De acuerdo con los pilares de la iniciativa, su sostenimiento se da por medio de donaciones realizadas por personas interesadas en el programa o por las redes de familiares y amigos de las pulperas y líderes del proyecto. Estas donaciones son aportes en dinero o en hilo, las tejedoras y líderes donan su tiempo en los talleres, en el ensamble y distribución, más los aportes institucionales del proceso de esterilización.

Lo terapéutico del pulpo: El pulpo como artículo terapéutico y juguete

Desde la experiencia de las líderes, los pulpos son un artículo terapéutico mediante el cual “se estimula el agarre del bebé, relajándolo y haciéndolo quedar quietico porque lo importante es que un niño prematuro este quietico, relajado y suba de peso [sin embargo] cuando ya el niño empieza su desarrollo físico, el pulpo se vuelve un objeto de apego, es decir más un juguete” (E.líder 2).

Otra de las diferencias entre el pulpo como artículo terapéutico y juguete, es la comparación con los pulpos que tiene muchas decoraciones: “en internet hay hasta pulpos con audífonos puestos, flores, gorros, nosotras no necesitamos eso, eso es un artículo terapéutico, no es un juguete y entre menos adornitos mejor” (E.líder 2).

Binomio madre/hijo

Otra de las diferencias entre el pulpo como artículo terapéutico y juguete, es la comparación con los pulpos que tiene muchas decoraciones pues en “internet hay hasta pulpos con audífonos puestos, flores, gorros, nosotras no necesitamos eso, eso es un artículo terapéutico, no es un juguete y entre menos adornitos mejor” (E.líder 2).

Significado del pulpo en el cuidado binomio madre/hijo

Las mamás le atribuyen múltiples significados al pulpo por ser el intermediario en la interacción entre madre e hijo dentro de la unidad, razón por la cual conforman un binomio: “el pulpo también lo siento mío porque lo primero que yo hago cuando veo al pulpo, me lo meto en el pecho y después se lo dejo” (E. mamá 5).

La intermediación del pulpo en esta relación busca una calidez y cercanía, lo cual se ve reflejado en que les pongan nombres a los pulpos: “se llama pepino no porque se parezca a un pepino sino por la ‘p’ de pulpo y es de color rosadito” (Entrevista mamá 1). También,

para las mamás la experiencia del bebé con el pulpo es sensorial, donde predomina el tacto y el olfato. Con relación al tacto los bebés reaccionan al sentir el pulpo: “me dijeron que la bebé nació con hipotonía, entonces cuando le pase los tentáculos, ella pues reaccionó y yo dije pues realmente es bueno porque claro, cuando me dicen hipotonía, entonces ausencia y debilidad de reflejos y yo se lo pase por el cuello y ella pues respondió” (E. mamá 1).

El olor de las mamás es transmitido a los bebés por medio del pulpo, considerándose como una forma de estar más cerca de sus hijos: “me dio mucha confianza porque a través del pulpo, él puede sentir el aroma de uno y pueden sentirse acompañados. Así no estén con nosotras, al menos a través de nuestro aroma” (E. mamá 3).

Efectos de los pulpos en las mamás y enfrentar la prematuridad

Para las mamás el pulpo significa un alivio y una compañía para sus hijos en un ambiente tan brusco como el de la incubadora: “mi hijo estaba en UCI, con el sonido de las máquinas y uno dice que bueno que haya algo que lo haga diferente (...) y más cuando los médicos pues tienen que ser médicos y tienen que ser muy sinceros, solamente le dicen a uno ‘mamá hay que orar’” (E. mamá 1).

En algunas ocasiones, las mamás asocian al pulpo como la forma de acompañar y abrazar a sus hijos en los momentos más difíciles o cuando no pueden estar cerca: “él estuvo en coma inducido y yo le deje el pulpo porque a nosotros casi no nos dejaban entrar y los doctores me decían ‘aunque está en coma él no suelta el pulpo’ entonces yo les decía ‘sí, el pulpo soy yo’, entonces a pesar del diagnóstico yo tenía la garantía que él tenía al pulpo, él me tenía ahí” (E. mamá 6).

Por otra parte, las mamás resaltan que al enfrentar la prematuridad y conocer el padecimiento de otros bebés se han vuelto más empáticas: “es muy diferente cuando un bebé nace a término, para la casa y todo el mundo feliz, a cuando tienes que venir todos los días, estar compartiendo con otras mamás y otras situaciones (E.mamá 5).

En los casos donde la evolución del neonato no es satisfactoria y fallece, las mamás conservan el pulpo porque consideran que fue el único y primer juguete que tuvieron (E. médico 2), por lo tanto, se convierte en una forma de sobrellevar el duelo por la pérdida.

Conocimiento del programa de pulpos para neonatos

Para las mamás hay un escaso conocimiento sobre todas las personas y procesos que hay detrás del pulpo: “sé que viene de unas madres, que ¿cómo que donaron el trabajo para hacerlos? Creo que es así que lo tejieron, me parece un trabajo pesado yo la verdad una vez intenté tejer, pero a mí nada (...) me contaron que es de unas mamás que sí donaron su trabajo para hacerlos, solamente se esa parte no se más (E.mamá 5).

Personal de salud: médicos y auxiliares de enfermería

Teniendo en cuenta que la elaboración de los pulpos se basa en un conocimiento que se adquiere fuera del hospital, fue necesaria una negociación entre las líderes del proyecto y el personal de salud para el ingreso a la unidad de neonatos. Desde el personal de salud la experiencia ocurre a partir de una tensión entre saberes, la reducción de los riesgos a través de la esterilización y la posterior valoración del pulpo como un elemento de humanización del cuidado.

Tensiones de saberes

La experiencia del personal de salud con relación a los pulpos se basa en una tensión entre un saber subalterno y un saber hegemónico, al considerar que no hay una prueba “científica” o “cuantitativa” que pueda demostrar los efectos de los pulpos en los bebés. Estas tensiones se exponen al hacer comparaciones entre lo objetivo y lo subjetivo, lo tangible y lo intangible: “no es tan sencillo llevarlo a un congreso y establecer bajo qué resultados, pero como le digo no numéricos porque es que somos médicos y realmente somos tan aferrados a digámoslo así a lo tangible, a lo material que no es tan sencillo analizar y desglosar este tipo de proyectos (E.médico 1). También se evalúa la experiencia desde lo duro y lo blando: “Nosotros los que trabajamos en esto, tendemos a la línea dura y esta situación de tener un muñeco, un objeto amoroso como el pulpo suave, cariñoso, le permite a uno mostrar ese lado que a veces no somos capaces de mostrar por los rigurosos y ceñidos equivocadamente a la ciencia. Yo estoy en otra dimensión desde hace muchos años y sé que el amor cura más que cualquier otra medicación y que la felicidad va más allá de quitar un dolor con un analgésico” (E.médico 2).

En medio de esta tensión, el personal de salud considera que los beneficios de los pulpos en la unidad trascienden del cuidado biomédico e instrumental: “a veces no todo es el medicamento, la comida, el cambio del pañal, sino que también hace falta que tengan ellos ese acompañamiento, ese apoyo. Digamos en la noche que no están las mamitas que ni siquiera pueden entrar, el tener su pulpito yo siento que ellos los acompañan, se siente como ese amor en una cosa. Siento que le da como un plus en el cuidado del bebé” (E. auxiliar de enfermería 1).

Riesgo/esterilización

Una de las principales barreras del personal de salud se basa en el riesgo que implica entrar un objeto externo a la unidad y la exposición a infecciones de los neonatos quienes tienen una fragilidad inmunológica, esta negociación es posible por el proceso de esterilización al que son sometidos los pulpos. Desde la perspectiva biomédica, los detractores “están en contra (...) por varias razones, es un proceso de adaptación y de adecuación también porque sabemos que en neonatos y en el cuidado intensivo del bebé menor de treinta días es muy exigente eso implica tanto el aseo ¿sí? Del personal como del sitio en si entonces introducir

un elemento que viene de fuera, extraño con unos elementos que hay que evaluar que no sean alergénicos, que sean absolutamente higiénicos, estériles y todo para evitar aumentar el riesgo que de por sí el neonato tiene en el momento de su hospitalización ¿sí?” (E.médico 1).

La esterilización es uno de los puentes para lograr el ingreso de los pulpos, así como el punto de convergencia entre el personal médico y las líderes: “eso si siempre lo tengo por conocimiento, yo dije esto es mejor esterilizarlo siempre que lo entreguemos, esto si son normas de hospital que a la fija se siguen con cualquier elemento que usted le esté entregando al niño. Entonces esa norma, ahí no tuve que luchar contra eso. Contra la esterilización no tuve que luchar para nada” (E.líder 2).

Humanización: calidad de la atención

La humanización de los servicios comprende los procesos de salud y enfermedad como un complejo en el que están implicados diferentes actores, donde la calidad de la atención debe basarse en lo humano de quienes prestan servicios en el ámbito de la salud. También implica un cuidado que trasciende lo biomédico, en el cual, la calidez de un objeto como el pulpo, genera herramientas para sobrellevar el proceso de recuperación de los neonatos. Uno de los médicos afirma que: “cuando conocimos la experiencia más de cerca, particularmente en la experiencia en España y de la Fundación Nou pops Barcelona, entendimos que esto tenía una dimensión superior y que era posible controlar los riesgos muy fácilmente y que en esencia este tipo de prácticas se enmarca mucho en el programa general de humanización del Instituto Roosevelt (E. médico 2).

DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados de la investigación, en la labor de las tejedoras se reconoce la potencia del tejido como conocimiento y como metáfora. Siguiendo a Pérez-Bustos (2016) el tejido como conocimiento implica contemplar el trabajo que está detrás, es decir, los sujetos que lo posibilitan, y las relaciones entre esos sujetos y el tejido (pág. 172). Las relaciones que se tejen a través de los pulpos son actos de cuidado, no sólo hacia los neonatos sino que, se ha transformado en un acto de reciprocidad e interrelación constante (Silva et al, 2009) entre los involucrados en la iniciativa. Chapela (2015) propone que tejer entre otras prácticas similares, cuando transitan del espacio íntimo a un espacio comunitario o público, permiten generar procesos contemplativos y solidarios, ayudándonos a reconocer nuestra humanidad y la necesidad de estar juntos; reconocer la importancia que tiene para nosotros como especie formar parte de la historia de otros y de esta manera crear relatos colectivos, formas solidarias de desafiar y enfrentar el mundo y los retos que se nos impone.

Huss, Sarid y Cwikel (2010), señalan al tejido como un oficio de práctica ancestral, en el

cual interactúan materiales diversos, el tacto y la observación, que permite en el acto creativo, plasmar y simbolizar la vida cotidiana, sus emociones e ideas; convirtiéndose el tejido, en un acto intersubjetivo. En este mismo sentido Pérez – Bustos (2016), señala: “las costuras posibilitan el tejido y lo sostienen, tanto en un sentido metafórico como en lo que respecta a los tejidos artesanales” (p.167). Teniendo en cuenta lo anterior, otra de las formas de comprender el cuidado desde la iniciativa de pulpos, está en la solidaridad en la que se estructura, la cual se refleja en la labor de las líderes y tejedoras que unen las intenciones de las personas que están interesadas en donar. Al respecto, Collière (2003) considera que los cuidados pueden comprenderse como actos colectivos de solidaridad que están inmersos en la cotidianidad y parecen algunas veces darse por sentado que existen naturalmente, pero en realidad “representan el tejido, la textura de la vida y aseguran su permanencia y duración” (pág. 236).

Por otra parte, en la experiencia de las mamás encontramos que los pulpos tienen un rol fundamental al enfrentar la prematuridad, ya que la hospitalización del neonato dificulta la creación de un vínculo afectivo con sus padres (Guerra y Ruiz, 2008, 80; Peña-Silva et al, 2021), así como la experiencia de incertidumbre y vulnerabilidad que genera (Molano y Guerrero, 2012; Velandia et al, 2019; Navarro, 2012) puesto que la cercanía física con el neonato es limitada y las restricciones horarias generan sentimientos de angustia y zozobra en las mamás. Al respecto, Lovera (2021) señala que en Latinoamérica hay una necesidad apremiante de abolir las visitas a los padres a las unidades neonatales de cuidado intensivo neonatal, pero estas medidas no tienen alguna justificación, ya que en algunas unidades han destinado días de visitas para familiares diferentes a los padres (pág. 36). Por tal motivo, surge la necesidad de humanizar los servicios en la unidad neonatal. García-Salido, Heras la Calle y Serrano (2019) retoman el concepto de unidades de cuidados intensivos (UCI) de puertas abiertas entendidas como las unidades que tienen el propósito de favorecer la comunicación de los pacientes con sus familiares, y de estos con los profesionales que los atienden, así como la flexibilidad de horarios de visita (pág. 291). Además, exponen la importancia de la presencia de los padres o cuidadores en las unidades neonatales, al ser imprescindibles para los pacientes y necesario para los profesionales (Ibíd.).

Con relación a la comunicación entre el personal de salud y los familiares, Guerra y Ruiz (2008) diferencian que los médicos brindan la información sobre la condición clínica y evolución del neonato, y el personal de enfermería enseña a los padres sobre el cuidado de sus hijos y se puede establecer una relación más cercana. Estos aprendizajes por parte de las mamás, conllevan a que encuentren apoyo, acompañamiento y estímulo para participar en el cuidado de su hijo (Motta y Munevar, 2019, 160). En este sentido el pulpo cumple no solo una labor propiciadora de la interacción entre los padres y los profesionales de salud, sino de referencia simbólica de compañía y conexión con los neonatos como lo afirman los relatos de las madres. En esta experiencia en particular se encontró liderazgo del proyecto por parte de terapeutas ocupacionales y educadoras.

Asimismo, la humanización de los servicios en salud, también supone la apertura a nuevas formas de cuidado y de tratar los procesos de salud y enfermedad en espacios hospitalarios. En el caso de las unidades neonatales encontramos la relación entre el arte y el cuidado documentada en investigaciones que describen los efectos de la música en la estabilización hemodinámica de los bebés, y la disminución del nivel de estrés en madres de prematuros que se vincularon con un programa de cuidado durante su permanencia en el hospital y en la transición de regreso al hogar (Molero y Alejo, 2017; León, 2016). De acuerdo con Barreto, Oliveira y Nascimento (2011) la asistencia a neonatos ha tenido avances importantes tanto en el uso de equipos modernos, pero también en tecnología de cuidado, como el método canguro donde la mamá es indispensable en los cuidados del tratamiento del bebé (pág. 111).

En el caso de la iniciativa de pulpos, encontramos que la apertura a nuevas formas de sobrellevar el proceso de recuperación del bebé, trae consigo una tensión entre un conocimiento hegemónico, el cual cuestiona la validez del pulpo al no poder cuantificar sus resultados, y un conocimiento ancestral, como lo es el tejido en un escenario medicalizado.

La OMS publicó en 2019 el informe: "What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being?" (Fancourt & Finn, 2019), en el que registra los resultados de una revisión sistemática de 900 fuentes académicas que describen la relación entre el arte y la salud. Señala la importancia de diversas manifestaciones de arte más clásico: pintura, música, literatura, pasando por artesanías y manualidades, como potenciadores de la salud física y mental; cuyos usos abarcan tanto los campos de la promoción y prevención, como del tratamiento y la rehabilitación. Específicamente en el campo de promoción, describe el arte como potenciador de lazos sociales, por la capacidad que tiene de proponer y sostener coordinación grupal, motivación y sentido de pertenencia (Fancourt & Finn, 2019, p. 58). Otro hallazgo relevante, es su impacto en el desarrollo de los infantes; incluso desde la gestación, favoreciendo los lazos e interacciones (Fancourt & Finn, 2019, pp. 48-50) al igual que el desarrollo cognitivo. El uso de las artes favorece la comprensión de la enfermedad y los padecimientos propios, por parte de los profesionales de la salud, permite mediaciones interculturales de bienestar (Fancourt & Finn, 2019, 413).

Ferigato y Rresende- Carvalho (2011), describen en la intersección de la clínica y el arte, cuatro escenarios diferentes de acuerdo a lo descrito en la literatura. Uno es su uso como entretenimiento, otro como elemento terapéutico, un tercero es su uso como herramienta de resistencia social y luchas políticas y el cuarto, que se relaciona con la investigación, son "las actividades artísticas como posibilidad de creación de lazos sociales para los usuarios dentro y fuera de las instituciones, orientado a la producción de transformaciones individuales, colectivas y sociales" (2011, 352).

Específicamente, el tejido y el bordado han estado particularmente vinculados con procesos de resistencia y de memoria a igual que como expresiones de formas activas de participación (Moya, 1997; Bacic, 2014; Peralta 2014; Museo de Antioquia, 2016). Arias-López (2017), describe como estas prácticas han sido usadas como formas que desde dentro, permiten a comunidades que han sido sometidas a contextos de sufrimiento social, encontrar formas colectivas de re significación de estas experiencias. Son además maneras “éticas, estéticas y políticas para comprender la salud mental y su cuidado, a través de categorías que superen la medicalización y la patologización, pretenden aportar al giro epistémico que requieren la investigación y la práctica del cuidado en el siglo XXI (Arias - López, 2017; p. 53). La autora, señala también la posibilidad que estas prácticas dan al diálogo entre saberes populares y académicos, que permiten valorar y visibilizar estas estrategias a través de las cuales se nutre la vida social y como algo “aparentemente intrascendente adquiere relevancia como forma de expresión pública y testimonio de vida” (Ibíd., 54). Aunado a lo anterior, desmedicalizar la atención de los neonatos destaca la importancia de lo simbólico dentro de las instituciones de salud, puesto que el cuidado del bebé no se limita a procesos meramente instrumentales sino que, los actos de cuidado basados en la solidaridad de lo colectivo garantizan la prolongación de la vida.

CONCLUSIONES

Cuidar por medio del tejido permite acercarse a subjetividades que señalan la importancia de estos saberes y voces de agencia de otros, desde la capacidad de transformación sobre las relaciones sociales y el cuidado de la vida misma desde lógicas diversas, profundas, potentes. Cabe anotar que, el cuidado es una actividad de extraordinaria complejidad al implicar una gran cantidad de trabajo, de tiempo y requiere contar con una amplia gama de conocimientos, pues nadie puede sobrevivir sin ser cuidado (Bovelli, 2019, 41). En la experiencia de las tejedoras, aprender a hacer los pulpos requiere el aprendizaje y posterior perfeccionamiento de la técnica.

La potencia que tiene el cuidado a través del tejido también implica reconocer que es una actividad fundamental para la existencia misma, pero invisibilizada. Por ejemplo, en la investigación se evidenció el escaso conocimiento de las mamás sobre todo el proceso y personas involucradas en la elaboración de los pulpos. En esta investigación, la sistematización de experiencias interpela el conocimiento sobre la práctica, permitiendo trascenderla, compartirla y mejorarla, por lo cual el proyecto del Instituto se propone reconocer toda la red de tejido que lo hace posible, visibilizando tanto las prácticas, como las voces de los sujetos que están en su origen, para que se reconozca su poder como formas de conocimiento, creación y cuidado colectivo, de solidaridad y tejido social.

La iniciativa se estructura a partir de la suma de diferentes actos colectivos de solidaridad, pero la confianza que depositan desde quienes hacen las donaciones hasta las mamás, permite el sostenimiento del proyecto al considerar que el pulpo materializa una cadena de cuidado intencionado que beneficiarán al bebé y a su familia. De igual manera, las mamás

encuentran en el pulpo la calidez y abrigo del cuidado, al ser una forma de sopesar la dureza y frialdad de las máquinas a las que están conectados los neonatos, así como una forma simbólica de estar con sus hijos cuando no pueden hacerlo.

Por lo tanto, los actos de tejido y de cuidado se configuran como dispositivos discursivos y prácticos que interpelan formas hegemónicas de cuidado como las que prevalecen aun en las instituciones hospitalarias, especialmente en unidades de cuidado especializadas como las de neonatos.

