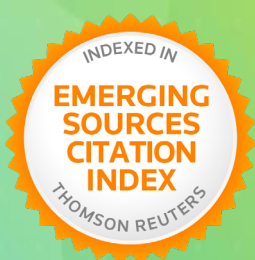


Revista de Enfermería y Humanidades

ASOCIACIÓN DE HISTORIA Y ANTHROPOLOGÍA DE LOS CUIDADOS



CULTURA DE LOS CUIDADOS

3º Cuatrimestre 2023. Año XXVII N°67



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

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



SUMARIO

Editorial

- Historia y epistemología en un matrimonio feliz. Teorías de enfermería desde una perspectiva histórica

Fenomenología

- El cuidado desde la visión sensible en la unidad de choque
- Experiencia vivida durante el climaterio por mujeres de una zona rural de Asientos, Aguascalientes
- El tiempo de juego del niño se revela durante una sesión de juego dramático terapéutico
- Albólógica sine die: De vivencias que habitan memorias donde sub-siste la figura y la obra de Francisco Herrera-Rodríguez (1957-2023)
- Aprendizaje generado a partir de la pandemia COVID-19 en enfermeras
- Cuidado de la familia al niño en una Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica
- El papel de los aliados para el desarrollo en respuesta a la pandemia de Covid-19 en Timor Leste

Historia

- Cuidados en la Cataluña rural de postguerra. José Quílez, practicante de Almenar
- Una Historia Social de la corporeidad: del cuerpo físico al cuerpo vivido
- Prácticas de enfermería en la reeducación profesional de los soldados en la Casa Pía de Lisboa durante la Primera Guerra Mundial
- Los cuidados enfermeros de San Juan de Dios según el Modelo de las necesidades humanas de Henderson
- Discapacidad, agencia y asistencia en dos cartas de Plinio el Joven: Corelio Rufo (Ep. 1.12) y Domicio Tulo (Ep. 8.18)
- Un encuentro inesperado: evocando a José María Arguedas durante su paso por la Asistencia Pública de Grau
- Historia de la anticoncepción y planificación familiar: una revisión narrativa

Antropología

- Teoría y práctica del cuidado cultural: un recorrido desde el aula a las practicas asistenciales
- El consumo colectivo de alcohol en jóvenes: un estudio cualitativo con perspectiva de género
- Cultura kosher y judía estadounidense en "Indignación" de Philip Roth
- El lugar del racismo en la enfermería brasileña: una revisión integradora de la literatura
- Análisis de la teoría de la diversidad y universalidad del cuidado cul-tural de Madeleine Leininger
- La configuración sociocultural de la enfermedad desde el lente de una comunidad rural en Colombia

Teoría y Método

- Vulnerabilidad en mujeres víctimas de trata desde un enfoque sociocrítico enfermero: Salud, Derechos Humanos y Objetivos de Desarrollo Sostenible
- El modelo Precede-Procede: un marco contextual para la salud comuni-taria en entornos educativos
- Reportes de casos clínicos de pacientes tras revascularización miocár-dica basado en la Teoría de Enfermería de Medio Rango para la Reha-bilitación Cardiovascular
- Manifestaciones dermatológicas en trastornos nutricionales en la infancia
- Fundamentos metodológicos utilizados en el debriefing que fortalecen el logro de competencias en los estudiantes de enfermería

Miscelánea

- Reseña de Pasión por la enfermería de Ana L. Velandia Mora
- Ingreso en la Academia de Enfermería de la Comunidad Valenciana de José Siles

CINAHI
Accesible via EBSCO

DOAJ
DIRECTORY OF OPEN ACCESS JOURNALS



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



EDITORIAL

Historia y epistemología en un matrimonio feliz. Teorías de enfermería desde una perspectiva histórica

History and epistemology in a happy marriage. Nursing theories from a historical perspective

História e epistemologia num casamento feliz. As teorias de enfermagem numa perspetiva da história.

Paulo Joaquim Pina Queirós^{1*}

¹ Pós-doutorado em Ciências de Enfermagem. Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra-Portugal. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E). Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1817-612X>. Correo eletrónico: pauloqueiros@esenfc.pt

*Correspondencia: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Avenida Bissaya Barreto (Polo A) s/n, 3004-011 Coimbra – Portugal.

Cómo citar esta editorial: Queirós, P. (2023). Historia y epistemología en un matrimonio feliz. Teorías de enfermería desde una perspectiva histórica. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(67). <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.26451>

Received: 11/07/2023

Accepted: Editorial invitada.



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

Abstract: Analysis of the evolution of nursing theories considering the contexts and evolutionary sequence leads to the consideration of the disciplinary construction of nursing as a science resulting from a historical path.

Keywords: Nursing; history of nursing; nursing theory

Resumen: En el análisis de la evolución de las teorías de enfermería considerando los contextos y la secuencia evolutiva lleva a considerar la construcción disciplinar de la enfermería como una ciencia resultante de un recorrido histórico.

Palabras clave: Enfermería; história de la enfermería; teoria de enfermería.

Resumo: Análise da evolução das teorias de enfermagem considerando os contextos e a sequência evolutiva conduz à consideração da construção disciplinar da enfermagem enquanto ciência resultante de um percurso histórico.

Palavras-chave: Enfermagem; história da enfermagem; teoria de enfermagem.



É comum afirmar-se que a enfermagem é antiga. Em bom rigor seria preferível afirmar-se que a prática de cuidar é antiga. Quando se refere enfermagem já pressupõe a existência de atividade profissionalizada. Diríamos de forma mais acertada que sendo o cuidar da essência da condição humana, sempre houve quem cuida-se de outrem. Certo que a certa altura esta atenção dirigida sobre o outro foi-se diferenciando e concentrando como atividade de algumas pessoas. Por isso encontramos, senão antes, a figura de *infirmarius* nos costumeiros medievais.

Também sabemos que a designação enfermagem surge pela primeira vez na língua portuguesa, e seguramente em outras línguas será similar, na transição do século XIX para o século XX. Só nesse momento, o nível de diferenciação do trabalho dos enfermeiros e enfermeiras impulsionou o aparecimento da designação coletiva de enfermagem. Só então estamos perante a profissionalização, momento em que verificamos o surgir das primeiras escolas formais, o aumento significativo do número de efetivos, uma maior regulação e diferenciação da atividade. É significativo o aparecimento de escolas porque corresponde à necessidade de ensinar de forma disciplinada os conhecimentos práticos acumulados ao longo de séculos de atividade de enfermeiros e enfermeiras. Ganha consistência a disciplina de enfermagem. Mais tarde o seu desenvolvimento atinge níveis de diferenciação que permitem as construções teóricas sobre o seu fazer, surgindo teorias e modelos, dando-se início a um processo de afirmação científica.

O que queremos afirmar é que a cronologia, a um tempo, em grandes intervalos cronológicos, permite seguir o desenvolvimento da atividade de cuidar, da ocupação de enfermeiros e enfermeiras, da profissionalização da enfermagem, do disciplinar de saberes, do nascimento da disciplina e da ciência de enfermagem.

Até ao fim do primeiro milénio temos atividades de cuidar, e desde o início do segundo milénio temos a identificação clara de enfermeiros e en-



fermeiras, em enfermarias, a cuidar de enfermos. A acumulando de conhecimentos práticos que se têm de disciplinar, deu origem à disciplina de enfermagem, e isso, num momento concomitante com o acelerar da profissionalização, que ocorre na transição do século XIX para o século XX. Tudo ligado, tudo encadeado, numa teia complexa, como complexos são todos os fenómenos sociais.

Na consideração do tempo histórico, em períodos mais curtos, verificamos o processo de afirmação da enfermagem como ciência ao longo do século XX e na transição para o século XXI. Movimento este não separado, mas interligado com o movimento de profissionalização. Quando temos a profissionalização da enfermagem consolidada, temos a ciência de enfermagem em forte desenvolvimento e a consolidar-se. Algo que pudemos situar nos finais do século XX e inícios do século XXI.