BIBLIOGRAFIA

- Arias-López, B. (2017). Entre-tejidos y Redes. Recursos estratégicos de cuidado de la vida y promoción de la salud mental en contextos de sufrimiento social. *Prospectiva. Revista de Trabajo Social e intervención social*, 23: 51-72.
- Barreto, A., de Oliveira, C., Neves, C., y Nascimento, C. (2011). Método Canguru: perfil das mães de recém-nascidos. *Cultura de los Cuidados*, 31, 110 – 117. Recuperado de: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/20577/1/CC_31_14.pdf
- Bacic, R. (2014). The art of resistance, memory and testimony in political arpilleras. En M. Agosin (comp.). *Stitching Resistance Women, creativity and fiber arts* (65-72). England: Solis Press.
- Bovelli, K. (2019). El cuidado: una actividad indispensable pero invisible. En G. Guerrero, K. Ramacciotti y M. Zangaro (comps.), *Los detroteros del cuidado* (31 - 44). Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Chapela, M. (2015). Entre poética y didáctica: promoción de la salud orientada por una utopía emancipadora (PSE). En: M. Chapela (coord.), *Entre poética y didáctica. Narrativas en el campo de la salud* (43 – 70) México: Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.
- Collière, M. (1993). Promover la vida. *De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Fancourt, D., & Finn, S. (2019). What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review. *World Health Organization*. Regional Office for Europe.
- Ferigato, S., y Rresende – Carvalho, S. (2011). Explorando las fronteras entre la clínica y el arte: relato de una experiencia junto al Frente de Artistas del Borda. *Salud Colectiva*, 7(3), 347-363. Recuperado: <https://scielosp.org/pdf/scol/2011.v7n3/347-363/es>
- García-Salido A., Heras la Calle. G., & Serrano González A. (2019). Revisión narrativa sobre humanización en cuidados intensivos pediátricos: ¿dónde estamos? *Med Intensiva*. (43), 290-298. Recuperado: <https://www.medintensiva.org/es-pdf-S0210569118300172>



- Guerra, J., y Ruiz, C. (2008). Interpretación del cuidado de enfermería neonatal desde las experiencias y vivencias de los padres. *Avances en Enfermería*, XXVI (2), 80 – 90. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v26n2/v26n2a09.pdf>
- Huss, E., Sarid, O. & Cwikel, J. (2010). Using art as self-regulating tool in a war situation: a model for social workers. *Health and Social Work*, 35(3), 201-209. Doi: <https://doi.org/10.1093/hsw/35.3.201>.
- Jara, Oscar. (2018). *La sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos posibles*. Bogotá: Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano – CINDE (1ª ed.).
- León, E. (2016). El arte de pensar con belleza en enfermería es la expresión simbólica de los cuidados. *Salud, Arte y Cuidado*, 9 (1), 77-82. Recuperado de <https://docplayer.es/64365202-El-arte-de-pensar-con-belleza-en-enfermeria-es-la-expresion-simbolica-de-los-cuidados.html>
- Lovera, L. (2021). ¿Salud, Cultura y Sociedad en la Patria Neonatal? *Cultura de los Cuidados*, 25(59), 34 – 38. <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.59.05>
- Molano, M., y Guerrero, N. (2012). Características del enfermero que cuida y de la persona cuidada en el ambiente neonatal. *Revista Cubana de Enfermería*, 28 (2), 169 – 180. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v28n2/enf12212.pdf>
- Molero, Y., y Alejo, M. (2017). La musicoterapia y sus efectos sobre los signos vitales de neonatos en la unidad de cuidados intensivos. *Salud, arte y cuidado*, 10(1): 53 – 60. Recuperado de <https://revistas.uclave.org/index.php/sac/article/view/569/220>
- Motta, C., y Munevar, R. (2019). La enseñanza de enfermería: un camino de participación materna del cuidado del prematuro hospitalizado. *Cultura de los Cuidados*, XXIII (55), 155- 170. Recuperado de: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/100837/1/CultCuid_55-155-170.pdf
- Moya, E. (1997). El taller de arpilleras de Puente Alto: Un ejemplo de solidaridad. En B. Osorio y M. Jaramillo (Comps.) *Las desobedientes: Mujeres de nuestra América*, pp.539-556. Bogotá: Panamericana.
- Museo de Antioquia. [Museo de Antioquia]. (2016). *La Vida que se teje*. [Archivo de video]. Recuperado de <https://vimeo.com/166271848>., minuto 4:39-4:56).
- Navarro, J. (2012). Percepción de los padres acerca de la calidad del cuidado que brinda la enfermera al recién nacido, Unidad de Cuidado Intermedios Neonatales, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. *Rev. Peru. Obstet. Enferm.*, 8(2), 108 – 120. Recuperado de <https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/view/683/535>
- Noupops. (2017). *Hilo para la vida*. Recuperado de <https://www.noupops.org/iniciativa-noupops/>
- Peña-Silva, B., García-Araya, A., Miranda-Iglesias, M., Caviedes-Fernández, J., Ulloa-Ramírez, V., & Rementería-Rementería, Y. (2021). Estrés parental y sus dimensiones en Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal – Pediátrica: Revisión Narrativa. *ACC CIETNA: Revista De La Escuela De Enfermería*, 8(2), 67-84. <https://doi.org/10.35383/cietna.v8i2.611>

- Peralta, Y. (2014). *Prácticas artísticas textiles y activismo. Puntadas Subversivas*. Recuperado de: <https://puntadassubversivas.wordpress.com/2014/08/16/practicasartisticastextiles-y-activismo-del-sufragismo-al-craftivismo/>
- Pérez-Bustos, T. (2016). El tejido como conocimiento, el conocimiento como tejido: reflexiones feministas en torno a la agencia de las materialidades. *Rev. Colomb. Soc.*, 39(2), 163-182. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/rsc.v39n2.58970>
- Silva, I., Vieira, M., Dias, S., Isse, S., Radünz, V., dos Santos, E. & de Santana, M. (2019). Care, self-care and caring for yourself: a paradigmatic understanding thought for nursing care. *Rev Esc Enferm USP*, 43(3): 690-695. Recuperado: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/S6s3fgFMbtMjMRfwncZ7WrP/?format=pdf&lang=en>
- Spruttegruppen. (s.f). *Página oficial internet*. <https://www.spruttegruppen.dk/#om-spruttegruppen>
- Strauss, A., y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- Vasilachis, I. (coord.). (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Editorial Gedisa. Barcelona
- Velandia, M., Bautista, G., Amaya, C., Arévalo, J., y Bayona, N. (2019). Incertidumbre en los cuidadores de niños hospitalizados en unidades de cuidado intensivo neonatal – cuidado intensivo pediátrico (UCIN – UCIP). *Cultura de los Cuidados*, 23(55). Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/100869/1/CultCuid_55-256-269.pdf

Conflicto de intereses: Las autoras declaran no tener conflicto de intereses ni en la investigación ni en los resultados de la misma y su publicación. Todas contribuyeron de igual manera en su desarrollo y elaboración.

Agradecimientos: A las madres, tejedoras y donantes vinculadas al proyecto, el personal de la Unidad de neonatología del instituto y a los estudiantes de pregrado de enfermería Eicylnower Toro de la Fundación Universitaria del Área Andina y Javier Alexander Garzón del programa de terapia física de la Universidad del Rosario quienes participaron como auxiliares de investigación.

TEORÍA Y MÉTODO

Síntesis de teoría de la percepción materna del peso corporal del hijo

Theory synthesis of maternal perception of her child's body weight

Síntese da teoria da percepção materna do peso corporal do filho

Yolanda Flores-Peña^{1*}; Kay C. Avant²

¹RN, PhD. Full Time Professor. Autonomous University of Nuevo Leon. Nursing Graduate School. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6200-6553>; Correo electrónico: yolanda.florespe@uanl.edu.mx

²RN, PhD, FNI FAAN. Professor Emeritus. UT Health, San Antonio School of Nursing. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2390-2985>; Correo electrónico: avantk@uthscsa.edu

*Correspondencia: Autonomous University of Nuevo Leon, Nursing Graduate School. Av. Gonzalitos No. 1500 Nte, Col. Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León, México, ZP. 64460

Cómo citar este artículo: Flores-Peña, Y., & Avant, Kay C. (2023). Síntesis de teoría de la percepción materna del peso corporal del hijo. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(66). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.66.15>

Received: 04/01/2023

Accepted: 21/04/2023.



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

Abstract: To build a middle range theory of maternal perception of her child's body weight. This middle range theory was built deductively from the concept of social perception and from research literature published following the steps of theory synthesis. This theory has inputs, and the maternal perception of her child's body weight is the outcome, that influence on maternal attitudes, and behaviors related to the child's body weight. This theory offers an explanation how mothers build a judgement about their child's body weight. The professionals could work with the factors that influence the maternal perception of her child's body weight.

Keywords: Body weight; nursing theory; weight perception; mother-child relations.

Resumen: Desarrollar una teoría de rango medio de la percepción materna del peso corporal del hijo. Esta teoría fue desarrollada de forma deductiva a partir del concepto de percepción social y de hallazgos científicos publicados, siguiendo los pasos de síntesis de teoría. Esta teoría tiene elementos de entrada y la percepción materna del peso del hijo es el resultado, que influye en las actitudes y conductas maternas relacionadas al peso corporal del hijo. Esta teoría ofrece una explicación de cómo las madres construyen el juicio respecto al peso corporal de su hijo. Los profesionales podrían trabajar con los factores que influyen en la percepción materna del peso corporal del hijo.

Palabras clave: Peso corporal; teoría de enfermería; percepción del peso; relaciones madre-hijo.

Resumo: Desenvolver uma teoria de classe média da percepção materna do peso corporal do filho. Essa teoria foi desenvolvida dedutivamente a partir do conceito de percepção social e descobertas científicas publicadas, seguindo as etapas de síntese da teoria. Essa teoria tem elementos de entrada e o resultado é a percepção materna do peso corporal do filho, que influencia as atitudes e comportamentos maternos relacionados ao peso corporal do filho. Essa teoria oferece uma explicação de como as mães constroem seu julgamento sobre o peso corporal do seu filho. Os profissionais poderiam trabalhar com os fatores que influenciam a percepção materna sobre o peso corporal do filho.

Palavras chave: Peso corporal; teoria de enfermagem; percepção do peso; relações mãe-filho.

INTRODUCTION

Childhood obesity has witnessed an increase in prevalence (Weihrauch-Blüher, & Wiegand; 2018). This increased prevalence is alarming and associated with numerous health and psychological complications, such as hyperlipidemia, hypertension, and abnormal glucose tolerance (Gurnani, Birken, & Hamilton, 2015).

Moreover, overweight and obese children are likely to stay obese into adulthood, and more probability to develop chronic diseases like diabetes and cardiovascular illness (Sahoo, Sahoo, Choudhury, Sofi, Kumar, & Bhadoria; 2015). Unlike adults, children, especially preschoolers are vulnerable population who are unable to choose where to live, or what foods to consume and have limited capacity to understand the long-term consequences of unhealthy behaviors. Therefore, special public health strategies are needed in the fight against the childhood obesity epidemic.

The literature reports that parents strongly influence habits that impact weight status. In some cultures, such as Mexican and Latino, mothers are the primary caregivers for their children and are in a unique position to influence their child's behaviors (Martinez, Kyung, Rhee, Blanco, Boutelle, 2017). However, mothers often do not realize when their children are overweight or obese (Blanchet, Kengneson, Bodnaruc, Gunter, & Giroux, 2019); this trend is most evident in parents with children aged 2–6 years compared with parents of older children (Rietmeijer - Mentink, Paulis, Middelkoop, Bindels, & Wouden, 2013; Queally et al., 2018).

The pattern of underestimating weight and impact to health has been noted as a potential reason for taking actions to manage or treat child's excess weight (Howe, Alexander, & Stevenson, 2017; Ruiter et al., 2020). Therefore, helping mothers to recognize their children's excessive weight status and its associated health consequences is the first step to facilitate and motivate parental practices towards raising healthy young children.

Maternal perception of her child's body weight (MPCW) can be defined as a maternal judgment about her child's weight that represents the congruency between a maternal belief about the child's weight status and the measured child's weight expressed as weight status (Mareno, 2014). Thus, educating mothers to identify her child's weight status and its related health consequences is the first step to facilitate and motivate parental practices toward raising healthy young children (Ruiter et al., 2020). Another related implication is that interventions to improve knowledge of perception of her child's weight need be developed and tested (Howe et al., 2017).

In this scenario, health personnel play a crucial role in the promotion of healthy habits and can help families, particularly the mothers, to recognize their children's excess weight as a health problem, in order to increase their interest and availability to participate in prevention and control interventions. Moreover, an important feature of this role is to understand how the mothers' build their perception of her child's body weight.

The body of work and literature describing the impact of MPCW emerged in the year 2000. In most of the studies, mothers have participated, and in less proportion fathers and other caregivers. In addition, a high proportion of the studies have been conducted in the United States of America (Table 1). In addition, there has been much fewer have been published in countries such as Germany (Warschburger & Kröller, 2009), Saudi Arabia (Aljunaibi, Abdulle, & Nagelkerke, 2013), Australia (Spargo & Mellis, 2014), Finland (Vuorela, Saha, & Salo, 2010), Italy (Binkin, Spinelli, Baglio, & Lamberti, 2013; Genovesi et al., 2005), Peru (Carrillo-Larco, Bernabe-Ortiz, Miranda, Xue, & Wang, 2017), Singapur (Cheng et al., 2016); Ireland (Queally, et al., 2018), and Mexico (Ávila-Ortiz, Castro-Sánchez, & Zambrano-Moreno, 2017; Flores-Peña et al., 2014b; Vallejo, Cortes-Rodríguez, & Colin-Ramirez, 2015).

The literature previously mentioned, besides those documented in systematic reviews, and meta-analysis (Blanchet et al., 2019; Doolen, Alpert, & Miller, 2009; Francescato, Santos, Coutinho, Costa, 2014; Gauthier & Gance-Cleveland, 2015; Lundahl, Kidwell, & Nelson, 2014; Parry, Netuveli, & Saxena, 2008; Rietmeijer - Mentink et al., 2013; Tompkins, Seablom, & Brock, 2015; Towns, & D'Auria, 2009), allowed researchers to identify the proportion of mothers who had an inaccurate perception of their child's body weight as between 27.9% to 100%. However, the most common mistake was the maternal underestimation of her child's body weight, particularly overweight children and obese children. This underestimation also occurs with higher frequency in parents of children between 2-6 years old, in comparison with parents of older children (Rietmeijer - Mentink et al. 2013).

If up to 100% of the mothers of children who are overweight-obese might have a non-accurate MPCW, they might have a lower disposition to get involved in interventions for management of the child's weight or to change attitudes or practices that contribute to decreasing the child's weight. Although studies are available on the phenomenon of maternal perception of her child's body weight, no attempt has been made to organize the findings into a coherent whole. Therefore, the purpose of this paper is to propose a preliminary theory of Maternal Perception of her Child's Body Weight using theory synthesis.

THEORY SYNTHESIS METHOD

Walker and Avant (2011) suggest that theory synthesis is construction of a theory, an interrelated system of ideas from evidence. In this strategy, a theorist pulls together available information about a phenomenon. Concepts and statements are organized into a network or whole, a synthesized theory. This method can be employed after organizing existing knowledge into a framework about a problem in a clinical area.

Theory synthesis involves three steps or phases. The first step is specifying focal concepts to serve as anchors for the synthesized theory. In this step the focal concept is perception. The second step in theory synthesis is reviewing the literature to identify factors related to the focal concept and to specify the nature of relationship. In theory synthesis, a theorist may combine information from various sources during theory building: qualitative or quantitative observations, available data banks, and published research findings. The third step in theory synthesis is organizing concepts and statements into an integrated and efficient representation of the phenomena of interest. The core concepts should be defined, and the relationships within and among statements can be presented in a graphic model of the phenomenon.

THEORY SYNTHESIS

In the first step of this synthesis, the focal concept is perception, specifically maternal perception of her child's body weight, the concept of perception is widely used as a component of theories. In the second step of this theory synthesis, the literature published in Spanish, Portuguese and English between 2000 – 2020 were reviewed. The inclusion criteria were articles related to the topic of interest whose participants included main caregivers of preschool children with correlational, cross-sectional or longitudinal design. Furthermore, the articles were only included if they evaluated the focal concept MPCW

On May 2020, electronic databases were searched: PubMed, EBSCO host (Medline, Health Source, Nursing / Academic edition, Medic Latina, CINAHL), Ovid, Springer link, ELSEVIER, Scielo, Scopus, Web of Science (Science Citation Index Expanded and Social Sciences Citation Index), in addition to the academic Google search engine. For the information search, the keywords in DeCs and Mesh Health Sciences Descriptors were identified: weight perception, mothers, preschool, caregivers, obesity and overweight. For a more sensitive search, the boolean operators "AND", "OR" and "NOT" were used, as well as truncators.

To select the studies, initially there were introduced the keywords, the Boolean operators and truncators in the selected databases, duplicate citations were eliminated, then those articles that included the variables in the title were selected from the databases, articles were evaluated and those that did not meet the inclusion criteria were excluded. Studies were excluded for the following reasons: focus on participants with specific medical conditions, articles focused on eating problems, or focused on infant weight problems as the main outcome.

The main findings are displayed in Table 1, where some factors were identified that influence MPCW, such as sex and child age, mother's body mass index, ethnicity, socioeconomic level, and some contextual factors.

A concept analysis of parental perception of child weight was performed by Mareno (2014) defined it as a parent's judgement of their child's body weight formulated by a parent's recognition of body size, physical appearance, functional abilities, psychosocial effects, and health effects related to current body weight. The author adds that the idea of incongruity between an individual's perception and objective reality has been the cornerstone of contemporary research on parental perception of child weight. Mareno (2014) also mentioned the lack of an existing theory to frame the concept and proposed a middle range explanatory theory.

However, it is important to note that Mareno (2014) also considered a healthy weight of the child as an outcome of parental perception of child weight, however, it is hypothesized, the underestimation can conduct to unhealthy feeding practices, like pressure to eat (Harrison, Brodribb, Davies, & Hepworth, 2018;) and unhealthy maternal feeding styles (Yilmaz, Erkorkmaz, Ozcetin, & Karaaslan, 2013), in addition mother's that not recognize her child is overweight or obese, argues that they do not take actions to management her child body weight because her children don't needs it (Flores-Peña et al., 2014), in contrast Hidalgo-Mendez, Power, Fisher, O'Connor, & Hughes (2019) found that maternal perceptions of child's body weight were not related to maternal feeding styles, instead, children's weight status was the strongest predictor of maternal feeding practices and feeding styles.

On the other hand, according to social psychologists, when a person perceives another person, this is a process of social perception (Salazar, Montero, Muñoz, Sánchez, Santero, & Villegas, 2003). This process can be considered as a system with an input composed by three elements: 1) Stimulus person's characteristics; in our theory about MPCW, the stimulus person is the child (he or she) and their characteristics such as: a) age, b) sex, and c) child's body mass index (BMI); 2) Stored information about the stimulus person; in our theory this is the information that the mother has about the child's body weight, including, if someone on the health team told the mother that her child is gaining weight too fast or is overweight, and maternal perception of the child's physical activity habits and abilities, including maternal perception of days per week the child is involved in active physical exercise and the child's physical exercise amount and running speed as compared with other children (Eckstein, Mikhail, Ariza, Thomson, Millard, & Binns, 2006).

Table 1. Factors associated with the maternal perception of child’s body weight

| Year | Authors | Country | Results |
|-------|------------------------|-------------------|---|
| 2005 | Genovesi et al. | Italy | Child (age), Mother (education). Multivariable analysis revealed that mother’s education level ($p = 0.01$) and child’s age ($p = 0.04$) cumulatively affect MPCW. Mothers with university education have an accurate perception of their child’s weight at a higher proportion. |
| 2005 | Jeffery et al. | United Kingdom | Child (gender). Mothers were less likely to recognize OW sons than OW daughters (27% vs. 54%; $p = 0.01$). |
| 2006 | Eckstein et al. | United States | Child (age) and contextual factors. Children aged >6 years had a higher probability that their parents perceived them to be OW than those aged <6 years (OR, 7.0; 95% CI: 2.3–21.4). Moreover, the probability increased when parents perceived their children slower or less active than other children (OR, 9.8; 95% CI: 1.8–52.8) and when the doctor had told parents that the child was OW (OR, 8.5; 95% CI: 0.95–76.6). |
| 2009 | Doolen et al. | United States | Child (gender), Mother (education, and race). Mothers underestimated their daughters’ weight in higher proportion than their sons’ weight. Mothers with a higher education level and white race had a higher probability of having accurate perception of their children’s OW status. |
| 2009 | Warschburger & Kröller | Germany | Children (BMI), Mother (BMI). The underestimation correlated with the mother’s high weight ($\beta = 1.06$; $gf = 1$; $p = 0.02$; OR, 2.90; 95% CI: 1.19–7.07) and the child’s weight ($\beta = 1.42$; $p = 0.03$; OR, 4.13; 95% CI: 1.15–14.86). |
| 2010 | Vuorela et al. | Finland | Child (gender and age). The discrepancy among the perception and the real child’s weight was more common in 5-year-old OW/OB girls who were classified as healthy weight [κ , 0.08; 95% CI: –0.05 to 0.20] concordance (78.5%; $p = 0.061$). |
| 2014b | Flores-Peña et al. | Mexico | Child (age, BMI). Context factors. The probability for accurate MPCW increases as the child’s age and BMI increases, if the economic income is higher, if a physician has informed the mother about the gain of weight or the child is OW, if the mother realizes her child usually runs slower compared with other children of the same age, or when the mother feels worried about the child’s weight. |
| 2019 | Blanchet et al. | Systematic Review | Children’s weight status, gender, and age. Parents’ weight status, parental education levels and socioeconomic status, and ethnicity. |

BMI, body mass index; CI, confidence interval; MPCW, maternal perception of child’s body weight; OR, Odd’s ratio; OW/OB, overweight or obese.

And 3. Context information a) maternal concern about the child's body weight; b) maternal knowledge of the overweight – obesity effects on health. This information might be obtained by asking questions such as: overweight or obese children are likely to be overweight as adults, overweight or obese children are more likely to develop diabetes (high blood sugar) than children who are not overweight, overweight or obese children are more likely to have problems in their social relationships with other children than children who are not overweight (Eckstein et al. 2006); c) Maternal beliefs about her influence as a modeler for the child's eating habits and physical activity; and d) the family heritage of chronic diseases associated with overweight or obesity, such as heart attack, stroke, diabetes type 2, and high blood pressure in the child's parent, grandparent, or siblings (Eckstein et al. 2006).

The information from these three elements is filtered by one dynamic element in the system; the input selector, who is the perceiver. In our theory, the input selector is the mother, as a dynamic element who decides which information is selected. This information is affected by the perceiver's characteristics, which in this theory are: a) age, body mass index, education, economic income, ethnicity, and work (Hong, Peltzer, & Jalayondeja, 2019; Ruiters et al. 2020) The process ends in a MPCW which can be defined as maternal judgement about her child's weight that represents the congruency between a maternal belief about the child's weight status and the measured child's weight expressed as weight status. The MPCW would be accurate or not, and when the judgment is not accurate would be identified as underestimation or overestimation.

Core Definitions of Middle Range Theory "Maternal Perception of her Child's Body Weight" This Middle Range Theory has a core elements: 1) stimulus person's is the child and their characteristics such as: a) age, b) sex, and c) child's body mass index (BMI); and 2) the perceiver, the mother with characteristics, such as: age, body mass index, education, economic income, ethnicity, and work / mothers are employed underestimate her child body weight when her child is normal weight (Hong, Peltzer, & Jalayondeja, 2019). In the other hand, the core concepts identified were a) maternal perception of her child's body weight, b) stored information about the stimulus person, and c) attitudes, feeding practices and behaviors.

These concepts are defined below.

Maternal perception of her child's body weight is the judgement in respect to congruence between the mother's belief about her child's body weight, expressed as very low weight, low weight, right or normal weight, overweight or obese (categorical) and the child's measured body mass index in percentile classified in accordance with Child Growth Standards of the World Health Organization or standards of each country. If the maternal judgement is

congruent with measured body mass index the MPCW is considered accurate or concordant; otherwise it is considered inaccurate and could be underestimation or overestimation. In addition, other methods can be used to assess the MPCW, such as sketches (Eckstein et al., 2006), and silhouettes (Warschburger & Kröller, 2009; García et al., 2020), or pictures (Reifsnider et al., 2006).

Stored information about the stimulus person includes the information that the mother has about her child: if the mother knows her child is gaining weight too fast or is overweight because someone of the health team informed her, and maternal perception of the child's physical activity habits and abilities (maternal perception of days per week the child is involved in active physical exercise and the child's physical exercise amount and running speed as compared with other children) (Eckstein et al. 2006).

Attitudes, Feeding Practices and Behaviors are factors that have been documented related to child's body mass index. In this theory are feeding styles, feeding practices, actions and problems to management child's body weight. Attitude toward the behavior is defined as a mother overall favorableness or unfavorableness toward performing the behavior, is the mother's emotional response to the idea of performing a recommended behavior. Mothers with strong negative emotional response to the behavior are unlikely to perform it, whereas those with a strong positive emotional reaction are more likely to engage in it (Montaño & Kasprzyk, 2008).

Maternal feeding styles refers to the emotional climate of mother-child relationship during the feeding. Levels of demandingness compared with responsiveness are used to categorize mothers into 1 of 4 styles: a) authoritative feeding style - high demandingness/high responsiveness, b) authoritarian feeding style - high demandingness/low responsiveness, c) indulgent feeding style - low demandingness/high responsiveness, and d) uninvolved feeding style - low demandingness/low responsiveness. The Caregiver Feeding Styles Questionnaire (CFSQ) can be used to evaluate maternal feeding styles (Hughes, Power, Orlet Fisher, Mueller, & Nicklas, 2005).

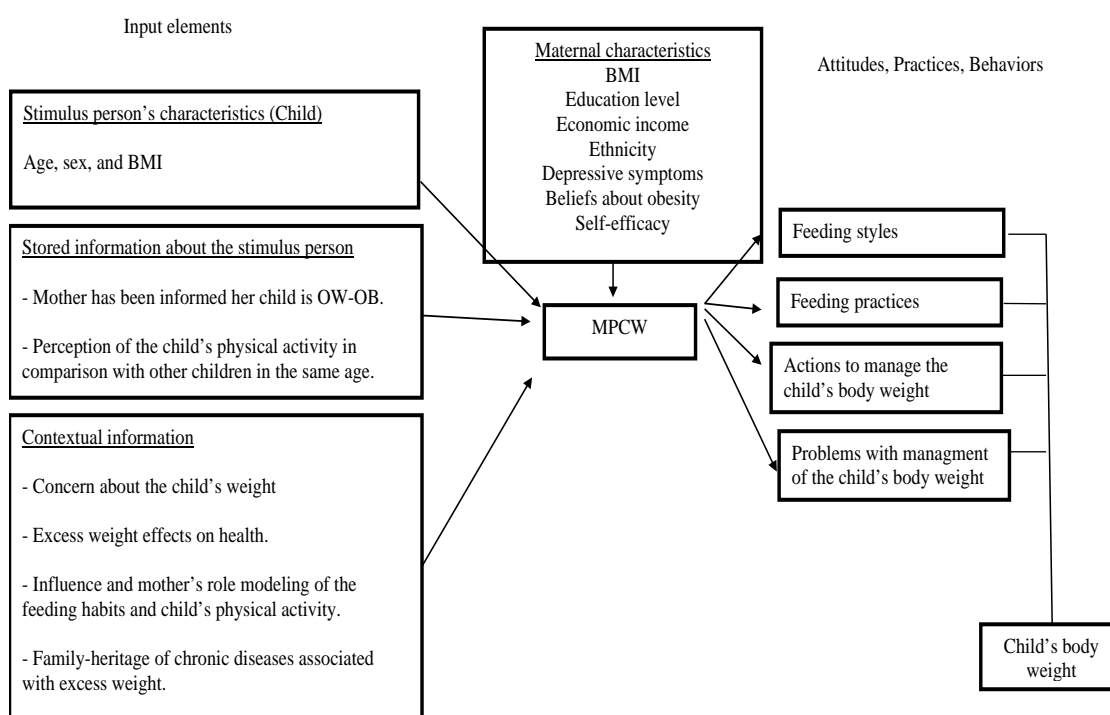
Maternal child feeding practices refer to the behaviors or actions) intentional or unintentional) performed by mothers for child rearing purposes that influence their child's attitudes, and behaviors. Vaughn et al. (2016) identified 3 high order constructs, 1) coercive control, 2) structure, and 3) autonomy support, and specific food practices, such as: restriction, pressure to eat, monitoring, and negotiation. This concept can be evaluated by the Child Feeding Questionnaire (CFQ) (Birch, Fisher, Grimm-Thomas, Markey, Sawyer, & Johnson, 2001), and by Comprehensive Feeding Practices Questionnaire (Musher-Eizenman & Holub, 2007).

Actions to manage the child's body weight are the activities the mother uses to keep or to reach the normal weight in the child, expressed as: 1) doing nothing because I consider my

child does not have overweight, 2) buying less food high in fat and sugars, and replacing soda, Kool aid or other high sugar drinks with natural fruit water, and decreasing fast food, and 3) increase physical activity.

Problems of managing the child's body weight are the problems perceived by the mother in managing the child's body weight, expressed as: 1) I have no problems with this, 2) Other family members give my child food without my knowledge, 3) My child cries if I do not give him/her what he/she wants. This variable can be evaluated through the Lifestyle Behavior Checklist (LBC), which mentions 25 items related to the weight, the alimentation and the physical activity and evaluates how much each of the 25 LBCs represents a problem for the mothers in its management, with a score from 1 to 7 where 1 is not at all, 2 and 3 a little, 4 somewhat, 5 and 6 much and 7 very much. Also, this scale could evaluate the maternal self-efficacy to manage behaviors related to the child's weight (West & Sanders 2009). The results of this theory synthesis are presented in Figure 1.

Figure 1. Results of: synthesis of maternal perception of her child's body weight



Source: Middle range theory Maternal Perception of Child's Body Weight

DISCUSSION

Childhood obesity is one of the most serious public health challenges of the 21st century. The problem is global and is steadily affecting many low- and middle-income countries, particularly in urban settings. The prevalence has increased at an alarming rate. Globally, in 2015 the number of overweight children under the age of five, is estimated to be over 42 million, and prevalence of childhood OB in Mexico is one of the highest worldwide.

Since young children do not have the knowledge and abilities to take care of themselves, the parents are the principal agents to give care to their children, and the principal caregiver is often the mother, who spends more time with the children, even if she works out of home. Therefore, it is very important that the mother knows different options in order to, help her child to be healthy. The first step in this process is to help and educate the mother so that she recognizes if her child is overweight or obese, as well as helping her understand the health consequences of overweight and obesity. This might increase the maternal disposition to engage in and practice healthy habits for herself and her family.

This paper creates some thoughts on theoretical elements of impact on maternal perception of her child' body weight, in an attempt to contribute to the body of knowledge, and to provide an explanation about this phenomena. It is very important to note that, the majority of studies used only mothers as participants. However, describing the perceptions and participation of the father and other caregivers in the eating behaviors of the family may be crucial to truly making lifestyle changes related to childhood obesity and overweight.

CONCLUSIONS

The strategy of theory synthesis exemplifies the process of transforming practice-related research about phenomena of interest into an integrated whole (Walker & Avant, 2011). In this case, the theory synthesis integrated the knowledge and empirical findings compiled from the last 15 years. The proposed model could be expanded through the incorporation of new concepts and relationships, and be verified in other research studies and populations, supporting or rejecting the relationships proposed here.

One opportunity to consider for further research is the participation of the father, and grandparents or other caregivers who may be involved in child feeding.

BIBLIOGRAPHY



-
- Aljunaibi, A., Abdulle, A., & Nagelkerke, N. (2013). Parental weight perceptions: a cause for concern in the prevention and management of childhood obesity in the United Arab Emirates. *PloS one*, 8(3), e59923. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0059923>.
 - Ávila-Ortiz, M. N., Castro-Sánchez, A. E., & Zambrano-Moreno, A. (2017). Mexican mothers' perceptions of their child's body weight. *Health & Social Care in the Community*, 25(2), 569–577. <https://doi.org/10.1111/hsc.12344>.
 - Birch, L. L., Fisher, J. O., Grimm-Thomas, K., Markey, C. N., Sawyer, R., & Johnson, S. L. (2001). Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite*, 36(3), 201–210. <https://doi.org/10.1006/appe.2001.0398>.
 - Binkin, N., Spinelli, A., Baglio, G., & Lamberti, A. (2013). What is common becomes normal: the effect of obesity prevalence on maternal perception. *Nutrition, Metabolism, and Cardiovascular Diseases*, 23(5), 410–416. <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2011.09.006>.
 - Blanchet, R., Kengneson, C. C., Bodnaruc, A. M., Gunter, A., & Giroux, I. (2019). Factors Influencing Parents' and Children's Misperception of Children's Weight Status: a Systematic Review of Current Research. *Current Obesity Reports*, 8(4), 373–412. <https://doi.org/10.1007/s13679-019-00361-1>.
 - Carrillo-Larco, R. M., Bernabe-Ortiz, A., Miranda, J. J., Xue, H., & Wang, Y. (2017). Children's weight changes according to maternal perception of the child's weight and health: A prospective cohort of Peruvian children. *PloS one*, 12(4), e0175685. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175685>.
 - Cheng, T. S., Loy, S. L., Cheung, Y. B., Chan, J. K., Tint, M. T., Godfrey, K. M., Gluckman, P. D., Kwek, K., Saw, S. M., Chong, Y. S., Lee, Y. S., Yap, F., Lek, N., & Growing Up in Singapore Towards Healthy Outcomes (GUSTO) study group (2016). Singaporean Mothers' Perception of Their Three-year-old Child's Weight Status: A Cross-Sectional Study. *PloS one*, 11(1), e0147563. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0147563>.

- Doolen, J., Alpert, P. T., & Miller, S. K. (2009). Parental disconnect between perceived and actual weight status of children: a metasynthesis of the current research. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21(3), 160–166. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00382.x>.
- Eckstein, K. C., Mikhail, L. M., Ariza, A. J., Thomson, J. S., Millard, S. C., Binns, H. J., & Pediatric Practice Research Group (2006). *Parents' perceptions of their child's weight and health*. *Pediatrics*, 117(3), 681–690. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-0910>.
- Flores-Peña, Y., Cárdenas-Villarreal, V. M., Trejo-Ortiz, P. M., Ávila-Alpírez, H., Ugarte-Esquivel, A., & Gallegos-Martínez, J. (2014a). Acciones y problemas maternos para manejar el peso del hijo de acuerdo a la percepción materna del peso y edad del hijo [Maternal actions and problems in managing the child's weight and their association with the maternal perception of the weight and age of her child]. *Nutricion Hospitalaria*, 29(4), 822–828. <https://doi.org/10.3305/nh.2014.29.4.7166>.
- Flores-Peña, Y., Trejo-Ortiz, P., Ávila-Alpírez, H., Cárdenas-Villarreal, V., Ugarte-Esquivel, A., Gallegos-Martínez, J., & Cerda-Flores, R. (2014b). Predictores de la percepción materna del peso del hijo con sobrepeso-obesidad. *Universitas Psychologica*, 13(2), 553-563. <https://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-2.pppmp>.
- Francescatto, C., Santos, N. S., Coutinho, V. F., & Costa, R. F. (2014). Mothers' perceptions about the nutritional status of their overweight children: a systematic review. *Jornal de Pediatria*, 90(4), 332–343. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2014.01.009>.
- Gauthier, K. I., & Gance-Cleveland, B. (2015). Hispanic Parental Perceptions of Child Weight in Preschool-Aged Children: An Integrated Review. *Childhood Obesity (Print)*, 11(5), 549–559. <https://doi.org/10.1089/chi.2014.0152>.
- Genovesi, S., Giussani, M., Faini, A., Vigorita, F., Pieruzzi, F., Strepparava, M. G., Stella, A., & Valsecchi, M. G. (2005). Maternal perception of excess weight in children: a survey conducted by paediatricians in the province of Milan. *Acta Paediatrica*, 94(6), 747–752. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2005.tb01975.x>.



-
- Montaña D. E. & Kasprzyk, D. Theory of reasoned action, theory of planned behavior, and the integrated behavioral model. pp. 67- 96. In: Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.). (2008). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (4th ed.). Jossey-Bass.
 - Gurnani, M., Birken, C., & Hamilton, J. (2015). Childhood Obesity: Causes, Consequences, and Management. *Pediatric Clinics of North America*, 62(4), 821–840. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2015.04.001>.
 - Harrison, M., Brodribb, W., Davies, P., & Hepworth, J. (2018). Impact of Maternal Infant Weight Perception on Infant Feeding and Dietary Intake. *Maternal and Child Health Journal*, 22(8), 1135–1145. <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2498-x>.
 - Hidalgo-Mendez, J., Power, T. G., Fisher, J. O., O'Connor, T. M., & Hughes, S. O. (2019). Child weight status and accuracy of perceived child weight status as predictors of Latina mothers' feeding practices and styles. *Appetite*, 142, 104387. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104387>.
 - Hong, S. A., Peltzer, K., & Jalayondeja, C. (2019). Parental misperception of child's weight and related factors within family norms. *Eating and weight disorders: EWD*, 24(3), 557–564. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0399-4>
 - Howe, C. J., Alexander, G., & Stevenson, J. (2017). Parents' Underestimations of Child Weight: Implications for Obesity Prevention. *Journal of Pediatric Nursing*, 37, 57–61. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.06.005>.
 - Hughes, S. O., Power, T. G., Orlet Fisher, J., Mueller, S., & Nicklas, T. A. (2005). Revisiting a neglected construct: parenting styles in a child-feeding context. *Appetite*, 44(1), 83–92. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2004.08.007>
 - Lampard, A. M., Franckle, R. L., & Davison, K. K. (2014). Maternal depression and childhood obesity: a systematic review. *Preventive Medicine*, 59, 60-67. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.11.020>

- Lundahl, A., Kidwell, K. M., & Nelson, T. D. (2014). Parental underestimates of child weight: a meta-analysis. *Pediatrics*, 133(3), e689–e703. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2690>
- Mareno N. (2014). Parental perception of child weight: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 70(1), 34–45. <https://doi.org/10.1111/jan.12143>
- Martinez, S. M., Rhee, K. E., Blanco, E., & Boutelle, K. (2017). Latino mothers' beliefs about child weight and family health. *Public Health Nutrition*, 20(6), 1099–1106. <https://doi.org/10.1017/S1368980016002962>.
- Musher-Eizenman, D., & Holub, S. (2007). Comprehensive Feeding Practices Questionnaire: validation of a new measure of parental feeding practices. *Journal of pediatric psychology*, 32(8), 960–972. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm037>
- Parry, L. L., Netuveli, G., Parry, J., & Saxena, S. (2008). A systematic review of parental perception of overweight status in children. *The Journal of Ambulatory Care Management*, 31(3), 253–268. <https://doi.org/10.1097/01.JAC.0000324671.29272.04>.
- Queally, M., Doherty, E., Matvienko-Sikar, K., Toomey, E., Cullinan, J., Harrington, J. M., Kearney, P. M., & Choosing Healthy Eating for Infant Health (CHERIsH) study team (2018). Do mothers accurately identify their child's overweight/obesity status during early childhood? Evidence from a nationally representative cohort study. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 15(1), 56. <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0688-y>.
- Reifsnider, E., Flores-Vela, A. R., Beckman-Mendez, D., Nguyen, H., Keller, C., & Dowdall-Smith, S. (2006). Perceptions of children's body sizes among mothers living on the Texas-Mexico border (La Frontera). *Public Health Nursing*, 23(6), 488–495. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2006.00588.x>
- Rietmeijer-Mentink, M., Paulis, W. D., van Middelkoop, M., Bindels, P. J., & van der Wouden, J. C. (2013). Difference between parental perception and actual weight status of children: a systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, 9(1), 3–22. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2012.00462.x>.