Uma visão diacrónica e sincrónica permite ter uma perspetiva histórica sobre o desenvolvimento da atividade de cuidar dos enfermeiros e enfermeiras, da profissionalização do seu trabalho e do surgir da enfermagem, do disciplinar de saberes e do surgimento da ciência de enfermagem. Ao ter esta perspetiva histórica conseguimos aproximar-nos da perceção das dificuldades, dos caminhos, das possibilidades e dos constrangimentos da enfermagem como profissão, como ciência. Da enfermagem atual onde profissão e ciência são um todo inseparável, não fazendo mais sentido falar dicotomicamente, de enfermagem como profissão e enfermagem como ciência, mas somente enfermagem.

Analisando o surgir das conceções teóricas da enfermagem e o seu progredir, com as lentes da história, socorrendo-nos dos conceitos operatórios de diacronia e sincronia, percebemos três aspetos: a riqueza da construção teórica disciplinar; o acelerar da construção teórica em poucas décadas; o acompanhamento da teoria de enfermagem, passo a passo, com a evolução de conceções do homem, da sociedade, da saúde e da ciência.



O mesmo é dizer, não analisando cada teoria ou modelo per si, mas num seguimento cronológico, numa visão diacrónica, em que esta ou aquela teoria só seria possível na sequência estabelecida. E na sincrónica em que cada uma só surge em função do entrelaçado concetual dos contextos específicos, disciplinares e interdisciplinares.

O vasto desenvolvimento teórico da enfermagem, ciência de enfermagem, ao longo do século XX e especialmente nos finais e na transição para o século XXI, proporciona leituras explicativas da evolução da disciplina de enfermagem. Desenvolvimento agrupado: em estádios para Kidd e Morrison (1988); em fases segundo Meleis (1997) e Kim (2010); ou pela evolução das correntes do pensamento em enfermagem por paradigmas conforme Kérouac et al. (1994) e Parse (1995).

Para Kidd e Morrison (1988) o desenvolvimento da teoria de enfermagem aconteceu por cinco estádios: conhecimento silencioso; conhecimento recebido; conhecimento subjetivo; conhecimento de procedimentos; conhecimento construído. Segundo Meleis (1997), a progressão da disciplina de enfermagem ocorre por quatro fases: prática; educação e administração; investigação; desenvolvimento da teoria de enfermagem. Também considerando que o conhecimento em enfermagem evolui por fases, Kim (2010) conceptualiza: fase de declaração da independência; fase formativa; fase reformativa; fase de diversificação.

De outra forma Parse (1995) categorizou as várias teorias de enfermagem em dois paradigmas básicos, o paradigma da totalidade e o paradigma da simultaneidade. Já para Kérouac et al. (1994), a evolução dá-se também por paradigmas com a seguinte designação: paradigma da categorização, paradigma da integração e paradigma da transformação. Estamos perante a noção de sequência cronológica com mudanças concetuais que permitem identificar para uns, evoluções, com a designação de estádios e fases, para outros ruturas, como sejam as mudanças de paradigma.



Penso ser particularmente relevante a classificação da evolução em paradigmas proposta por K erouac et al. (1994), sobretudo atribuo valor   diferenciação entre o paradigma da integração e o paradigma da transformação. Paradigmas sequenciais que revelam e traduzem uma mudança conceitual profunda nas teorias de enfermagem, ruptura paradigmática (Kuhn, 2021), que acompanha as mudanças sociais nas concep es do homem, da sociedade, da saúde e da assistência.

As teorias das diversas escolas inscritas por K erouac et al. (1994) no paradigma da integração refletem uma visão do homem como objeto de cuidados, a necessitar de satisfa o das suas necessidades quando não o consegue por si só, a ser ainda objeto de cuidados para suprir deficits de autocuidado, com o fornecimento de autocuidado terap utico por parte dos enfermeiros. A visão do ser humano como ser de necessidade, holístico, e uma visão dos cuidados unidirecional, paternalista, do enfermeiro para o doente ou paciente, pretendendo prevenir a doença e restabelecer a saúde.