-
- Ruiter, E., Saat, J., Molleman, G., Fransen, G., van der Velden, K., van Jaarsveld, C., Engels, R., & Assendelft, W. (2020). Parents' underestimation of their child's weight status. Moderating factors and change over time: A cross-sectional study. *PloS one*, 15(1), e0227761. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227761>.
 - Salazar, J. M., & Montero, M. (2003). *Percepción social*. Madrid: Trillas.
 - Sahoo, K., Sahoo, B., Choudhury, A. K., Sofi, N. Y., Kumar, R., & Bhadoria, A. S. (2015). Childhood obesity: causes and consequences. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 4(2), 187–192. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.154628>.
 - Spargo, M., & Mellis, C. (2014). Childhood obesity and parental perceptions in a rural Australian population: a pilot study. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 50(2), 131–134. <https://doi.org/10.1111/jpc.12417>.
 - Tompkins, C. L., Seablom, M., & Brock, D.W. (2015). Parental Perception of Child's Body Weight: A Systematic Review. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 1384-1391. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-9945-0>.
 - Towns, N., & D'Auria, J. (2009). Parental perceptions of their child's overweight: an integrative review of the literature. *Journal of Pediatric Nursing*, 24(2), 115–130. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2008.02.032>.
 - Vaughn, A. E., Ward, D. S., Fisher, J. O., Faith, M. S., Hughes, S. O., Kremers, S. P., Musher-Eizenman, D. R., O'Connor, T. M., Patrick, H., & Power, T. G. (2016). Fundamental constructs in food parenting practices: a content map to guide future research. *Nutrition reviews*, 74(2), 98–117. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuv061>
 - Vallejo, M., Cortes-Rodríguez, B. A., & Colin-Ramirez, E. (2015). Maternal underestimation of child's weight status and health behaviors as risk factors for overweight in children. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(6), e29–e33. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.02.009>.

- Vuorela, N., Saha, M. T., & Salo, M. K. (2010). Parents underestimate their child's overweight. *Acta paediatrica* (Oslo, Norway : 1992), 99(9), 1374–1379. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2010.01829.x>
- Warschburger, P., & Kröller, K. (2009). Maternal perception of weight status and health risks associated with obesity in children. *Pediatrics*, 124(1), e60–e68. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-1845>.
- Walker, L. O., & Avant, K. (2011). *Strategies for Theory Construction in Nursing*. United States of America: Pearson.
- Webber, L., Hill, C., Cooke, L., Carnell, S., & Wardle, J. (2010). Associations between child weight and maternal feeding styles are mediated by maternal perceptions and concerns. *European Journal of Clinical Nutrition*, 64(3), 259–265. <https://doi.org/10.1038/ejcn.2009.146>.
- Weihrauch-Blüher, S., & Wiegand, S. (2018). Risk Factors and Implications of Childhood Obesity. *Current Obesity Reports*, 7(4), 254–259. <https://doi.org/10.1007/s13679-018-0320-0>.
- West, F., & Sanders, M. R. (2009). The Lifestyle Behaviour Checklist: a measure of weight-related problem behaviour in obese children. *International Journal of Pediatric Obesity*, 4(4), 266–273. <https://doi.org/10.3109/1747716090281119>.
- Yilmaz, R., Erkorkmaz, Ü., Ozcetin, M., & Karaaslan, E. (2013). How does parents' visual perception of their child's weight status affect their feeding style? *Nutricion Hospitalaria*, 28(3), 741–746. <https://doi.org/10.3305/nh.2013.28.3.6358>

Análisis del concepto de Vejez, por el método Walker y Avant

Analysis of the concept of Old Age, by the Walker and Avant method

Análise do conceito de Velhice, pelo método de Walker e Avant

Víctor Danilo Céspedes Quiñonez¹; Elveny Laguado Jaimes^{2*}

¹Estudiante de Pregrado Enfermería – Integrante Semillero de Investigación CUAM: Cuidado al Adulto Mayor. Universidad Cooperativa de Colombia. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6230-2547>; Correo electrónico: victor.cespedes@campusucc.edu.co

²Maestría en Enfermería. Profesora Asistente. Universidad Cooperativa de Colombia. ORCID <https://orcid.org/0000-0001-7169-6912>; Correo electrónico: elveny.laguado@campusucc.edu.co

*Correspondencia: Remitirse al correo electrónico: elveny.laguado@campusucc.edu.co

Cómo citar este artículo: Céspedes-Quiñonez, V.D., & Laguado-Jaimes, E. (2023). Análisis del concepto de Vejez, por el método Walker y Avant. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(66). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.66.16>

Received: 12/01/2023
Accepted: 23/04/2023.



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 interpret the antecedents, attributes and consequences associated with the concept of old age by means of Walker & Avant's concept analysis method incorporating the integrative literature review. Method: study carried out using Walker and Avant's concept analysis. Search strategy in databases: ProQuest, Redalyc, SAGE, Science Direct, Scopus, Medline, Lilacs, Springer, Oxford and Semantic Scholar and keywords: Investigation of aging AND/OR elder AND concept and in Spanish: vejez. Results: the approach to the concept of old age should be integrated from the psychological, chronological, biological and social dimensions, since it generates positive and negative changes to assume the stage. Conclusions: Recognizing that old age does not imply only the time lived in years, the characteristics framed in the psychological dimensions imply the perception of old age, biological the natural process of the human being, social its participation in society, provides an integral vision of the concept for interventions according to individual needs at this stage.

Keywords: Aging Research; elderly; concept; old age.

Resumen: Objetivo: Interpretar los antecedentes, atributos y consecuencias asociados al concepto de vejez mediante el método de análisis de concepto de Walker & Avant incorporando la revisión integradora de literatura. Método: estudio realizado mediante el análisis conceptual de Walker y Avant. Estrategia de búsqueda en bases de datos: ProQuest, Redalyc, SAGE, Science Direct, Scopus, Medline, Lilacs, Springer, Oxford y Semantic Scholar y palabras claves: Investigación of aging AND/OR elder AND concept y en español: vejez. Resultados: el abordaje del concepto de vejez debe integrarse a partir de las dimensiones psicológica, cronológica, biológica y social, puesto que genera cambios positivos y negativos para asumir la etapa. Conclusiones: Reconocer que la vejez no implica únicamente el tiempo vivido en años, las características enmarcadas en las dimensiones psicológica implican la percepción de la vejez, biológica el proceso natural del ser humano, social su

participación en la sociedad, aporta una visión integral del concepto para intervenciones acordes a las necesidades individuales en ésta etapa.

Palabras clave: Investigación del envejecimiento; anciano; concepto; vejez.

Resumo: Objetivo: Interpretar os antecedentes, atributos e conseqüências associados ao conceito de velhice utilizando o método de análise conceitual da Walker & Avant incorporando a revisão integrativa da literatura. Método: estudo realizado utilizando a análise conceitual de Walker e Avan. Estratégia de busca em bancos de dados: ProQuest, Redalyc, SAGE, Science Direct, Scopus, Medline, Lilacs, Springer, Oxford e Semantic Scholar e palavras-chave: Investigação do envelhecimento E/OU ancião E conceito e em espanhol: vejez. Resultados: a abordagem do conceito de velhice deve ser integrada a partir das dimensões psicológica, cronológica, biológica e social, pois gera mudanças positivas e negativas para assumir o estágio. Conclusões: Reconhecendo que a velhice não implica apenas o tempo vivido em anos, as características enquadradas nas dimensões psicológicas implicam a percepção da velhice, biológico o processo natural do ser humano, social sua participação na sociedade, proporciona uma visão integral do conceito de intervenções de acordo com as necessidades individuais nesta fase.

Palabras clave: pesquisa do envelhecimento; idoso; conceito; velhice.

INTRODUCCIÓN

El crecimiento de la población adulta mayor en el 2015, en el mundo fue de 901 millones de personas de 60 años o más, representaron el 12% de la población mundial (OMS, 2015). Con proyecciones de 1.400 millones para 2030 y de 2.100 millones para 2050 (Naciones Unidas, 2015, p.7). En Colombia para el 2015 se proyecta un crecimiento de la población mayor en un 3.51% y del 3.76% para el 2020.

Diversos estudios refieren alteraciones de la funcionalidad parcial o total de los adultos mayores, ocasionado por enfermedades crónicas no transmisibles, que disminuye la funcionalidad en los adultos mayores (Manrique, Salinas, Moreno & Téllez, 2011). Ante esta situación, en América Latina surge demanda de acceso a servicios sociales, salud y cuidados asociadas al envejecimiento poblacional, con un porcentaje mayor en mujeres de 7,7%, y 5,4% de los hombres (CEPAL, 2018, p. 200).

Ahora en relación a los sentimiento y emociones, los adultos mayores presentan angustia, tristeza, miedo, estrés, impotencia, desesperanza y aislamiento; en otros casos sentimientos de amor, esperanza, fe y gratitud, que en ocasiones reprimen y no se atreven a expresar, puede ser por la aptitud y cuidado que le brinda su cuidador o por vergüenza de expresarse (Alvarado & Salazar, 2016, p. 144).

Por las anteriores situaciones, desde la perspectiva de la vejez en los adultos mayores, evidencias los estudios diversos sentimientos y significados, positivos y en otros casos frustrantes ante las enfermedades. Collazo, Calero, et al, (2017), (p. 661-662). En términos

de representación social de la vejez, está relacionada con abandono, falta de apoyo, expectativas de cuidado de la familia, falta de oportunidades de vida, impacto por cambios físicos y falta de atención de los demás (Esquivel & Calleja, 2020).

Por tanto, dar un significado a la vejez mediante la metodología Avant y Walker, permite determinar aspectos positivos y negativos, que dependen en gran medida de cómo la sociedad reconoce e interviene a esta población vulnerable; por tanto, el propósito de consolidar la definición de vejez, para sensibilizar a los profesionales relacionados con programas y acciones en salud con un enfoque integral a partir del concepto analizado y que contribuya a la calidad de vida (Salazar, Ruiz-Cerino, Guerra-Ordoñez, Pérez-Zuñiga & Duran-Badillo, 2020).

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, en el que utilizando el modelo de análisis de concepto de Walker y Avant, para la comprensión del fenómeno relacionado con el concepto de vejez. Mediante los siguientes pasos: Selección del concepto, objetivo del análisis del concepto, identificación de los usos del concepto, atributos, caso modelo, caso límite, antecedentes y consecuencias, finalmente los indicadores empíricos (Walker & Avant, 2019).

Como parte de la revisión de literatura en las bases de datos: ProQuest, Redalyc, SAGE, ScienceDirect, Scopus, Medline, Lilacs, Springer, Oxford y Semantic Scholar, con vigencia de publicación entre los años 2014 a 2020. Con palabras claves en inglés: Investigation of aging AND/OR elder AND concept y en español: vejez. Posterior a la revisión del cumplimiento de los criterios de inclusión como vigencia de los estudios, artículos originales y revisiones de literatura, tema específico que abordará la vejez; se excluyen artículos con base en criterios de exclusión, estudios de patologías de adulto mayor, estudios de intervención en patologías de adulto mayor.

Finalmente, la lectura del abstract de los artículos permite incluir 49 artículos según el método, mediante doble revisión y verificación mediante escala de CASPE, se confirma la pertinencia de la información.

RESULTADOS

En la revisión del concepto de Vejez, definido por RAE: Real Academia Española (2014), como cualidad de viejo, edad senil, senectud, achaques, manías, actitudes propias de la edad de los viejos; en Descriptores en ciencias de la salud (DeCS) (2020), la vejez es descrita como los cambios en el organismo asociados a la etapa del envejecimiento, que ocurren a una velocidad acelerada.

Para el Ministerio de Salud y Protección Social (2020), de Colombia, la vejez representa una construcción social y biográfica del último momento del curso de vida humana; proceso heterogéneo a lo largo del cual se acumulan, entre otros, necesidades, limitaciones, cambios, pérdidas, capacidades, oportunidades y fortalezas humanas.

Otro estudio que revisa la concepción de Vejez, Zapata (2001), como etapa vital con diversos efectos e identifica las características de serenidad de juicio, experiencia, conocimiento, madurez y una perspectiva histórica personal y social.

Mediante las fuentes bibliográficas, se extraen características de la vejez, que se agrupan en cuatro grandes dimensiones:

Dimensión psicológica: corresponde a los aspectos positivos relacionados con satisfacción con la vida, capacidad de atravesar años y dificultades, continuar viviendo, adquisición de experiencia y tranquilidad, descanso, autonomía, tiempo para viajar, bailar, leer, acompañamiento de mascotas y gozar de los bienes, disfrutar y compartir en familia y aferrado a la religiosidad. Como negativo, la insatisfacción por los estereotipos como la debilidad mental y/o físicamente enfermo e inactivo, fragilidad, pérdidas, la soledad, el abandono, la depresión, la tristeza y la proximidad de la muerte (Pereira, De Freitas & Ferreira, 2014; Vello, Pereira & Popim, 2014; Sarabia-Cobo & Pfeiffer, 2015; González, Aguirre, Kraunik, Palacios, Sepúlveda & Rapiman, 2016; Reyes, Payan, Altamar, Gómez, & Koenig, 2019; Teixeira, Scortegagna, Portella, & Pasian, 2019; Nina, 2020).

Dimensión cronológica: la vejez como factor cronológico, con adjetivos negativos en la salud física, los planes futuros y actitud general hacia la vida (Kurysheva, 2014; Faller, Teston & Marcon, 2015; Scherbov & Sanderson, 2016; Juárez, González & Favela, 2018; Choi & Jang, 2019).

Dimensión biológica: caracteriza la vejez desde lo fisiológico con limitaciones y madurez, que culmina con la muerte (Garzón, Morales, Narváez, Jurado, Carlosama, Benavides, Acosta & Delgado, 2017).

Dimensión social: Características en adultos mayores según la época y costumbres de las civilizaciones indígenas, egipcias, India, chinas, antigua Grecia, el judaísmo, Esparta, Roma y Helénica, que atribuían valores como sabiduría, experiencia, representación del poder, veneración y respeto especial; ahora debido a los cambios, transformaciones y revoluciones valoran más los jóvenes; esa postura genera estigma y prejuicios, comparan la palabra vejez con una imagen infantil y de vulnerabilidad; de igual manera se evidencia la pérdida del estatus social por jubilación o limitación en la interacción en su entorno cotidiano (Árraga, Sánchez, Pirela & Mariotti, 2016; Simões & Sapeta, 2017; Raposo, Leite & Maciel, 2018; Gutiérrez, 2019; Salech, Thumala, Arnold, Arenas, Hodgson & Riveros, 2020).

Asimismo en ésta dimensión es importante determinar la relación con el contexto en el que vive y los valores atribuidos al envejecimiento por la familia y la sociedad (Garzón, Morales, Narváez, Jurado, Carlosama, Benavides, Acosta & Delgado, 2017; Faller, Teston & Marcon, 2018; Fernandes, & de Andrade, 2018).

Conceptos Relacionados

Envejecimiento: disminución de las habilidades del organismo humano para mantener a los tejidos somáticos (Hernández, 2014, p. 363); proceso continuo, irreversible, diverso y que prescribe de forma progresiva una pérdida de la capacidad de adaptación. (Alvarado & Salazar, 2014). Sin embargo es un concepto que lo complementa con activo y saludable, estos términos buscan según Howell, Seater & McLinden (2020), comprender las necesidades en salud, aspectos sociales y de propósitos para hacer de la vejez más feliz y llevadera.

Adulto Mayor: para el Ministerio de Salud y Protección Social (2020) en Colombia, son sujetos de derecho, socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismas, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones; desde lo cronológico persona adulta mayor de 60 años o más de edad.

Anciano: las Naciones Unidas (2015) consideran a las personas mayores de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo, los ancianos tienen la misma capacidad de crecimiento como cualquier otra etapa de la vida.

Longevo: la longevidad es la máxima duración posible de la vida humana (Alvarado & Salazar, 2014, p. 60).

Senectud: según la Real Academia de la lengua española (2014), senectud hace referencia al período de la vida humana que sigue a la madurez.

Teorías de Vejez

Para Simões & Sapeta (2017), el abordaje de la vejez individual explicado como el fenómeno de muerte celular, tema central de todo envejecimiento, no explica los cambios en su totalidad; por tanto, las teorías con diversas características que se mencionan a continuación, permite ampliar la comprensión de percepciones y proyección de procesos de intervención (Tabla 1).

Corresponde a características definitorias del concepto de vejez como positivos y negativos:

Positivos: referencian la experiencia, etapa de descanso, disfrute y felicidad, mayor satisfacción con la vida y religiosidad o apego a dios (Pereira, De Freitas & Ferreiral, 2014; Garzón, Morales, Narváez, Jurado, Carlosama, Acosta & Delgado, 2017; Vello, Pereira & Popim, 2014; Gutiérrez, 2019; Árraga, Sánchez, Pirela & Mariotti, 2016; Carstensen, Rosberg, Mc Kee, & Åberg, 2019; González, Aguirre, Kraunik, Palacios, Sepúlveda & Rapiman, 2016; Fernandes, & de Andrade 2018; Oliveira, Souza, Granja, Antunes & Nascimento 2020; Reyes, Payan, Altamar, Gómez, & Koenig, 2019; Teixeira, Scortegagna, Portella, & Pasian, 2019; Raposo, Leite & Maciel, 2018)

Atributos definitorios:

Negativos: identificados como la debilidad física y mental, limitación, enfermedad, fragilidad, la proximidad de la muerte, una carga, soledad, dependencia, viudedad, discriminación, pérdida del estatus social, disfunción y frustración sexual (Pereira, De Freitas & Ferreiral, 2014; Garzón, Morales, Narváez, Jurado, Carlosama, Benavides, Acosta & Delgado, 2017; Vello, Pereira & Popim, 2014; Gutiérrez, 2019; Árraga, Sánchez, Pirela & Mariotti, 2016; Kuryshva, 2014; Faller, Teston & Marcon, 2018; Fernandes, & de Andrade 2018; López & Díaz, 2018; Pijpers, 2020; Weiss & Zhang, 2020; Gatti & Pinto, 2019; Teixeira, Scortegagna, Portella, & Pasian, 2019).

Tabla 1. Teorías de la vejez**Teorías biológicas**

| | |
|-----------------------------------|--|
| Teoría de envejecimiento celular | Envejecer es la consecuencia de la muerte de un número creciente de células en el cuerpo (González, 2010). |
| Teoría del desgaste natural | En la vejez los sistemas han acumulado detrimentos por el desgaste o estrés de la vida del día a día (González, 2010). |
| Teoría del envejecimiento natural | Los poseen una ley de evolución y otra de involución de actividad (González, 2010). |

Teorías psicológicas

| | |
|---|--|
| Teoría psicodinámica de la personalidad | La discrepancia de personalidad joven-anciano en la gran cantidad de material inconsciente residual que se encuentra en el anciano e instituye la hipótesis de que la poca energía es imputable al rechazo y al sostenimiento del equilibrio del sistema (González, 2010). |
| Teoría conductista | La diferencia de personalidades entre generaciones se da en la historia y depende del tiempo y situación se asume un estereotipo (González, 2010). |
| Teoría humanista | La discrepancia entre las personalidades del joven y el viejo considerando el futuro que abandona y el sentido del sí y explicaría la conducta del presente en función de las representaciones del futuro (González, 2010). |

Teorías sociológicas

| | |
|---|---|
| El modelo etnográfico | Ofrece una visión homogénea de la vejez masculina con rasgos gerontocráticos, expuesta en términos culturales. El modelo está edificado sobre la idea central en el pensamiento de que una vida larga es una bendición, una recompensa que obtenía el individuo por la debida obediencia de los principios patrimoniales (Reyes, 2019). |
| El modelo etnogerontológico | Caracterizado por ser más inclusivo, reconoce diversas formas de llegar a la vejez, en respuesta a influencias sociodemográficas mundiales, permite conocer claramente qué sucede en las poblaciones indígenas y rurales respecto de la vejez (Reyes, 2019). |
| El modelo de antropología de la globalización | Se identifica por la emergencia de nuevos viejos en un mundo globalizado y que debido a los cambios tecnológicos acelerados se ven obligados a modernizarse (Reyes, 2019). |

Fuente. Elaboración propia

Definición del Concepto de vejez

Evoluciona acorde a las época y cultura, con características agrupadas en dimensión psicológica que depende de la percepción formada sobre los adultos mayores, biológica como proceso inherente o natural del ser humano, la cronológica como el tiempo en años

vividos y la social en términos de participación en la sociedad; por tanto, es un concepto que va más allá de una etapa final del ciclo vital.

Construcción del modelo de caso

Caso Modelo. El caso modelo presentado en esta revisión es una historia de la vida real de una adulta mayor; esta historia de vida de JARH resultó atrayente al exponer los cambios físicos al pasar el tiempo, sociales en su rol familiar y psicológicos en la seguridad y confianza en el entorno familiar ; JARH es una adulta mayor de 93 años, quien actualmente vive en el municipio de Cepitá-Santander, tiene 7 hijos, quedo viuda tras la muerte de su esposo con quien vivió 78 años antes de que partiera en el 2017 a “una mejor vida” como lo describe ella, a lo largo de su vida ha realizado siempre labores de la casa y el campo, desde muy joven ha tenido que trabajar muy fuerte, relata: “al principio pues yo vivía en la vereda en la que nació El Laurel, como hasta los 9 años pero luego llegue al casco urbano del municipio porque una tía me llevo con ella para que le ayudara, allí tenía bastante trabajo, empezábamos desde las 3 de la mañana a hornear el pan, para la época los hornos eran de barro por lo que me acaloraba demasiado, lo que desencadeno problemas de salud, aproximadamente a los 15 años me fui a vivir con mi marido ya con mi primer hija, había mucha pobreza. En la finca que mi suegro le heredo a mi marido solo había un rancho de paja y unas ollas, luego llego el segundo hijo quemó el rancho y nos dejó sin casa, por eso la restauramos de tapia pisada, teja y cemento. Yo hacía todas las tareas del hogar y llevaba el almuerzo a la finca que compramos luego de un tiempo. Con una cosecha de arroz muy buena de la cual se obtuvieron muchas arrobas recuerdo que se mandó a vender todo el mismo día, lo que nos permitió comprar la casa. Yo he atravesado momentos bastantes difíciles, pero gracias a Dios y todo el esfuerzo se ha salido adelante, el paso de los años, aunque va deteriorándolo a uno también le va dando cosas bonitas, yo considero que tengo una buena vejez porque no me falta nada y los hijos me ayudan, aquí yo vivo tranquila, ya enferma, pero uno sabe que es por la edad, porque antes de milagro este uno vivo con tanto que le ha tocado pasar en la vida, pero a pesar de todo se han vivido momentos muy gratos”.

Construcción de casos limite y contrario

Caso Límite. El caso limite presentado en esta revisión es tomado a partir del trabajo de análisis de concepto de auto trascendencia el cual contiene algunos atributos críticos, pero no todos, desarrollado por Guerrero & Ojeda (2015): el señor Arturo es un adulto mayor de 78 años. Don Arturo enviudó 5 años atrás, es jubilado de una institución importante, sus hijos (3 en total) ya están casados y él vive solo gozando de su gusto en la vida: “pintar”. Él se sentía triste, así que decidió retomar actividades como la pintura, salir a caminar, leer. Cuando sus hijos tienen oportunidad lo visitan, sin embargo, él dice que si no fuese así él entiende que “ya tienen su camino hecho”. Menciona no ser religioso asegura creer en Dios. Don Arturo padece diabetes, más eso no lo limita para cuidarse, acude a sus revisiones médicas cuando está programado, lleva a cabo actividad física y buena alimentación. Él está contento consigo porque ha logrado salir adelante a pesar de que su esposa, que era su compañera de viaje lo dejó, él espera encontrarse con ella algún día. Mientras tanto a él le toca vivir lo que le resta y lo quiere hacer así: “feliz” (p.32).

Caso Contrario. Teresa es una mujer de 25 años que está plenamente feliz con su quinto mes de embarazo, todos los días va a su trabajo y disfruta ser autónoma e independiente, estar en familia, pasear los fines de semana con sus amigos y hacer deporte extremo aunque debido a su embarazo ya no lo realiza con la misma intensidad, su edad le parece fantástica disfruta más el hecho de pensar que la vida no tiene etapas y que mucho menos tiene definiciones culturales cuando se intenta encasillar en un grupo etario.

Antecedentes y consecuencias del concepto de Vejez

Al hablar de vejez siempre se identifica en un mismo momento de la vida y es el de personas con avanzada edad, pero, sería un poco erróneo considerando que solo abarca una de las cuatro dimensiones de las que el concepto se sustenta, los antecedentes y consecuencias atribuibles al concepto son variantes que tienen cierta similitud a vejez como a sus conceptos relacionados, pero que en su mayoría se enfocan en el factor tiempo o dimensión cronológica.

Antecedente: Expresado como vivir tantos años (Pereira, De Freitas & Ferreira, 2014).

Consecuencias: Búsqueda de salud física, mental y de estabilidad económica (García, Morales, Narváez, Jurado, Carlosama, Benavides, Acosta & Delgado, 2017); vivencias que, a su vez, tienen reflejo cultural, con características multifactoriales, involucra los aspectos físicos, biológicos, psicológicos, conductuales y socioculturales (Faller, Teston & Marcon, 2018); situaciones de dificultad social como el desplazamiento provoca en el adulto mayor sentimiento de miedo y la necesidad de salvar su vida abandonando sus territorios para sobrevivir (Curcio, Vanegas Palacio & Corchuelo, 2019).

Antecedente: vivir hasta los 70 años de edad (Gutiérrez, 2019)

Consecuencias: Un buen envejecimiento caracterizado por el bienestar y la satisfacción con la vida (Carstensen, Rosberg, Mc Kee, & Åberg, 2019); requiere incrementar la práctica de actividad física para mejorar el autoreporte en salud (Oliveira, Souza, Granja, Antunes & Nascimento 2020; Gatti & Pinto, 2019; Reyes, Payan, Altamar, Gómez, & Koenig, 2019).

Antecedente: Como se manifiesta en despreocupación y la falta de preparación para esta etapa de la vida (Fernandes, & de Andrade 2018)

Consecuencias: Dificultad en la toma de decisiones autónomas y soledad social y emocional (Pereira, De Freitas & Ferreira, 2014; López & Díaz, 2018); decepción en relación a la unidad familiar y sentimiento de no pertenencia para la integración activa (Vello, Pereira & Popim, 2014; Salech, Thumala, Arnold, Arenas, Pizzi, Hodgson & Riveros, 2020); depresión ante la institucionalización (Teixeira, Scortegagna, Portella, & Pasian, 2019).

Indicadores Empíricos

Escalas que miden diferentes variables determinadas en la vejez, desarrollados para verificar funcionalidad, actitudes y percepciones que se tengan frente a sí mismo que influyen en conductas que favorecen o limitan su vivencia (Tabla 2).

Tabla 2. Indicadores empíricos para la medición del concepto de vejez

| Instrumento | Descripción |
|--|--|
| Inventario de actitudes hacia el envejecimiento desarrollado por Abreu y Caldelvilla, en 2015 | Consta de 20 ítems en una escala Likert de cinco puntos, ordenados en cuatro factores (1) - Expectativas con respecto a la actividad; (2) - Sentimientos hacia el envejecimiento; (3) - Expectativas de satisfacción y (4) - Ansiedad ante la muerte (Abreu y Caldelvilla, 2015). |
| Cuestionario de estereotipos negativos hacia la vejez (CENVE) desarrollado por los trabajos de Montorio e Izal (1991) y el de Palmore (1988) | Cuestionario de 15 ítems con tres factores: salud, motivacional-social y carácter-personalidad, el formato de respuesta sigue un modelo de tipo Likert de cuatro valores (Nunes, Menéndez, Martins, et al, 2018). |
| Cuestionario de actitudes hacia el envejecimiento (RAQ) basado en El modelo de dos niveles de Leonard y Crawford (1989). | Cuestionario de Reacciones al Envejecimiento (RAQ), tiene de 35 ítems y una escala de seis puntos, en las que se indica acuerdo o desacuerdo, según su propio criterio (Faudzi, Armitage, Bryant, & Brown, 2020). |
| Enfoque de características para medir el envejecimiento de la población basado enfoque de características desarrollado en Sanderson y Scherbov (2014) | Mide características importantes de las personas que varían con el tiempo y difieren de un lugar a otro, las dimensiones importantes en las que el envejecimiento se produce mucho más lentamente que las medidas calculadas convencionalmente como la edad cronológica (Scherbov, & Sanderson, 2016). |
| Escala de Barthel desarrollada por Mahoney y Barthel (1965). | Evalúa la funcionalidad y medición de la incapacidad física, a partir de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (González, Gandoy & Díaz, 2017). |
| YESAVAGE desarrollada por Brink y Yesavage en (1982). | La Escala de Depresión Geriátrica (Geriatric Depression Scale - GDS) de Yesavage, evalúa síntomas afectivos, y el adulto mayor en proceso de rehabilitación (Runzer, et al., 2017, p. 51). |

Fuente. Elaboración propia

CONCLUSIONES

El concepto de vejez con influencia de las cultura y contextos, tiene múltiples connotaciones; sin embargo, acorde con la revisión de estudios y las características definidas, se conforma por cuatro dimensiones, psicológica como la percepción formada sobre los adultos mayores, la biológica, proceso inherente o natural del ser humano, cronológica, tiempo en años vividos y social, cuyo factor principal es el reflejo de la participación en la sociedad.

Otro aspecto para considerar, las influencias sociodemográficas mundiales, en las que identifica diferencias en las comunidades con costumbres arraigadas, en las que valoran la vejez como un componente histórico, que sostiene la identidad al rescatar los valores y vivencias del pasado, asume la diversidad en las formas de llegar y aceptar la vejez.

En concordancia con la revisión, la vejez no comprende sólo lo cronológico en un momento de la vida, al reconocer otros aspectos como las dimensiones, atributos positivos y negativos, patrones culturales, es información relevante para desarrollar intervenciones integrales que contribuyan a la prevención y promoción de la salud para afrontar la vejez con estereotipos positivos, con mínima dependencia funcional, satisfacción con su nuevo rol en la familia y en la sociedad y con efectos en la mejora de la calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Abreu, M., & Caldevilla, N. (2015). Attitudes toward aging in Portuguese nursing students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 171, 961-967.
- Acosta, C. R. D., & Martín, C. G. C. (2017). Espacios de convivencia y experiencia intergeneracional. *Trabajo social hoy*, (82), 19-40.
- Alvarado García, A. M., & Salazar Maya, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2):57-62. <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
- Alvarado García, A. M., & Salazar Maya, Á. M. (2016). Descubriendo los sentimientos y comportamientos que experimenta el adulto mayor con dolor crónico benigno. *Gerokomos*, 27(4), 142-146. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000400003
- Árraga Barrios, M., Sánchez, M., Pirela, L., & Mariotti, L. (2016). Actitud de adultos venezolanos hacia la vejez. *Espacio Abierto*, 25 (4), 299-313. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/122/12249087023/index.html>
- Carstensen, G., Rosberg, B., Mc Kee, K. J., & Åberg, A. C. (2019). Before evening falls: Perspectives of a good old age and healthy ageing among oldest-old Swedish men. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 82, 35-44. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.01.002>
- CEPAL. (2018). Panorama social de América latina. Naciones unidas, 1-233., https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44395/11/S1900051_es.pdf
- Choi, E.Y., Jang, Y. (2019). Edad subjetiva en estadounidenses coreanos mayores: el impacto de la discapacidad funcional mediada por actitudes hacia el envejecimiento. *Revista Internacional sobre el Envejecimiento y el Desarrollo Humano*, 91 (4), 563-580. <https://doi.org/10.1177/0091415019887677>
- Collazo Ramos, M., Calero Ricardo, J.I., Ramos Estrada, R., Toledo Vila, H.J, Morón Pinedo, D., Pariente Hernández, T.G., & Valdés Balbín, R. (2017). Significados del envejecimiento desde la perspectiva de los ancianos. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 16(4), 657-665.
- Curcio, C.L., Vanegas, J. H., Palacio, M. C., & Corchuelo Ojeda, J. (2019). Vejez y desplazamiento forzado en Colombia. *Colombia Médica*, 50(2), 52-66. <http://doi.org/10.25100/cm.v50i2.4009>.
- Departamento administrativo nacional de estadística. (2007). *Proyecciones de población 2005-2020*. DANE, p. 1-224. Recuperado de http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/8Tablasvida1985_2020.pdf
- Descriptores de Ciencias de la Salud. (2020). *Biblioteca Virtual en Salud*. Recuperado de <http://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>

- Esquivel, J. R., & Calleja, A. M. M. (2020). La vejez y su representación social. Una mirada a los significados, imágenes y prácticas asociadas al envejecimiento por personas adultas mayores de la ciudad de Morelia, México. *Ixaya. Revista Universitaria de Desarrollo Social*, 10(19), 41-68.
- Faudzi, F. N. M., Armitage, C. J., Bryant, C., & Brown, L. J. (2020). Cultural adaptations to the measurement of attitudes to ageing: Psychometric assessment of the Malay reactions to ageing questionnaire. *Assessment*, 27(6), 1272-1284.
- Faller, J. W., Teston, E. F., & Marcon, S. S. (2015). a Velhice Na Percepção De Idosos De Diferentes Old Age From the Perspective of Elderly Individuals of Different Nationalities. *Texto Contexto Enfermagem*, 24(1), 128–137. <https://doi.org/0104-07072015002170013 A>
- Faller, J. W., Teston, E. F., & Marcon, S. S. (2018). Conceptual structure of aging in different ethnicities. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 39, e66144. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.66144>
- Fernandes, J. da S. G., & de Andrade, M. S. (2018). Structural analysis of thought normative and against normative of municipal counselors of elderly about the preparation for old age. *Estudos de Psicologia*, 23(2), 157–167. <https://doi.org/10.22491/1678-4669.20180016>
- Garzón-Duque, Maria Osley., Morales-Erazo, A., Narváez-Eraso, C. O., Jurado-Fajardo, D., Yeison Harvey Carlosama-Rosero, Benavides-Melo, C., Acosta-Jurado, D., & Delgado-Bravo, A. (2017). Perceptions about their own old age from the perspective of a group of epidemiologists in training. *Revista De Salud Publica*, 19(6), 780-786. <https://bbibliograficas.ucc.edu.co/docview/2057847436?accountid=44394>
- Gatti, Maria Carolina y Pinto, Maria Jaqueline Coelho. (2019). Vejez activa: la experiencia afectivo-sexual del anciano. *Bond*, 16 (2), 133-159. <https://dx.doi.org/10.32467/issn.19982-1492v16n2p133-159>
- González Echeverría, L.I, Aguirre Pizarro, A., Kraunik Ramírez, R., Palacios Pinto, R., Sepúlveda Barra, P., & Rapiman, M.E. (2016). El contenido mayor como un ser hacia-la-muerte: una fenomenológica investigación. *Medwave* 16, (9), 65-74. <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/EstCualit/6574>
- González-Rodríguez, R., Gandoy-Crego, M., & Díaz, M.C.. (2017). Determinación de la situación de dependencia funcional. Revisión sobre los instrumentos de evaluación más utilizados. *Gerokomos*, 28(4), 184-188.
- González de Gago, J. (2010). Teorías de Envejecimiento. *Tribuna del investigador*, 11(1-2). <https://www.tribunadelinvestigador.com/ediciones/2010/1-2/art-13/#>
- Gutiérrez Cuéllar, P.C. (2019). Percepciones, imágenes y opiniones sobre la vejez desde la mirada de los adultos y jóvenes en México. *Espiral*, XXVI (75), 197-237.

- Guerrero Castañeda, R.F., & Ojeda Vargas, M.G. (2015). Análisis del concepto de Autotrascendencia. Importancia en el cuidado de enfermería al adulto mayor. *Cultura de los Cuidados*, 19 (42), 26-37. <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.42.05>
- Hernández Triana, M. (2014). Envejecimiento. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(4), 361-378.
- Howell, B.M., Seater, M., & McLinden, D. (2020). Uso de métodos de mapeo de conceptos para definir el "envejecimiento saludable" en Anchorage, Alaska. *Revista de Gerontología Aplicada*. <https://doi.org/10.1177/0733464819898643>
- Juárez, M.R., González, V.M., & Favela, J. (2018). Efecto de la tecnología sobre la percepción del envejecimiento. *Health Informatics Journal*, 24 (2), 171-181. <https://doi.org/10.1177/1460458216661863>
- Kurysheva, O. (2014). Age Schemas and their Contribution to Age Identity in the Elderly. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 159, 243-247. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.366>
- López Doblas, J., & Díaz Conde, M. D. P. (2018). El sentimiento de soledad en la vejez. *Revista Internacional de Sociología*, 76(1), e085. <https://doi.org/10.3989/ris.2018.76.1.16.164>
- Manrique-Espinoza, B., Salinas-Rodríguez, A., Moreno-Tamayo, K., & Téllez-Rojo, M.M. (2011). Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. *Salud Pública Méx*; 53(1),26-33.
- Martínez Ortega, M. P., Polo Luque, M. L., & Carrasco Fernández, B. (2002). Visión histórica del concepto de vejez desde la Edad Media. *Cultura de los cuidados*, 6(11), 40-46.
- Ministerio de salud y protección social. (2013). Envejecimiento demográfico. Colombia 1951-2020, dinámica demográfica y estructuras poblacionales. *Min salud*, p. 1-48.
- Ministerio de salud y Protección Social. (2020). *Envejecimiento y vejez*. Gobierno de Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>
- Naciones unidas. (2015). *Perspectivas de la población mundial*. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales; p. 1-59. https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/Key_Findings_WPP_2015.pdf.
- Nunes, C., Menéndez, S., Martins, C., & Martins, H. (2018). Psychometric properties of the Negative Stereotypes Towards Aging Questionnaire (CENVE) among a sample of Portuguese adults. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 31(1), 1-6.
- Oliveira, D.V., Queiroz de Granja, J.F., Laranjeira, C.T., Antunes, M., Dias, M., & Nascimento, J.R. (2020). Satisfacción con la vida y actitudes hacia la vejez de las

- personas mayores que asisten a centros sociales, en función del nivel de actividad física. *Revista Psicología e Saúde*, 12 (1), 49-60. <https://dx.doi.org/10.20435/pssa.v12i1.759>
- Organización mundial de la salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. p. 1-282. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=362F4DA8D820FD230B3BC227CA9605E4?sequence=1.
 - Pérez-Zepeda, M.U. (2015). La importancia de la investigación para el bienestar del adulto mayor. *Enfermería universitaria*, 12(2), 47-48. <https://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.05.001>
 - Pereira, R. F., de Freitas, M. C., & Ferreira, I. M. (2014). Velhice para os adolescentes: Abordagem das representações sociais/Old age for adolescents: A social representations approach/La vejez para los adolescentes: Abordaje de las representaciones sociales. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 67(4), 601-609.
 - Pijpers, R. (2020). Experiencias de personas mayores LGBT que envejecen en el lugar con cuidado y apoyo: una ventana a los entornos de envejecimiento ordinario, las prácticas hogareñas y las actividades de reunión. *Sexualidades*, 0(0), 1-20. <https://doi.org/10.1177/1363460720936471>
 - Raposo, M. A. M., Leite, F. M. C., & Maciel, P. M. A. (2018). Conception of old age: a study with health professionals from a university hospital / Concepção de velhice: um estudo com profissionais de saúde de um Hospital Universitário. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, 10(4), 958. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.958-963>
 - Real Academia Española (RAE). (2014). *Diccionario de la lengua española*. 23 edición. Madrid, España: Planeta Publishing Corporation. <https://dle.rae.es/vejez?m=form>
 - Reyes Gomez, L. (2019). Investigación de la Vejez en Pueblos Indígenas de México. *Research on Ageing and Social Policy*, 7(2), 362. <https://doi.org/10.17583/rasp.2019.4292>
 - Reyes-Ortiz, C., Payan, C., Altamar, G., Gomez, F., & Koenig, H.G. (2019). Religiosidad y el auto-reporte de salud entre adultos mayores en Colombia. *Colombia Médica*, 50(2), 67-76. <https://dx.doi.org/10.25100/cm.v50i2.4012>
 - Runzer-Colmenares, F.M., Castro, G., Merino, A., Torres-Mallma, C., Diaz, G., Perez, C., & Parodi, J.F. (2017). Asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores. *Horizonte Médico (Lima)*, 17(3), 50-57. <https://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2017.v17n3.09>
 - Salech, F., Thumala, D., Arnold, M., Arenas, Á., Pizzi, M., Hodgson, N., ... Riveros, P. (2020). Una Visión Transdisciplinaria Del Envejecimiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(1), 13-20. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2019.11.011>

- Sarabia-Cobo, C. M., & Pfeiffer, C. C. (2015). Changing negative stereotypes regarding aging in undergraduate nursing students. *Nurse education today*, 35(9), e60-e64.
- Scherbov, S., & Sanderson, W. C. (2016). New approaches to the conceptualization and measurement of age and aging. *Journal of aging and health*, 28(7), 1159-1177.
- Simões, Â. L., & Sapeta, P. (2017). Construcción Social del Envejecimiento Individual. *Revista Kairós:Gerontologia*, 20(2), 09. <https://doi.org/10.23925/2176-901x.2017v20i2p09-26>
- Teixeira, C. R., Scortegagna, S. A., Portella, M. R., & Pasian, S. R. (2019). Bem-Estar Subjetivo de Longevos Institucionalizados e Não Institucionalizados por meio do Pfister. *Revista Avaliação Psicológica*, 18(1), 86-95. <https://doi.org/10.15689/ap.2019.1801.13512.10>
- Vello, L. S., Pereira, M. A. O., & Popim, R. C. (2014). Mental health of the elderly: Perceptions related to aging/Salud mental del anciano: Percepciones relacionadas con el envejecimiento. *Investigación y Educación En Enfermería*, 32(1), 60-68.
- Walker, O. L., & Avant, K. C. (2019). *Estrategias de construcción teórica en enfermería*. San Antonio (Estados Unidos): Pearson.
- Weiss, D., & Zhang, X. (2020). Múltiples fuentes de actitudes hacia el envejecimiento: percepciones de grupos de edad y generaciones desde la adolescencia hasta la vejez en China, Alemania y Estados Unidos. *Revista de psicología transcultural*, 51 (6), 407-423. <https://doi.org/10.1177/0022022120925904>
- Zapata Farías, H. (2001). Adulto mayor: participación e identidad. *Revista de Psicología*, 10(1), Pág. 189-197. doi:10.5354/0719-0581.2001.18562

Factores de riesgo y estilos de vida en adolescentes asociados al cáncer en la adultez: una revisión de alcance

Risk factors and lifestyles in adolescents associated with cancer in adulthood: a scoping review

Fatores de risco e estilos de vida em adolescentes associados ao câncer na idade adulta: uma revisão de escopo

Luz Stella Bueno-Robles^{1*}; Magda Liliana Villamizar-Osorio²; Laura María Almeida³; Karina Díaz Morales⁴; Olga Rocío Gómez Ortega⁵

¹Doctora en Enfermería. Profesora Asociada. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9842-536X>; Correo electrónico: lsbuenor@unal.edu.co

²Doctora en Enfermería. Profesora TC Auxiliar, Programa de Enfermería, Universidad Cooperativa de Colombia, Sede Bucaramanga. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4774-8545>; Correo electrónico: magda.villamizar@campusucc.edu.co

³Magíster en Salud Mental. Profesora TC. Programa de Enfermería, Universidad Cooperativa de Colombia, Sede Bucaramanga. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8237-0029>; Correo electrónico: laura.almeidar@campusucc.edu.co

⁴Doctora en Enfermería. Profesora Titular. Escuela de Enfermería, Universidad Veracruzana, Coatzacoalcos Veracruz, México. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-4245-0718>; Correo electrónico: kdiaz@uv.mx

⁵Doctora en Enfermería. Profesora Asistente, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0215-3137>; Correo electrónico: orgomez@unal.edu.co

***Correspondencia:** Calle 25B #32^a-48 Apto 221 Interior 5 Conjunto Takay Reservado. Bogotá. Colombia. Código Postal 111321.