Sequencialmente, no paradigma da transformação a atitude do enfermeiro é de parceria, bidirecional. A pessoa não é um objeto de cuidados, mas um parceiro, onde o homem é considerado um ser de potencialidades até ao final da vida. Seguindo Ricoeur (2014), a pessoa será inevitavelmente constituída tanto por fragilidades e vulnerabilidades, como por capacidades e recursos (i.e., Homo capax), e a sua natureza mais do que holística é complexa, acompanhando o pensamento da complexidade de Edgar Morin (2008). Agora, sobre o sujeito de cuidados pretende-se não só prevenir a doença e restabelecer a saúde, mas também garantir o bem-estar.

De um paradigma ao outro, surge, como refere Tomás (2021), numa visão não determinista, a necessidade de conhecer os fen menos, e cita Rebelo (2014): "pelo seu dentro e não pelos factos nem pelas determina es objetivas (...). A situa o, para além da realidade concreta, é uma realidade referida a um sentido, sentido esse atribuído pelos sujeitos no decorrer da sua existência" (p. 25). No paradigma da integração o que conta é o observado, objetivamente colhido, no utente, na pessoa, no doente. No paradigma da



transformação o pensamento de enfermagem valoriza muito mais o referido pelo utente, pela pessoa, pelo doente. É toda uma diferença que nos permite introduzir a discussão entre ciências médicas e ciência de enfermagem.

As mudanças nas escolas do pensamento em enfermagem de um paradigma para o outro percebem-se, entendem-se, não numa análise de cada teoria per si, mas na sequência temporal ligada a contextos concretos, que beneficiam sobretudo dos construtos teóricos neles produzidos. Por exemplo, o conceito de bem-estar surge nas teorias de enfermagem, e só podia surgir, após o movimento da psicologia positiva. A noção de suprir deficits de autocuidado ou satisfazer necessidades é superada pelo conceito do cuidar integral.

Diacronia e sincronia, temporalidade e contexto, tão essencial para percebemos a evolução do pensamento teórico da enfermagem e de forma geral da ciência de enfermagem. A história e a epistemologia num casamento feliz.

BIBLIOGRAFÍA

Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., Major, F. (1994). *La pensée infirmière*. Laval-Québec: Éditions Études Vivants.

Kuhn, T. (2021). *A Estrutura das Revoluções Científicas*. Lisboa: Guerra e Paz, Editores, Ld.

Kidd, P., & Morrison, E.F. (1988). The progression of knowledge in nursing research: A search for meaning. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 222-224.

Kim, H.S. (2010). *The Nature of Theoretical Thinking in Nursing*. 3ªed. New York: Springer Publishing Company.

Meleis, A. I. (1997). *Theoretical nursing: Development and progress*. 3th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott.

Morin, E. (2008). *Introdução ao Pensamento Complexo*. 5ªed. Lisboa: Instituto Piaget.

Parse, R. R. (ed.) (1995). *Illuminations: The human becoming theory in practice and research*. New York: National League for Nursing Press.

Rebelo, M. T., Dos S. (2014). O regresso à vida quotidiana após a experiência de uma situação-limite. *Pensar Enfermagem*. 14(1) 58-66.



Cultura de los Cuidados. 3º Cuatrimestre 2023. Año XXVII. nº 67

Ricouer, P. (2014). *O si-mesmo como outro*. São Paulo: WMF Martins Fontes.

Tomás, M. A. R. (2021). *O regresso à vida quotidiana após o primeiro internamento em psiquiatria. A experiência vivida*. Tese de doutoramento em enfermagem UL/ESEL. Disponível: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/58257/1/scnd740786_td_Margarida_Tom%C3%A1s.pdf.