Cómo citar este artículo: Bueno-Robles, L.S., Villamizar-Osorio, M.L., Almeida, L.M., Díaz-Morales, K., & Gómez-Ortega, O.R. (2023). Factores de riesgo y estilos de vida en adolescentes asociados al cáncer en la adultez: una revisión de alcance. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(66). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.66.17>

Received: 12/01/2023
Accepted: 23/05/2023.



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 identify scientific evidence related to risk factors and lifestyles in adolescents associated with the occurrence of lung, cervical, gastrointestinal, skin and breast cancer in adulthood. Methodology: Scope review based on the methodology of the Joanna Briggs Institute (JBI), four databases were explored, and the selected articles were analyzed, extracted and synthesized. Results: 33 articles were included, the risk factors identified were family history, sex, tobacco, alcohol, overweight, underweight, sun exposure, human papillomavirus (HPV) infection, lack of knowledge about self-care measures, low consumption of fruits and vegetables, consumption of red meat and fats, low socioeconomic status, low level of schooling and sedentary lifestyle: physical activity, condom use, monitoring and screening of their health status, human papillomavirus (HPV) vaccination, healthy eating and sun protection. Conclusion: The risk factors found in the scope review are numerous, according to each type of cancer, there are modifiable factors that can be put into practice from adolescence as lifestyles in the individual, family and school sense.

Keywords: Adolescent; Risk Factors; Life Style; Neoplasms (source: DeCS, BIREME).

Resumen: Objetivo: Identificar la evidencia científica relacionada con los factores de riesgo y los estilos de vida en adolescentes asociados a la ocurrencia de cáncer pulmonar, cervicouterino, gastrointestinal, de piel y de mama en la adultez. Metodología: Revisión de alcance basada en la meto-

dología del Joanna Briggs Institute (JBI), se exploraron cuatro bases de datos, a los artículos seleccionados se les realizó análisis, extracción y síntesis de datos. Resultados: Se incluyeron 33 artículos, los factores de riesgo identificados fueron antecedentes familiares, sexo, tabaco, alcohol, sobrepeso, bajo peso, exposición al sol, infección por virus del papiloma humano (VPH), desconocimiento sobre medidas de autocuidado, bajo consumo de frutas y verduras, consumo de carnes rojas y de grasas, bajo nivel socioeconómico, bajo nivel de escolaridad y sedentarismo; y, como estilos de vida: actividad física, uso del condón, seguimiento y detección de su situación de salud, vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH), alimentación saludable y protección solar. Conclusión: Los factores de riesgos encontrados en la revisión de alcance son numerosos, según cada tipo de cáncer, existen factores modificables que desde la adolescencia se pueden poner en práctica como estilos de vida en sentido individual, familiar y escolar.

Palabras clave: Adolescente; Factores de Riesgo; Estilo de Vida; Neoplasias (fuente: DeCS, BIREME).

Resumo: Objectivo: Identificar provas científicas relacionadas com factores de risco e estilos de vida em adolescentes associados com a ocorrência de cancro do pulmão, cervical, gastrointestinal, da pele e da mama na idade adulta. Metodologia: Revisão do âmbito com base na metodologia do Instituto Joanna Briggs (JBI), foram exploradas quatro bases de dados e foram analisados, extraídos e sintetizados artigos seleccionados. Resultados: 33 artigos foram incluídos, os factores de risco identificados foram história familiar, sexo, tabaco, álcool, excesso de peso, baixo peso, exposição solar, infecção por papilomavírus humano (HPV), falta de conhecimento sobre medidas de autocuidado, baixo consumo de frutas e vegetais, consumo de carne vermelha e gordura, baixo estatuto socioeconómico, baixo nível de educação e sedentarismo; e, como estilos de vida: actividade física, utilização de preservativos, monitorização e rastreio do seu estado de saúde, vacinação contra o papilomavírus humano (HPV), alimentação saudável e protecção solar. Conclusão: Os factores de risco encontrados na revisão do âmbito são numerosos, dependendo de cada tipo de cancro, e há factores modificáveis que podem ser postos em prática a partir da adolescência como estilos de vida individuais, familiares e escolares.

Palavras-chave: Adolescente; Fatores de Risco; Estilo de Vida; Neoplasias (fonte: DeCS, BIREME)

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud OMS (2022a) señala que una de cada seis personas en el mundo es un adolescente y se espera que, para el 2050, este tipo de población aumente hasta un 90% en países en vías de desarrollo. A su vez, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2018) reporta que en la región de las Américas los adolescentes y jóvenes son la población más numerosa, la cual, en el 2022, se estima en el 22%; mientras que para el 2030 se prevé que sea del 21%.

Las condiciones y comportamientos en etapas tempranas de la vida, especialmente, la adolescencia, con el consumo de tabaco y alcohol, las conductas alimentarias inadecuadas, la falta de actividad física o las relaciones sexuales sin protección son factores de riesgo que pueden llevar al desarrollo de cáncer en la adultez. De ese modo, se torna imperativo articular esfuerzos para la promoción de estilos de vida saludables para una vida adulta productiva y larga (OMS, 2022).

La OPS (2010) ratifica la necesidad de crear tales esfuerzos y propone estrategias para mejorar la salud de los adolescentes con el fin de priorizar la promoción de factores protectores y prevenir los factores de riesgo que pueden repercutir en la edad adulta manifestándose en ciertos tipos de cáncer y agregando cargas económicas a los sistemas de salud que se podrían evitar.

Se estima que el cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo, en gran parte debido a factores de riesgo conductuales y dietéticos, los cuales se pueden prevenir (OMS, 2020). A pesar de los esfuerzos de las organizaciones para su control, el cáncer sigue en aumento, pues las proyecciones estadísticas en países de medianos y bajos ingresos económicos aumentarán hasta en un 81% en las próximas décadas (Parra-Soto et al., 2020). Por esa razón, surge un llamado urgente a los gobiernos para la implementación de políticas orientadas a la salud de los adolescentes para prevenir enfermedades no transmisibles, como es el cáncer (Dong et al., 2020).

La adolescencia es una etapa crucial para potencializar poblaciones sanas y luchar contra la predisposición hacia enfermedades en el adulto que pueden estar relacionadas con cambios epigenéticos, estructurales y funcionales tanto en los órganos como en los sistemas corporales. Así mismo, en esta fase es posible promover comportamientos desde el entorno escolar y familiar para establecer estilos de vida saludable en los adolescentes que lo impacten positivamente y se mantengan a lo largo de su vida (Guthold et al., 2021).

El Instituto Nacional del Cáncer define el factor de riesgo como “cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión”. De acuerdo con esto, Whiteman y Wilson (2016) consideran diversos factores de riesgo para cáncer según el porcentaje atribuible del riesgo, entre los que se destacan reporta como la historia familiar (5-10%), el tabaquismo (25-30%), la dieta (30-35%), el consumo de alcohol (4-6%), la obesidad (10-20%), las infecciones (15-20 %) y otros (10-15%).

En cuanto a los estilos de vida de las personas relacionados con el riesgo de padecer cáncer, éstos se comprenden como patrones complejos de comportamientos que abarcan no sólo características personales, individuales y sociales, sino también condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. Esto puede implicar un cambio en la salud tanto del adolescente como del adulto (Guerrero y León., 2010).

Así pues, dada la importancia de la temática, el objetivo del presente estudio consiste en identificar la evidencia científica relacionada con los factores de riesgo y los estilos de vida en adolescentes asociados a la ocurrencia de cáncer pulmonar, cervicouterino, gastrointestinal, de piel y de mama en la adultez.

MÉTODOS

Se llevó a cabo una revisión de alcance —también conocida como scoping review— a partir de la metodología del Joanna Briggs Institute. Teniendo en cuenta que este tipo de revisión consiste en graficar los conceptos principales y sus límites de un área de interés de investigación, se consideraron las fases propuestas por Arksey y O'Malley (2005).

En la primera fase de la presente revisión de alcance se contempló la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la evidencia disponible relacionada con los factores de riesgo y estilos de vida en adolescentes asociados al cáncer pulmonar, cervicouterino, gastrointestinal, de piel y de mama en la adultez?

En la segunda fase, se consideraron los criterios de inclusión para la búsqueda, a saber: artículos de texto completo; con metodologías cuantitativas, cualitativas y de revisión sistemática; publicados entre el 2008 y el 2021; con población adolescente que abarcara desde los 10 hasta los 19 años y que estuvieran redactados en portugués, inglés y español. En cuanto a los criterios de exclusión, se omitieron documentos de disertación, tesis, capítulos de libros, editoriales, resúmenes y artículos enfocados en cáncer infantil.

En la tercera fase, se seleccionaron los artículos a partir de la identificación de los siguientes descriptores utilizados en las estrategias de búsqueda con los conectores booleanos AND y OR: Estilos de Vida; Factores de Riesgo; Adolescente; Prevención Primaria; Hábitos; Detección Precoz del Cáncer; Neoplasias; Conducta del Adolescente y Salud del Adolescente. Las bases de datos empleadas para la búsqueda fueron ScienceDirect, EBSCO, PubMed y Biblioteca Virtual en salud (BVS). Cada investigadora identificó, analizó y seleccionó los artículos, además de organizar el diagrama PRISMA y la evidencia en una base de datos en el programa Microsoft Excel®. Posteriormente, una segunda revisora verificó la pertinencia de los artículos para consolidar la base de datos de los artículos seleccionados.

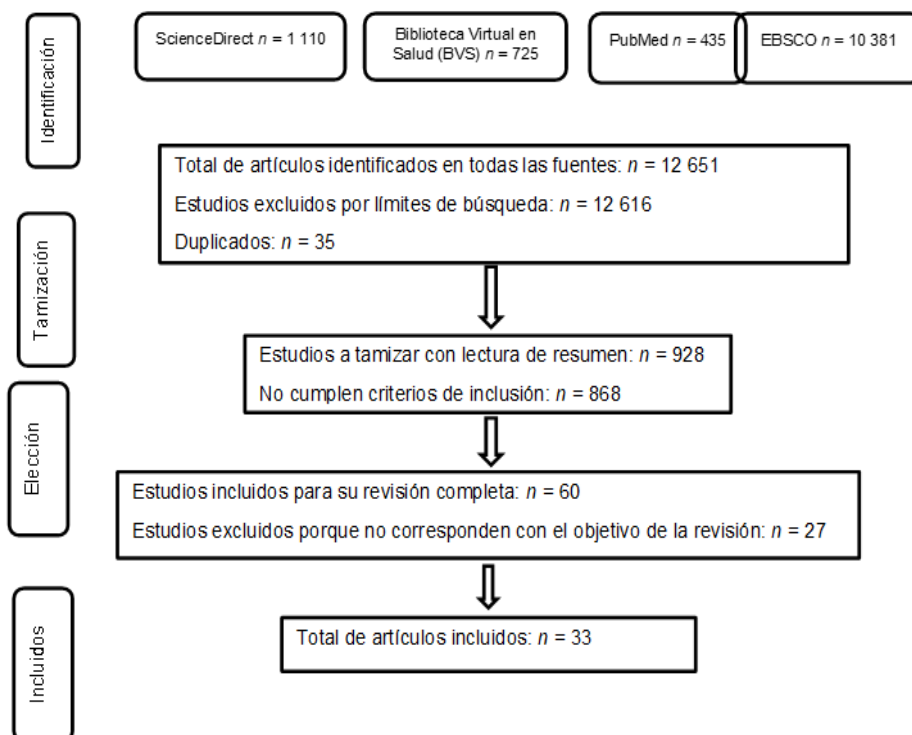
En la cuarta fase, se organizaron los datos en el programa Microsoft Excel® para trazarlos, considerando aspectos formales de los artículos seleccionados como título, fuente bibliográfica, objetivo del estudio, país de origen, tipo de estudio, características de la población, tipo de cáncer, aporte a los estilos de vida, factores de riesgo y vacíos del conocimiento. Cuatro revisores independientes realizaron el análisis temático para identificar las similitudes y contrastes entre los autores. Se aplicaron los criterios de lectura crítica con el fin de evaluar la validez de los estudios (LoBiondo-Wood & Haber, 2014).

Finalmente, se tuvieron en cuenta los estándares de excelencia en los informes de mejora de la calidad, SQUIRE 2.0 (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence 2.0). A continuación, los resultados se presentan en tablas que agrupan los factores de riesgo y estilos de vida para la prevención según el tipo de cáncer.

RESULTADOS

Se seleccionaron 33 artículos según el diagrama PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses), como se puede observar en la Figura 1. El 100% de los estudios elegidos estuvieron relacionados con factores de riesgo, mientras que el 32%, con estilos de vida en adolescentes asociados al cáncer. Del total de artículos, tres aportaron datos en común para cáncer de mama, cervicouterino y de piel. Según el tipo de cáncer, predominó el de mama, con el 31%; seguido del cervicouterino, con el 22%; gastrointestinal y de piel, con el 16.5% respectivamente; y el pulmonar, con el 14%.

Figura 1. Diagrama PRISMA para los artículos seleccionados



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la revisión.

Los factores de riesgo para el cáncer de mama abarcan, principalmente, el sexo biológico (mujeres), edad de menarquia y menopausia, nuliparidad, antecedentes familiares de cáncer de mama, consumo de alcohol y tabaco, sobrepeso/obesidad, consumo de grasas, consumo de carnes rojas y bajo consumo de frutas y verduras. Así mismo, entre los estilos de vida considerados, se encontró la alimentación saludable, el ejercicio, la autoexploración y la detección temprana mediante diagnósticos (Tabla 1).

Respecto a los factores de riesgo para el cáncer cervicouterino, se destacan los comportamientos sexuales riesgosos, el desconocimiento sobre factores de riesgo y formas de detección, el bajo nivel educativo, una paridad mayor a tres hijos y el uso excesivo de anticonceptivos orales. En cuanto a los estilos de vida, se encontró como relevante el seguimiento y detección mediante la prueba de Papanicolaou y un patrón de comportamiento seguro (Tabla 2).

Por lo que corresponde a los factores de riesgo para el cáncer gastrointestinal, se reporta la obesidad, antecedentes familiares de cáncer, enfermedad de intestino irritable, enfermedad diverticular/estreñimiento, infección por *Helicobacter pylori* y bajo nivel educativo. En cuanto a los estilos de vida saludable, se evidencia consumo de frutas y verduras, actividad física, patrón de seguimiento y detección (Tabla 3).

Como factores de riesgo para el cáncer de pulmón, se encontraron el sobrepeso/obesidad y el tabaquismo activo y pasivo (Tabla 4). Cabe destacar que los estudios analizados plantean la necesidad de implementar, desde las instancias gubernamentales, políticas que permitan controlar el tabaco.

En relación con el cáncer de piel, se identificaron como factores de riesgo la exposición solar, la densidad de lunares, las características personales, los antecedentes personales de lesiones de piel y las condiciones de deficiencia de vitamina D. Por su parte, como alternativas para promover los estilos saludables, se encontraron, principalmente, las medidas de protección solar y el uso de prendas de vestir para evitar la exposición directa a los rayos solares (Tabla 5).

DISCUSIÓN

El hallazgo más interesante por resaltar consiste en que los factores de riesgo atribuibles al cáncer, como la alimentación inadecuada, el sedentarismo y el consumo de tabaco y alcohol, se pueden modificar; además, es posible fomentar estilos de vida saludable desde la edad temprana. Los factores de riesgo de este estudio coinciden con los reportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022b).

Respecto al cáncer de mama en mujeres, la presente revisión de alcance demostró que los factores que lo ocasionan son diversos y complejos. Por ejemplo: Peña et al. (2017) señalan que existe un predominio de unos factores sobre otros, entre los que estiman la historia familiar de cáncer de mama, la menopausia tardía, la nuliparidad, el tabaquismo, la obesidad y la dieta con alto consumo de carnes rojas y grasa animal. Sin embargo, los factores interactúan, como lo demuestra el hecho de que el sobrepeso y la nuliparidad tienen un efecto sinérgico. Por lo tanto, mantener un peso corporal saludable podría prevenir potencialmente casos de cáncer de mama en mujeres nulíparas, más que en mujeres que ya han parido.

De forma similar, Frontela et al. (2016) indican que la obesidad, en interacción con los antecedentes familiares de cáncer, es un riesgo sustancialmente mayor para adquirir cáncer de mama en mujeres posmenopáusicas. Así mismo, la obesidad en la posmenopausia incrementa el riesgo de cáncer, porque el tejido adiposo actúa como principal reservorio para la biosíntesis de estrógenos después de la menopausia, de forma que la aromatasa presente en el tejido adiposo podría influir en la carcinogénesis mamaria (Mohanty & Mohanty, 2019). En cambio, en las mujeres premenopáusicas que padecen de cáncer de mama, además de presentar factores de antecedentes de sobrepeso y obesidad tanto en la adolescencia como en la adultez temprana, presentan a su vez factores asociados como la ingesta de alcohol, antecedentes de infertilidad primaria, nuliparidad y antecedentes de enfermedad benigna de mama (Ntirenganya et al., 2021).

La complejidad de los factores asociados al cáncer de mama que aqueja a las mujeres exige la adopción de estilos de vida como ejercicio regular y actividades de caminatas desde la juventud, evitar el consumo de grasa y carnes en exceso e incrementar el consumo de verduras y frutas, pues pueden prevenir el cáncer de mama en mujeres.

Los factores de riesgo para el cáncer cervicouterino, según los hallazgos de nuestra revisión de alcance, incluyen los sociodemográficos, como el bajo nivel escolaridad, el bajo nivel socioeconómico, el consumo de tabaco, el sobrepeso/obesidad, la menstruación irregular y la detección del virus del papiloma humano (VPH), resultados semejantes a los descritos por Momenimovahed & Salehiniya (2019), quienes añaden los factores hereditarios, reproductivos y hormonales. Por su parte, Antony et al. (2018) reconocen como factores de riesgo la alimentación, el tamaño de la cintura y la cadera, la relación cintura-cadera, el colesterol de alta densidad, los triglicéridos, el número de años de menstruación y haber tenido más de tres embarazos.

Los hallazgos del presente estudio también contemplan el desconocimiento que tienen las mujeres sobre los factores de riesgo y las formas de detección para el cáncer cervicouterino (Kirubarajan et al., 2021). Respecto a la detección y el tamizaje de cáncer cervicouterino en la población en adolescentes, infortunadamente existen barreras para llevar a cabo pruebas y un seguimiento, como el conocimiento, la concientización e incluso las percepciones negativas de las pruebas. Por lo tanto, se conforma como un desafío para los profesionales de la salud abordar la población de diferentes estratos socioeconómicos para promover el conocimiento sobre los factores de riesgo, la vacunación contra el virus del papiloma humano y la toma de la prueba de Papanicolaou (Hirani et al., 2021).

Los resultados de nuestro estudio indican que los factores de riesgo para el cáncer gastrointestinal se relacionan con un bajo nivel de escolaridad, un bajo nivel socioeconómico, antecedentes de enfermedad intestinal irritable y enfermedad diverticular. Estos resultados se tornan semejantes a los del estudio de Oliveros-Wilches et al. (2021), quienes afirman que los factores de riesgo son multifactoriales y secuenciales, mientras que, para el caso específico del cáncer gástrico, el factor mayormente conocido es la infección por *Helicobacter pylori*. Los autores encontraron como estilos de vida el tipo de dieta.

Ahora bien: cabe reconocer que la alimentación no saludable contribuye al sobrepeso y a la obesidad, los cuales se constituyen como factores predominantes para el cáncer gastrointestinal. Así mismo, el consumo de grasas y carnes rojas puede no sólo alterar la concentración del colesterol y las sales biliares, sino también generar cambios en la flora intestinal, lo que ocasiona inflamación en la mucosa intestinal (Karczewski et al., 2019; Scherübl, 2021). Además, las personas que presentan una condición de sobrepeso y que son consumidores de tabaco y alcohol tienen mayor predisposición para el desarrollo de este tipo de cáncer (Scherübl, 2021).

La literatura consultada reporta que existen factores que pueden resultar modificables, como el sedentarismo y el estrés. Como botón de muestra, encontramos el estudio de Caballero y Fernández (2019), quienes confirman que el estrés actúa de manera directa en los cambios hormonales y en la disminución del sistema inmune; y de manera indirecta, en los comportamientos que no favorecen la práctica de actividad física. Esto estimula el consumo de bebidas alcohólicas consideradas como estilos de vida no saludables.

En nuestra revisión de alcance se encontraron factores de riesgo para el cáncer de piel asociados a los antecedentes familiares de cáncer, a la exposición solar excesiva antes de los 18 años, a la piel clara, a la protección solar inadecuada y al uso de cámaras de bronceado —lo cual es frecuente en mujeres con padres y amigos que también practican este tipo de actividad—.

El anterior resultado concuerda con los del estudio de Ureña et al. (2021), investigadores que consideran, como factores de riesgo para el cáncer de piel, la exposición a la radiación ultravioleta (UV), las cabinas de bronceado y el fenotipo cutáneo de ser de piel clara, que presenta una mayor incidencia en razas caucásicas. Del mismo modo, Davey et al. (2021) evidenciaron en su estudio estos factores de riesgo para desarrollar cáncer de piel: la exposición de la piel a los rayos ultravioleta (UV), el color o la pigmentación más clara de la piel y la herencia genética.

En lo que se refiere al cáncer pulmonar, el consumo de tabaco se constituye como el principal factor de riesgo. En este sentido, Peña et al. (2019) estiman que hasta el 80% de las muertes por cáncer pulmonar se asocian al humo del tabaco. Así mismo, Zinser-Sierra (2019) señala que la alteración que deriva en el cáncer de pulmón ocurre debido a la alta cantidad de carcinógenos que contiene el humo del tabaco, el cual, a su vez, aumenta la susceptibilidad al daño del ADN en la medida en que la edad de la persona es menor. Por su parte, De La Cruz et al. (2020) destacan otro factor importante para desarrollar cáncer de pulmón: la exposición a tabaco de segunda mano en el hogar y en lugares públicos y cerrados.

Para cada tipo de cáncer existe variedad de factores de riesgo, pero, desde la perspectiva de la prevención primaria, algunos pueden ser modificables (De La Cruz et al., 2020). Respecto a los factores de riesgo modificables, se evidencia que están determinados por características personales, ambientales y sociales en el que desarrolla el adolescente, por lo que es fundamental considerarlos. Por ejemplo: hay un mayor riesgo de consumo de alcohol y tabaco en los adolescentes que permanecen con sus padres y amigos consumidores.

De igual forma, la alimentación no saludable desde la niñez hasta la adultez, caracterizada por el aumento en la ingesta de alimentos refinados, hipercalóricos, grasas/azúcares libres y sal/sodio, así como la baja ingesta de frutas, verduras, granos y fibra, suelen estar influidos por la familia, los amigos, las instituciones educativas y, en general, la sociedad (Lobo et al., 2021).

En síntesis, es notorio que en los estudios analizados en la presente revisión de alcance respecto a los tipos de cáncer mencionados se reportan factores de riesgo en común, como la obesidad, el sedentarismo, el bajo consumo de frutas y verduras, el consumo de tabaco y alcohol y el desconocimiento tanto de los factores de riesgo como de las formas de detección temprana. En este aspecto, autores como Ramírez et al. (2019) y De La Cruz-Vargas et al. (2020) resaltan que estos factores pueden ser modificables e, incluso, que pueden promover estilos de vida saludable desde edades tempranas.

CONCLUSIONES

Los factores de riesgo que pueden contribuir a desarrollar diversos tipos de cáncer son variados. Entre éstos, sobresalen el consumo de tabaco y alcohol, el sedentarismo, la alimentación no saludable con alto consumo de grasas y carnes rojas y un bajo consumo de frutas y verduras, lo cual, además, favorece el sobrepeso y la obesidad.

De igual forma, existen otros factores como la edad, sexo biológico o los antecedentes familiares y personales, que prevalecen a lo largo de la vida y, por tanto, se deben considerar para la prevención y detección oportuna del cáncer.

En el contexto de los adolescentes, es necesario reconocer condiciones que potencialicen la presencia de factores de riesgo y estilos de vida, así como identificar la influencia de los amigos y los hábitos de la familia, para abordar tempranamente la promoción de prácticas saludables en el entorno escolar y familiar que contribuyan con la prevención y el control del desarrollo del cáncer en la adultez.

Entre las limitaciones del estudio, se pone de relieve el hecho que gran variedad de artículos mencionan factores de riesgo para el cáncer en general, lo que dificultó clasificarlos para un tipo de cáncer en particular. Además, la mayoría de los estudios indagó, principalmente, los factores de riesgo, pero no los estilos de vida saludable.

Financiación: Para el desarrollo del presente estudio, se recibió apoyo financiero de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia mediante el Sistema de Información HERMES, con código 44926.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, L.M., Muñoz, A.M., Aluma-Tenorio, M.S., & Jaimes, N. (2021). Factores de riesgo para melanoma en una población latinoamericana: estudio de casos y controles. *Actas Dermosifiliogr*, 112(10), 943-949. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.09.012>
- Alaa, H., & Shah, S.A. (2019). Perception of cancer risk and its associated risk factors among young Iraqis living in Baghdad. *Asian Pac J Cancer Prev*, 20(8), 2339-2343. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2019.20.8.2339>
- Antony, M.P., Surakutty, B., Vasu, T.A., & Chisthi, M. (2018). Risk factors for breast cancer among Indian women: a case-control study. *Niger J Clin Pract*, 21(4), 436-442. https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_102_17
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*, 8(1): 19-32. <https://doi.org/10.1080/13645570320001196161>
- Belbasis, L., Stefanaki, I., Stratigos, A.J., & Evangelou, E. (2016). Non-genetic risk factors for cutaneous melanoma and keratinocyte skin cancers: an umbrella review of meta-analyses. *J Dermatol Sci*, 84(3), 330-339. <https://doi.org/10.1016/j.jdermsci.2016.09.00>
- Bertoni, N., de Souza, M.C., Crocamo, S., Szklo, M., & de Almeida, L. M. (2019). Is a family history of the breast cancer related to women's cancer prevention behaviors? *Int Behav Med*, 26(1), 85-90. <https://doi.org/10.1007/s12529-018-9737-9>

- Beyene, T., Akibu, M., Bekele, H. & Seyoum, W. (2021). Risk factors for precancerous cervical lesion among women screened for cervical cancer in south Ethiopia: unmatched case-control study. *PloS One*, 16(7), e0254663. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254663>
- Bradbury, A.R., Patrick-Miller, L., Egleston, B.L., Schwartz, L.A., Sands, C.B., Shorter, R., et al. (2012). Knowledge and perceptions of familial and genetic risks for breast cancer risk in adolescent girls. *Breast Cancer Res Treat*, 136(3), 749-757. : <https://doi.org/10.1007/s10549-012-2254-7>
- Caballero, A.E., & Fernández, Y.E. (2019). Influencias de alimentos, sedentarismo y estrés en la prevención del cáncer colorrectal. *Revista de Salud Pública*, 23(2), 53-68. <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v23.n2.21950>
- Carreras-Torres, R., Johansson, M., Haycock, P.C., Wade, K.H., Relton, C.L., Martin, R.M., et al. (2017). Obesity, metabolic factors and risk of different histological types of lung cancer: a Mendelian randomization study. *PloS One*, 12(6), e0177875. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177875>
- Davey, M.G., Miller, N., & McInerney, N.M. (2021). A review of epidemiology and cancer biology of malignant melanoma. *Cureus*, 13(5), e15087. <https://doi.org/10.7759/cureus.15087>
- De La Cruz-Vargas, J.A., Ramos, W., Chanduví, W., Espinoza, R., Guerrero, N., Loayza-Castro, J.A., et al. (2020). Estudio de factibilidad para evaluar la proporción de cáncer atribuible a factores de riesgo modificables en el Perú y Latinoamérica. *Rev Fac Med Hum*, 20(1), 114-122. <https://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i1.2657>
- Ding, J., Tu, Z., Chen, H., & Liu, Z. (2021). Identifying modifiable risk factors of lung cancer: Indications from Mendelian randomization. *PloS One*, 16(10), e0258498. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258498>
- Domínguez, C.D., & Celis, J.G. (2018). Carcinoma basocelular: un reto actual para el dermatólogo. *Rev Méd Electrón*, 40(1), 172-182.
- Dong, B., Zou, Z., Song, Y., Hu, P., Luo, D., Wen, B., et al. (2020). Adolescent health and healthy China 2030: a review. *J Adolesc Health*, 67(5S):S24-S31. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.07.023>
- Florath, I., Sarink, D., Saunders, C., Heyworth, J., & Fritschi, L. (2016). Breast cancer risk and the interaction between adolescent body size and weight gain in later life: a case-control study. *Cancer Epidemiol*, 45, 135-144. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2016.10.016>
- Frazier, A.L., & Rosenberg, S.M. (2013). Preadolescent and adolescent risk factors for benign breast disease. *J Adolesc Health*, 52(5 Suppl), S36-S40. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.01.007>



- Frontela, M., Gutiérrez, Z., Rubio, M.C., Martín, L.E., Pérez, I.M., Sánchez, I., et al. (2016). Índice de masa corporal y características clinicopatológicas de pacientes con cáncer de mama. *Rev Cubana Endocrinol*, 27(3), 45-62.
- Gatumo, M., Gacheri, S., Sayed, A.R., & Scheibe, A. (2018). Women's knowledge and attitudes related to cervical cancer and cervical cancer screening in Isiolo and Tharaka Nithi counties, Kenya: a cross-sectional study. *BMC Cancer*, 18(1), 745. <https://doi.org/10.1186/s12885-018-4642-9>
- Gredner, T., Mons, U., Niedermaier, T., Brenner, H., & Soerjomataram, I. (2021). Impact of tobacco control policies implementation on future lung cancer incidence in Europe: an international, population-based modeling study. *Lancet*, 4, 100074. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100074>
- Guerrero, L.R., & León, A.R. (2010). Estilo de vida y salud. *Educere*, 14(48), 13-19.
- Guthold, R., Moller, A.B., Adebayo, E., Carvajal, L., Ekman, C., Fagan, L., et al. (2021). Priority areas for adolescent health measurement. *J Adolesc Health*, 68(5), 888-898. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.12.127>
- Haynes, A., Nathan, A., Dixon, H., Wakefield, M., & Dobbinson, S. (2020). Sun-protective clothing and shade use in public outdoor leisure settings from 1992 to 2019: results from cross-sectional observational surveys in Melbourne, Australia. *Prev Med*, 139, 106230. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106230>
- Hirani, S., Khan, S., Akram, S., Virji, S.N., Shaikh, P.A., Naeem, E., et al. (2021). Knowledge, awareness, and practices of cervical cancer, its risk factors, screening, and prevention among women in Karachi, Pakistan. *Eur J Cancer Prev*, 30(1), 97-102. <https://doi.org/10.1097/CEJ.0000000000000590>
- Instituto Nacional del Cáncer (2022). *Diccionarios del NCI: factores de riesgo*. Bethesda, Maryland: Institutos Nacionales de Salud (INS). <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/factor-de-riesgo>
- Joseph, M.D., Thorpe, L., Annandsingh, C., Laquis, G., Young, J.L., Kwasniewski et al. (2014). Breast cancer diagnosis from screening in Trinidad and Tobago: opportunities for cancer prevention. *J Immigrant Minor Health*, 16(3), 409-415. <https://doi.org/10.1007/s10903-012-9767-3>
- Kamali, N., Abadi T.B., Rahimi, F., & Foorotan, M. (2021). Identification of Helicobacter pylori in tumor biopsies obtained from patients with colorectal cancer: indication for a prophylactic vaccine? *Vacunas*, 22(2),62-67. <https://doi.org/10.1016/j.vacune.2020.09.004>
- Karczewski, J., Begier-Krasińska, B., Staszewski, R., Popławska, E., Gulczynska-Elhadi, K. & Dobrowolska, A. (2019). Obesity and the risk of gastrointestinal cancers. *Dig Dis Sci*, 64(10), 2740-2749. <https://doi.org/10.1007/s10620-019-05603-9>

- Kirubarajan, A., Leung, S., Li, X., Yau, M., & Sobel, M. (2021). Barriers and facilitators for cervical cancer screening among adolescents and young people: a systematic review. *BMC women's health*, 21(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01264-x>
- Levi, Z., Kark, J.D., Shamiss, A., Derazne, E., Tzur, D., Keinan-Boker, L., et al. (2013). Body mass index and socioeconomic status measured in adolescence, country of origin, and the incidence of gastroesophageal adenocarcinoma in a cohort of 1 million men. *Cancer*, 119(23), 4086-4093. <https://doi.org/10.1002/cncr.28241>
- Linos, E., Willett, W.C., Cho, E., & Frazier, L. (2010). Adolescent diet in relation to breast cancer risk among premenopausal women. *Cancer Epidemiology Biomarkers Prev*, 19(3), 689-696. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-09-0802>
- LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (2014). *Nursing research: methods and critical appraisal for evidence-based practice* (8th ed.). St. Louis, Missouri: Mosby-Elsevier.
- Lobo, M.E., González, L., Sánchez, H.M., Ávila, L.C., & García, M.F. (2021). Factores sociales, familiares y del entorno educativo que influyen en las conductas alimentarias y en los estilos de vida de estudiantes universitarios. *Realidades*, 11(1), 9-36.
- Makurirofa, L., Mangwiro, P., James, V., Milanzi, A., Mavu, J., Nyamuranga, M., et al. (2019). Women's knowledge, attitudes and practices (KAP) relating to breast and cervical cancers in rural Zimbabwe: a cross sectional study in Mudzi District, Mashonaland East Province. *BMC Public Health*, 19(1), 109. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6333-5>
- Mapanga, W., Girdler-Brown, B., & Singh, E. (2019). Knowledge, attitudes and practices of young people in Zimbabwe on cervical cancer and HPV, current screening methods and vaccination. *BMC Cancer*, 19(1), 845. <https://doi.org/10.1186/s12885-019-6060-z>
- Marek, E., Berenyi, K., Dergez, T., Kiss, I., & D'Cruz, G. (2016). Influence of risk-taking health behaviours of adolescents on cervical cancer prevention: a Hungarian survey. *Eur J Cancer Care*, 25(1), 57-68. <https://doi.org/10.1111/ecc.12332>
- Miller, K.A., Huh, J., Unger, J.B., Richardson, J.L., Allen, M.W., Peng, D.H., et al. (2015). Patterns of sun protective behaviors among Hispanic children in a skin cancer prevention intervention. *Prev Med*, 81, 303-308. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.09.027>
- Mohanty, S.S., & Mohanty, P.K. (2019). Obesity as potential breast cancer risk factor for postmenopausal women. *Genes Dis*, 8(2), 117-123. <https://doi.org/10.1016/j.gendis.2019.09.006>
- Momenimovahed, Z., & Salehiniya, H. (2019). Epidemiological characteristics of and risk factors for breast cancer in the world. *Breast cancer* (Dove Med Press), 11, 151-164. <https://doi.org/10.2147/BCTT.S176070>



- Motie, M.R, Taghizadeh, A., Pourali, L., Oshibnetaj, M., Hasanzadeh, E., Jarahi, L., et al. (2021). Breast cancer risk factors: a case-control study in Iranian women. *Middle East J Cancer*, 12(3), 439-446. <https://doi.org/10.30476/mejc.2020.83442.1168>
- Ntirenganya, F., Twagirumukiza, J.D., Bucyibaruta, G., Rugwizangoga, B., & Rulisa, S. (2021). Premenopausal breast cancer risk factors and associations with molecular subtypes: a case-control study. *Int J Breast Cancer*, 2021, 5560559. <https://doi.org/10.1155/2021/5560559>
- Oliveros-Wilches, R., Facundo Navia, H., Bonilla, A.D., & Pinilla Morales, R.E. (2021). Factores de riesgo para cáncer gástrico: ¿cuál es su papel? *Rev Colomb Gastroenterol*, 36(3), 366-376. <https://doi.org/10.22516/25007440.656>
- Organización Mundial de la Salud (2022a). *Salud del adolescente: situación mundial*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Organización Mundial de la Salud (2022b). *Cáncer: datos y cifras*. Ginebra: Centro de Prensa, Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Cáncer*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS). Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Organización Panamericana de la Salud (2018). *La salud de los adolescentes y jóvenes en la región de las Américas: la aplicación de la estrategia y el plan de acción regionales sobre la salud de los adolescentes y jóvenes (2010-2018)*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS). Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49545>
- Organización Panamericana de la Salud (2010). *Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y jóvenes 2010-2018*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Estrategia-y-Plan-de-Accion-Regional-sobre-los-Adolescentes-y-Jovenes.pdf>
- Parra-Soto, S., Petermann-Rocha, F., Martínez-Sanguinetti, M.A., Leiva-Ordeñez, A.M., Troncoso-Pantoja, C., Ulloa, N., et al. (2020). Cáncer en Chile y en el mundo: una mirada actual y su futuro escenario epidemiológico. *Rev Méd Chile*, 148(10), 1489-1495. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020001001489>
- Patel, P., & De, P. (2016). Trends in colorectal cancer incidence and related lifestyle risk factors in 15-49-year-olds in Canada, 1969-2010. *Cancer Epidemiol*, 42, 90-100. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2016.03.009>
- Peña-Torres, E., Osorio, D., Gamboa, O., Caporale, J., Augustovski, F., Alcaraz A. et al. (2019). Carga de enfermedad atribuible al uso de tabaco en Colombia y potenciales beneficios sanitarios y económicos del aumento del precio del cigarrillo mediante impuestos. *Rev Colomb Cancerol*, 23(4), 135-143. <https://doi.org/10.35509/01239015.31>