FENOMENOLOGÍA

El cuidado desde la visión sensible en la unidad de choque

Care from the sensitive vision in the shock unit

Cuidados com a visão sensível na unidade de choque

Cleotilde Garcia-Reza¹, Suleyca E. Jiménez-Alcantara², Ivonete Teresinha Schulter Buss Heidemann³, Elizabeth Sosa Garcia⁴, Michelle Kuntz Durand⁵ & Kamila Soares Maciel⁶

¹Doutora em Enfermagem. Professor da Facultad de Enfermería y Obstetricia, Department of Nursing in Investigation, Autonomous University of State of Mexico, Toluca, Mexico Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6598-861>; Correo electrónico: cgar0506@yahoo.com.mx

²Enfermeira de la secretaria de salud de México, colaborador del cuerpo académico. Universidad Autónoma del Estado de México, Estado de México, México. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1218-1497>; Correo electrónico: sej.sec.mx@gmail.com

³Doutora em Enfermagem. Professor do Departamento e Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PEN)-Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC, Santa Catarina, Brasil.. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6216-1633>; Correo electrónico: ivoneteheideman@gmail.com

⁴Psicóloga, Maestra en ciencias de la salud, Universidad Autónoma del Estado de México. Estado de México, México. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5933-9103>; Correo electrónico: elisosa-86@hotmail.com

⁵Doutora em Enfermagem. Doutora em Enfermagem. Professor do Departamento Enfermagem -Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC, Santa Catarina, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3660-6859>; Correo electrónico:michakd@hotmail.com

⁶Graduanda de Enfermagem - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis Santa Catarina, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0793-1508>; Correo electrónico: kmaci153@gmail.com

***Correspondencia:** Cleotilde Garcia-Reza. Department of Nursing in Investigation, Autonomous University of State of Mexico, Toluca, Mexico.

Correo electrónico de contacto: cgar0506@yahoo.com.mx

Cómo citar este artículo: Garcia-Reza, C., Jiménez-Alcantara S.E., Heidemann,I,T,S,B., Garcia, E,S., Durand, M,K., Maciel, K,S. (2023). El cuidado desde la visión sensible en la unidad de choque. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(67). <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.18838>

Received: 11/05/2023

Accepted: 27/09/2023



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



Abstract: Objective: To understand the perception of the nurses who work in the Shock Unit about care during fibrinolytic therapy. Method: Qualitative study, Ethnographic approach, according to ethno-nursing, of Leininger's theory. Thirty-four nurse practitioners participated in a shock unit for adults of a Mexican general hospital. The data were obtained through a semi-structured interview, participant observation, it opted for the content analysis that allowed the elaboration of the categories that facilitated the understanding the data. Results: The analysis revealed the themes: An experience in the time of the other, the scientific and humanistic with a light on the paradigmatic path; opportunity from the nature of life and care from the sensitive vision of my human side. Conclusion: human care is perceptible by belief, motivated from the experiences lived in intensive care units, in this scenario it is necessary to promote hospital cross-cultural studies, due to the scientific wealth of nursing interventions in the shock unit, that strengthens cares like a light on the road.

Keywords: Nursing cares; thrombolytic therapy; nursing; critical care.

Resumen: Objetivo: comprender la percepción de las enfermeras que actúan en la Unidad de choque en relación a cuidado durante la terapia fibrinolítica. Método: Estudio cualitativo, de aproximación Etnográfico, según la etnoenfermería, de la teoría de Leininger. Participaron 34 enfermeras actoras en una unidad de Choque para adulto de un hospital general mexicano. Los datos se consiguieron a través de entrevista semi-estructurada, observación participante, se optó por el análisis de contenido que permitió la elaboración de las categorías que facilitarían la comprensión de los datos. Resultados: El análisis reveló los temas: Una experiencia en el tiempo del otro, lo científico y humanístico con una luz en el camino paradigmático; oportunidad desde la naturaleza de la vida y el cuidado desde la visión sensible mi lado humano. Conclusión: es perceptible el cuidado humano por la creencia, motivada desde las experiencias vividas en las unidades de terapia intensiva, en este escenario se requiere impulsar estudios transculturales hospitalarios, por la riqueza científica de las intervenciones de enfermería en la unidad de choque, eso fortalece los cuidados como una luz en el camino.