- Peña, Y., Maceo, M., Ávila, D., Utria, L., & Más, Y. (2017). Factores de riesgo para padecer cáncer de mama en la población femenina. *Rev Finlay*, 7(4), 283-289. <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v7n4/rf08407.pdf>
- Pitkäniemi, J., Heikkinen, S., Seppä, K., Ryyänänen, H., Ylöstalo, T., Eriksson, J.G., et al. (2020). Pooling of Finnish population-based health studies: lifestyle risk factors of colorectal and lung cancer. *Acta Oncol*, 59(11), 1338-1342. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2020.1789214>
- Ramírez, W., Padrón, J., Valero, M., & Díaz, B. (2019). Factores de riesgo modificables en pacientes con cáncer de mama. *Rev Finlay*, 9(2), 108-117.
- Renzi, C., Lyratzopoulos, G., Hamilton, W., & Rachet, B. (2019). Opportunities for reducing emergency diagnoses of colon cancer in women and men: a data-linkage study on pre-diagnostic symptomatic presentations and benign diagnoses. *Eur J Cancer Care*, 28(2), e13000. <https://doi.org/10.1111/ecc.13000>
- Sarmiento M.I., & Puerto, M. (2020). Risk factors for cervical cancer and Papanicolaou test in marginalized adolescents in Bogotá, Colombia. *Rev Cienc Salud*, 18(1), 37-51. <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8746>
- Scherübl, H. (2021). Excess body weight and gastrointestinal cancer risk. *Visc Med*, 37(4), 261-266. <https://doi.org/10.1159/000515444>
- Shetty, V., Kundapur, R., Chandramohan, S., Baisil, S., & Saxena, D. (2021). Dietary risk with other risk factors of breast cancer. *Indian J Community Med*, 46(3), 396-400. https://doi.org/10.4103/ijcm.IJCM_227_20
- Schwartz, L.A., Henry-Moss, D., Egleston, B., Patrick-Miller, L., Markman, E., Daly, M., et al. (2019). Preventive health and risk behaviors among adolescent girls with and without family histories of breast cancer. *J Adolesc Health*, 64(1), 116-123. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.07.011>
- Singini, M.G., Sitas, F., Bradshaw, D., Chen, W.C., Motlhale, M., Kamiza, A.B., et al. (2021). Ranking lifestyle risk factors for cervical cancer among black women: a case-control study from Johannesburg, South Africa. *PloS One*, 16(12), e0260319. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260319>
- Theme Filha, M.M., Leal, M.C., Oliveira, E.F., Esteves-Pereira, A.P., & Gama, S.G. (2016). Regional and social inequalities in the performance of Pap test and screening mammography and their correlation with lifestyle: Brazilian national health survey, 2013. *Int J Equity Health*, 15(1), 136. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0430-9>
- Tonani, M., & Carvalho, E.C. (2008). Cancer risk and preventive behavior: persuasion as an intervention strategy. *Revista Latino-Am Enfermagem*, 16(5), 864-870. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000500011>



-
- Ureña, M.J., Sánchez, R., Kivers G. Cerdas, D., & Fernández, V. (2021). Cáncer de piel: revisión bibliográfica. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos*, 5(5), 85-94. <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v5i5.347>
 - Whiteman, D.C., & Wilson, L.F. (2016). The fractions of cancer attributable to modifiable factors: a global review. *Cancer Epidemiol*, 44:203-221. <http://dx.doi.org/10.1016/j.canep.2016.06.013>
 - Wilson, L.F., Antonsson, A., Green, A.C., Jordan, S.J., Kendall, B.J., Nagle, C.M., et al. (2018). How many cancer cases and deaths are potentially preventable? Estimates for Australia in 2013. *Int J Cancer*, 142(4), 691-701. <https://doi.org/10.1002/ijc.31088>
 - Zinser-Sierra, J.W. (2019). Tabaquismo y cáncer de pulmón. *Salud Públ Méx*, 61(3), 303-307. <https://doi.org/10.21149/10088>

Tabla 1. Factores de riesgo y estilos de vida en adolescentes asociados con el cáncer de mama en la adultez

| Autores (año de publicación) | País del estudio | Tipo de estudio | Factor/es de riesgo | Estilo/s de vida |
|--|-------------------|--|--|---|
| A1: Bradbury <i>et al.</i> (2012) | Estados Unidos | Cualitativo | Sexo biológico (mujeres). Antecedentes familiares. Predisposición genética. Pubertad. Exposiciones ambientales a radiación o a productos químicos. | Patrón de comportamiento de seguimiento y detección (autoexamen de mama, mastografía). Dieta saludable. Ejercicio. |
| A2: Shwartz <i>et al.</i> (2019) | Estados Unidos | Descriptivo | Historia familiar de cáncer de mama. Consumo de alcohol y tabaco. Bajo consumo de frutas y verduras. | No describe. |
| A3: Theme Filha <i>et al.</i> (2016) | Brasil | Transversal-correlacional | Consumo de tabaco. | Patrón de comportamiento de seguimiento y detección (mamografía). Consumo de frutas y verduras. Actividad física. |
| A4: Makurofofa <i>et al.</i> (2019) | Zimbabue | Descriptivo-transversal | Desconocimiento sobre factores de riesgo y formas de detección. | Patrón de comportamiento de seguimiento y detección (autoexamen de mama). |
| A5: Bertori <i>et al.</i> (2019) | Brasil | Transversal-descriptivo | Historia familiar de cáncer de mama de familiares de primer y segundo grado. | Actividad física. Patrón de comportamiento de seguimiento y detección (autoexploración de mama y realización de mamografía). |
| A6: Linos <i>et al.</i> (2010) | Estados Unidos | Cohorte-prospectivo | Premenopausia. Consumo de carnes rojas en la adolescencia. Consumo de grasa poliinsaturada en la adolescencia. | Alimentación en la adolescencia. |
| A7: Frazier & Rosenberg (2013) | Estados Unidos | Revisión de estudios de cohorte prospectivos | Velocidad de crecimiento (estatura) de la niñez a la adolescencia en mujeres. Consumo de alcohol. | Alimentación en la adolescencia (alta ingesta de aceites vegetales, vitamina E y fibra, menos consumo de grasa animal, carnes rojas y alcohol). |
| A8: Joseph <i>et al.</i> (2014) | Trinidad y Tobago | Transversal-predictivo | Historia familiar de cáncer de mama. Antecedentes de enfermedades de mama. Nuliparidad. El aumento de la densidad mamaria. Premenopausia. | No se describe. |
| A9: Florath <i>et al.</i> (2016) | Australia | Casos y controles | Antecedente de delgadez en adolescencia e incremento de peso en edad adulta. | No se describe. |
| A10: Shetty <i>et al.</i> (2021) | India | Casos y controles | Consumo de grasas y carnes rojas. Ingesta de frutas crudas sin la limpieza adecuada (presencia de pesticidas). | Ingesta de fibras y verduras. |
| A11: Motie <i>et al.</i> (2021) | Irán | Casos y controles | Edad de menarquia y menopausia. Antecedentes familiares de cáncer no mamario. DMC: sobrepeso y obesidad. Anticonceptivos orales. | No describe. |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la revisión.

Tabla 2. Factores de riesgo y estilos de vida en adolescentes asociados con el cáncer cervicouterino en la adultez

| Autores (año de publicación) | País del estudio | Tipo de estudio | Factor/es de riesgo | Estilo/s de vida |
|--|------------------|---------------------------|--|--|
| A12: Marek <i>et al.</i> (2016) | Hungría | Descriptivo-transversal | Sexo biológico (mujeres). Desconocimiento del VPH. Comportamientos sexuales riesgosos. Consumo de alcohol y tabaco. | Uso del condón. Patrón de comportamiento de seguimiento y detección (examen ginecológico). Comportamientos preventivos: vacuna contra el VPH. |
| A13: Mapanga <i>et al.</i> (2019) | Zimbabue | Transversal | Desconocimiento sobre salud reproductiva. | Patrón de comportamiento de seguimiento y detección (examen ginecológico). |
| A3: Theme Filha <i>et al.</i> (2016) | Brasil | Transversal-correlacional | Consumo de tabaco | Patrón de comportamiento de seguimiento y detección. Toma de prueba de Papanicolaou. Consumo de frutas y verduras. Actividad física. |
| A14: Gatumo <i>et al.</i> (2018) | Kenia | Transversal-descriptivo | Bajo nivel educativo. Desempleo. | Patrón de comportamiento de seguimiento y detección (examen ginecológico de detección). |
| A4: Makurirofa <i>et al.</i> (2019) | Zimbabue | Descriptivo-transversal | Desconocimiento sobre factores de riesgo y formas de detección. | Patrón de comportamiento de seguimiento y detección (toma de la prueba de Papanicolaou). |
| A15: Singini <i>et al.</i> (2021) | Sudáfrica | Casos y controles | VIH. Nivel educativo bajo. Paridad de más de tres hijos. Uso de anticonceptivos hormonales. Consumo excesivo de alcohol. Tabaquismo. Residencia rural. | No describe. |
| A16: Sarmiento & Puerto (2020) | Colombia | Transversal-retrospectivo | Inicio temprano de relaciones sexuales (menor a 14 años). Número de parejas sexuales (2-10 parejas). No uso de preservativo. Tabaquismo. | Patrón de comportamiento de seguimiento y detección (examen ginecológico; toma de la prueba de Papanicolaou; educación sobre sexualidad). |
| A17: Beyene <i>et al.</i> (2021) | Etiopía | Casos y controles | Inicio temprano de relaciones sexuales (menor a 20 años). Tener más de una pareja sexual a lo largo de la vida. Tener una pareja que tenga otras parejas sexuales. | Patrón de comportamiento de seguimiento y detección (toma de la prueba de Papanicolaou; modificación de estilos de vida y comportamientos sexuales). |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la revisión.

Tabla 3. Factores de riesgo y estilos de vida en adolescentes asociados con el cáncer gastrointestinal en la adultez

| Autor/es (año de publicación) | País del estudio | Tipo de estudio | Factor/es de riesgo | Estilo/s de vida |
|-------------------------------------|------------------|-------------------------|--|---|
| A18: Levi <i>et al.</i> (2013) | Israel | Cohorte | IMC mayor o igual a 25. Bajo nivel socioeconómico. Baja escolaridad (en menores de 9 años). | No describe. |
| A19: Patel & De (2016) | Canadá | Registro epidemiológico | Edad de 15 a 28 años. Obesidad. Sedentarismo. | Alimentación y consumo de frutas y verduras. |
| A20: Alaa & Shah (2019) | Irak | Transversal | Bajo nivel educativo y desempleo. Antecedentes familiares de cáncer. Obesidad Consumo de tabaco y alcohol. | Ejercicio (actividad física) Comportamientos preventivos (uso medicina tradicional) Información nutricional. Patrón de comportamiento de seguimiento y detección. |
| A21: Tonari & Carvalho (2008) | Brasil | Descriptivo-transversal | Fumadores moderados con índices de largos periodos de tabaquismo. Historia anterior del paciente y familiares de cáncer. Edad mayor a 40 años (riesgo moderado). | Patrón de comportamiento de seguimiento y detección (colonoscopia, endoscopia, sangre oculta en heces para población igual o superior a 50 años). Dieta saludable rica en frutas, verduras, fibras y baja en grasa animal. |
| A22: Renzi <i>et al.</i> (2019) | Inglaterra | Cohorte | Antecedentes de enfermedad de intestino irritable y enfermedad diverticular. Cambios en los hábitos intestinales en los últimos uno o dos años (presencia de sangrado y estreñimiento). | No describe. |
| A23: Kamali <i>et al.</i> (2021) | Irán | Analítico | <i>Helicobacter pylori</i> | Vacuna profiláctica para personas con familiares en primera línea con cáncer colorrectal. Tamizaje para <i>Helicobacter pylori</i> . |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la revisión.

Tabla 4. Factores de riesgo y estilos de vida en adolescentes asociados con el cáncer pulmonar en la adultez

| Autor/es (año de publicación) | País del estudio | Tipo de estudio | Factor/es de riesgo | Estilo/s de vida |
|--|------------------|-------------------|---|--|
| A24: Carreras-Torres <i>et al.</i> (2017) | China | Analítico | Sobrepeso y obesidad. Tabaquismo. | No describe. |
| A25: Ding <i>et al.</i> (2021) | China | Analítico | Tabaquismo. | No describe. |
| A26: Pitkärniemi <i>et al.</i> (2020) | Finlandia | Cohorte | Tabaquismo activo y pasivo. | No describe. |
| A27: Wilson <i>et al.</i> (2018) | Australia | Corte transversal | Humo de tabaco y tabaquismo. Bajo consumo de frutas. | Consumo de frutas mayor a 300 g/día (~ dos raciones/día). No tabaquismo. |
| A28: Gredner <i>et al.</i> (2021) | Alemania | Analítico | Consumo de tabaco. | Implementación de políticas de control de tabaco (aumento de precios, publicidad). |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la revisión.

Tabla 5. Factores de riesgo y estilos de vida en adolescentes asociados con el cáncer de piel en la adultez

| Autor/es (año de publicación) | País del estudio | Tipo de estudio | Factor/es de riesgo | Estilo/s de vida |
|---------------------------------------|------------------|---------------------------|--|---|
| A22: Tonari & Carvalho (2008) | Brasil | Descriptivo-transversal | Historia anterior del paciente y familiares de cáncer. Piel clara. Exposición solar excesiva antes de los 18 años. Presencia de modificaciones en la piel. | No describe. |
| A29: Miller <i>et al.</i> (2015) | Estados Unidos | Cuasixperimental | Exposición prolongada a la luz solar sin protección alguna. | Las mujeres emplean medidas de protección solar con el uso de prendas de vestir (pantalones largos, camisas de mangas largas). Uso de sombrero. Uso de bloqueador solar. Hábitos familiares de protección solar desde la infancia. |
| A30: Haynes <i>et al.</i> (2020) | Australia | Observacional-transversal | Disminución de la cobertura corporal. Exposición solar prolongada sin protección (en parques, jardines, etc.). | Uso de protector solar. Protección del cuerpo con prendas de vestir. Uso de sombreros. Uso de anteojos. |
| A31: Aguirre <i>et al.</i> (2021) | Colombia | Casos y controles | La exposición solar recreacional o intermitente y el antecedente de quemadura solar a lo largo de la vida. | El uso de dos o más medidas de fotoprotección. |
| A32: Belbasis <i>et al.</i> (2016) | Grecia | Metaanálisis | Queratosis actínica, deficiencia de vitamina D sérica, quemaduras solares. Color de cabello para carcinoma basocelular. Densidad de pecas. Color de ojos. Antecedentes de melanoma. Quemaduras solares. Lesiones cutáneas premalignas. | Uso de protector solar para melanoma cutáneo. |
| A33: Domínguez y Celis (2018) | Cuba | Revisión integrativa | A menor fototipo de piel, mayor riesgo de padecer de carcinoma basocelular (CBC). | Estrategias de fotoeducación. Aplicación de fotoprotectores tópicos de amplio espectro (UVB y UVA) correctamente como complemento de los hábitos sanos frente al sol (factor de protección solar de 30 o más). |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la revisión.

MISCELÁNEA

Técnicas de Comunicación y Relación de Ayuda en Ciencias de la Salud. Un libro imprescindible para los profesionales de la salud

Communication Techniques and Help Relationship in Health Sciences. An essential book for health professionals

Técnicas de Comunicação e Relação de Ajuda em Ciências da Saúde. Um livro essencial para profissionais de saúde

José Siles^{1*}

^{1*} Escritor y catedrático de la 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). Alicante 03080.

Abstract: Jose Siles writes a review of Luis Cibanal's book (co-authors: María del Carmen Arce Sánchez & María del Consuelo Carballal Balsa): "Communication Techniques and Help Relationship in Health Sciences".

Keywords: Communication techniques; helping relationship; nursing; mental health.

Resumen: José Siles escribe una reseña sobre el libro de Luis Cibanal (coautores: María del Carmen Arce Sánchez & María del Consuelo Carballal Balsa): "Técnicas de Comunicación y Relación de Ayuda en Ciencias de la Salud".

Palabras clave: Técnicas de comunicación; relación de ayuda; enfermería; salud mental.

Resumo: José Siles escreve uma crítica ao livro de Luis Cibanal (co-autores): María del Carmen Arce Sánchez & María del Consuelo Carballal Balsa): "Técnicas de Comunicação e Relação de Ajuda em Ciências da Saúde".

Palavras-chave: Técnicas de comunicação; relação de ajuda; enfermagem; saúde mental.

Cómo citar este artículo: Siles, J. (2023). Reseña de Técnicas de Comunicación y Relación de Ayuda en Ciencias de la Salud. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(66). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.66.18>

Received: 20/01/2023

Accepted: 09/05/2023.



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

Luis Cibanal, Juan; María del Carmen Arce Sánchez & María del Consuelo Carballal Balsa (2022). *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud*. 392 p. Madrid: Elsevier



El profesor Luis Cibanal, junto con María del Carmen Arce Sánchez & María del Consuelo Carballal Balsa, vuelven a sorprendernos con una nueva edición de su, ya clásico libro, *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud*; la cual aparece en su cuarta edición publicado por la Editorial Elsevier.

Esta obra sigue siendo una herramienta indispensable para profundizar en las técnicas que favorecen una comunicación más humana, responsable y eficaz en el ámbito sociosanitario. En este manual los autores consiguen una excelente combinación entre teoría y práctica, y proporcionan recursos sencillos y eficaces tanto para afrontar con éxito las complejas situaciones humanas y de sufrimiento a las que se enfrentan diariamente los profesionales de la salud en su ejercicio como para favorecer la comprensión, la aceptación y la adhesión al tratamiento por parte de los pacientes.

Dirigida especialmente a los profesionales de la salud en ejercicio, también será de utilidad para los estudiantes de las distintas disciplinas de las ciencias de la salud interesados en aprender a establecer una comunicación y relación de calidad y efectiva.

Asimismo, y con el fin de crear una comunicación-relación más clara, transparente, humana y vivificante, con cualquier persona y situación, podemos aplicar todas estas técnicas humanistas a nuestra vida diaria (ya sea de pareja, familia, amigos, compañeros...). Esto hace que esta obra nos ayude a revisar y cuestionarnos cómo es nuestra comunicación-relación y el por qué hay con frecuencia tanta incomunicación o demasiadas interpretaciones sin clarificar, que nos llevan a una ruptura de la relación, porque no tengo en cuenta que: "lo que está claro para mí solo lo está para mí, y lo que está claro para ti sólo lo está para ti". Esto es debido, como sabemos, a que nuestra percepción de la realidad es

muy subjetiva, pues no sólo la captamos con nuestra mente sino también con nuestro estado emocional, a veces tan cambiante, y que si no hay un feedback y empatía, nos quedamos con nuestra percepción de la realidad, pensando y creyendo que es la verdadera, y no clarificamos si el otro ha comprendido realmente cómo nosotros captamos la realidad, ni nosotros nos esforzamos por ver y verificar cómo mi interlocutor capta la realidad.

A modo de síntesis, estas son las características más destacadas de la obra:

- Aborda la naturaleza y los detalles de la comunicación humana, así como la relación de ayuda en sus fases y la relación grupal.
- Incorpora tres capítulos nuevos:
- “La comunicación con el paciente: aspectos teórico- prácticos” que resume las cuestiones fundamentales en la relación con los pacientes.
- Algunas consideraciones generales sobre la importancia de la adherencia al tratamiento, aborda el por qué muchos de los pacientes o nosotros mismos no aceptamos o seguimos muchas veces los tratamientos que nos presentan los profesionales de la salud.
- “Comunicación y relación de ayuda por teléfono”, que aborda algunas de las situaciones urgentes y límite, como las vividas durante la pandemia de COVID 19, en la atención telefónica.
- Prioriza la perspectiva de la comunicación centrada en el paciente y la importancia de tener siempre en cuenta su contexto (social, cultural, emocional...), el cual hace que cada persona es única en la forma de vivir y situarse ante los problemas de la vida. Cada uno lleva su “Mochila” personal de vivencias, sufrimiento, incomprensiones, educación, maneras de captar y comprender la vida o la realidad ... y sin saber ni conocer la carga pesada que lleva en esta mochila, nos atrevemos a juzgar, criticar, condenar, etc.
- Incluye numerosos ejemplos que contextualizan los conceptos teóricos.
- Asimismo, cuenta con un práctico y útil apartado dedicado a preguntas de de autoevaluación.

En definitiva, se trata de una obra esencial de referencia para todos aquellos profesionales de la salud interesados por las técnicas de comunicación y la humanización de los cuidados.