Palabras clave: Atención de enfermería; terapia trombolítica, enfermería; cuidados críticos.

Resumo: Objetivo: compreender a percepção dos enfermeiros que atuam na Unidade de Choque em relação aos cuidados durante a terapia fibrinolítica. Método: estudo qualitativo, abordagem etnográfica, segundo a etnoenfermagem, da teoria de Leininger. 34 enfermeiras atores participaram de uma unidade de choque para adultos de um hospital geral mexicano. Os dados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada,



observação participante, optou-se pela análise de conteúdo que permitiu a elaboração das categorias que facilitaram a compreensão dos dados. Resultados: A análise revelou os temas: Uma experiência no tempo do outro, o científico e o humanístico com uma luz no caminho paradigmático; oportunidade da natureza da vida e cuidado da visão sensível do meu lado humano. Conclusão: o cuidado humano é perceptível pela crença, motivado a partir das experiências vividas em unidades de terapia intensiva, neste cenário é necessário promover estudos transculturais hospitalares, devido à riqueza científica das intervenções de enfermagem na unidade de choque, o que fortalece se preocupa como uma luz na estrada.

Palavras chaves: Cuidados de enfermagem; terapia trombolítica; enfermagem; cuidados intensivos.

INTRODUCCIÓN

Las Enfermedades cardiovasculares se han posicionado con el 80% de las defunciones, primera causa de muerte a nivel mundial, en países en vías de desarrollo y en desarrollo. En México, según; la Secretaria de Salud, 2019, México, 2020; Magallon, González, 2014) reportó una incidencia 67.23%, con 57,948 personas que presentaron infarto agudo al miocardio; en el grupo de edad de 25 a 44 años, ello muestra el problema de salud pública, requiere intensificar las actividades de cuidado, enfocada a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Organización Mundial de la salud, 2019).

En este sentido, a medida que nos adentramos a este problema de salud pública, debido al incremento de la diabetes mellitus e hipertensión arterial, obesidad, dislipidemia, la isquemia y necrosis. Al disminuir el aporte sanguíneo al corazón (Coll, Yanier, Francisco, 2016), requieren de cuidados en una terapia intensiva, durante las primeras 12 horas es necesaria la terapia fibrinolítica para lograr la perfusión tisular miocárdica, con la ministración de enzimas, degradan los trombos, restaurando la circulación y el aporte de oxígeno de la isquemia desde los primeros 15 minutos hasta 6 horas posteriores a su administración, reestableciendo la función ventricular para reducir la mortalidad hasta un 25% (Magallon, González, 2014; Hernández-Guerra, González-Alonso, Marrero-Silva, Mora-Hernández, Villafuerte-Reinante, Rodríguez-Gómez, 2019; Martínez, Gort, 2015).



El cuidado holístico en la terapia intensiva durante la terapia fibrinolítica, el cliente distingue al ser bipsicolosocial que sobrepasa la enfermedad, el alma, el cuerpo, con la interrelación enfermera-paciente, desde la mirada usualmente constituida por las experiencias, conocimientos y cuidados humanísticos. De tal forma que la enfermera de una terapia intensiva enfoca al ser social, que vive con una cardiopatía, en la unidad de choque, es un período presente, pero también futuro, la enfermera está, en condiciones de cuidar al ser social subjetivo y objetivo. Sin olvidar, que reconocen que siente incerteza y miedo, pero su hacer científico retoma la imprescindible responsabilidad propia de la enfermera y actúa sin demora, ante ese suceso cada vez más frecuente en la unidad de choque (James, Oparil, Carter, 2014; Romero, Cueva-Arizab, Jover-Sanchoa, Delgado-Del, Lara, 2018).

El cuidado genera conocimiento ético desde la experiencia profesional, con una perspectiva holística en sus estilos de vida, principios, valores, del contexto para orientar el razonamiento crítico del cuidado otorgado por las enfermeras, Según Leininger, 2002, el cuidado se documenta, conoce y explicar lo diverso y lo universal para descubrir los puntos de vista émic, tal como se creen y se aplican. Al emplear estos conocimientos en el cuidado durante esta terapia, explica el cuidado sensible de rasgos comunes o universales de esta terapia (Mendoza-Rocha, Torres-Briones, Rincón López, Urbina-Aguilar, 2015; Durán, 2009).

Los puntos de vista desde las creencias de la persona con infarto agudo al miocardio se encuentran en un vértice, como un acto complejo que distingue sensaciones, sentimientos. Es ahí, en ese momento, el sentir de la enfermera que proporciona un cuidado humanizado, se hace presente, y trata de comprender el sentido filosófico del cuidado cultural, en la unidad de choque, la enfermera de la terapia intensiva reconoce, que no hay muros de separación, entre la percepción de la enfermera y la percepción del usuario, en el momento de enfrentar un acontecimiento vital de riesgo inminente de muerte (Andrechuk, Ceolim, 2015; Duque, Castellanos, Buitrago, 2014; Achury, & Pinilla, Alvarado, 2015).



Las evidencias muestran, los fenómenos humanos son inseparables, por la experiencia del ser social con el pensamiento, desarrollado dentro del contexto que subyace durante el cuidado. Y es en ese momento que el ser social deposita toda su confianza en quien le cuida, en esos momentos tan críticos de su existir, se deja ver la borde del ser social que le cuida y le guía por ese escenario hospitalario en la terapia intensiva, jamás recorrido, y nunca vivenciado, este suceso imprevisto con tal adversidad de la vida, son apreciables con un espíritu de fe, ante lo incontrolable, pero tan palpable a la vez, que le genera miedo, estrés para cuidar del otro, y significa una (Mendoza-Rocha, Torres-Briones, Rincón López, Urbina-Aguilar, 2015; Carlinha, & Fatinha, 2015).

El profesional de enfermería de la unidad de choque, es el primer contacto con la persona que presenta dolor torácico agudo, es indicativo de la existencia de un infarto agudo al miocardio, debe ser tratado de forma inmediata con terapias de reperfusión, mientras que la angina precisa una evaluación más detallada antes de aplicar un cuidado específico definitivo. El manejo debe ser para reestablecer la perfusión miocárdica con rapidez, misma que determinara la supervivencia del paciente y la presencia de complicaciones (Martínez, Gort, 2015; Borja, Stefan, Stefan, et al, 2017).

Por eso, es deseable compartir otros estudios, relacionados a la temática que nos articula, en la literatura se indaga, existen pocos estudios relacionados con el método etnográfico, por tanto, son pocos los estudios cualitativos con este método, y bajo este enfoque de cuidado.

Bajo esta reflexión, decidimos plantear el siguiente objetivo: Comprender el sentido del cuidado de enfermería durante la terapia fibrinolítica en la unidad de choque en un hospital de tercer nivel de atención médica en el Estado de México.

MÉTODO

Es un estudio descriptivo etnográfico, cualitativo, basado el método etnográfico, así como etnoenfermería propuesto por Leininger, 2002 por su



carácter holístico, los informantes claves fueron el foco de observación para las entrevistas básicamente, al contrastar y verificar la información en esos contextos de cuidado la enfermera se posesiona en su autonomía que permean en sus actos reflexivos para el cuidado cultural.

La etnografía enfoca el símbolo de las creencias, valores y prácticas para proporcionar el cuidado al paciente durante la terapia fibrinolítica con una percepción antropológica, social y de la profesión.

La muestra fue conformada por los relatos y expresiones de las 34 enfermeras informantes actoras en una unidad de Choque para adulto de un hospital general mexicano, bajo los siguientes criterios.

Con criterios de inclusión: enfermeras con grado académico de general, licenciatura y especialidad, adscritas al servicio de urgencias, con rotación por unidad de choque, con una antigüedad mínima de un año, enfermeras con código laboral de especialistas, de base, regularizadas y de contrato. Se excluyeron enfermeras en rol suplente, de vacaciones e incapacidad.

La introducción al campo de trabajo fue el primer paso para recolectar la información, los primeros días se trabajó para la búsqueda de las informantes claves, se escogieron por su experiencia específica sobre el tema de interés.

Previo a la solicitud del campo de trabajo para realizar la investigación, el departamento de enseñanza emitió la autorización, posteriormente se efectuaron las entrevistas, en la sala de descanso, para disminuir los distractores en un ambiente de cordialidad y confianza, con una duración aproximada de 60 minutos, durante cinco meses.

Las entrevistas fueron aplicadas en el periodo de Junio-noviembre de 2018. Se usó la técnica de la observación participante, para integrar la categorización de datos con la técnica de colorimetría, ubicando en un procesador de textos las principales palabras que refieren los relatos. Para efectuar la entrevista y su grabación, se solicitó el consentimiento informado conforme al principio de la autonomía, basado en la voluntad, la información



y la comprensión del personal de enfermería que participaron en la investigación, de acuerdo a Ley General de Salud en sus artículos 2 (fracción VII) y 100 (fracción IV), referentes a la investigación científica y tecnología en salud. Considerando los aspectos éticos, beneficios, riesgos, privacidad, anonimato y confidencialidad. (Ley general de salud México, 2014)

Esta participación en el medio hospitalario contribuyó a reducir la reactividad de las enfermeras y llegar a sentir en sus espacios más cómodas con la presencia de los investigadores. También se procede a observar de forma reflexiva, los relatos, en los diversos momentos de las actividades participativas. Este proceso se llevó a cabo cuando se confirmó los hallazgos con los informantes, proceso reflexivo a través la primera fase del análisis; consistió en recolectar, registrar y describir los relatos. En esta etapa, las observaciones, entrevistas y experiencias participativas, surgieron interpretaciones preliminares. La segunda etapa se identificó los dominios desde la perspectiva émica. En la tercera etapa se contrastó e identificó la taxonomía para descubrir la saturación de ideas y patrones recurrentes, en etapa cuatro se concretaron las categorías principales

Finalmente, el grupo de enfermeras expresó la percepción sobre el cuidado, a partir de la información como proceso de codificación inductiva, con el análisis de la comprensión crítica- reflexiva para obtener las categorías.

RESULTADOS

De las 34 enfermeras entrevistadas el 33% con grado académico de enfermera General, 33% con licenciatura, el 17% con especialidad en terapia intensiva y 17% Maestría, un promedio de antigüedad de 6 ± 2 años, con un promedio de edad 28 ± 6 años, todas mujeres.

El hospital como escenario cultural corresponde a una institución pública, espacio físico donde las enfermeras interactúan con el paciente con alteraciones cardíacas en la unidad de choque, contexto de obtención de datos de los informantes.



Lo científico y humanístico con una luz en el camino paradigmático

A partir de las voces de las enfermeras, ellas, narran el cuidado, como una estructura de cuidado, que formula una articulación para proporcionar ese cuidado, pero a la vez, reduce, el dolor, pero el riesgo es palpable, es latente, también el riesgo de muerte inminente. Ese cuidado científico es una luz a la vida humana con científicidad, bajo un paradigma científico, para ser distinguido tal como lo expresan los siguientes relatos:

Yo lo percibo como la columna vertebral en la atención de la persona, el conocimiento y lo humano (s1).

La responsabilidad pilar de tus habilidades y conocimientos, te da luz, cuando ese ser que cuido, lo miro que tiene dolor, miedo, al riesgo inminente de muerte, me contagia, claro, como la columna con su armónica estructura de irradiantes nervios, debidamente conectados (s3).

El cuidado es tu fortaleza, la luz de tu camino, es importante, porque realmente es necesario, las intervenciones de enfermería, pues depende de un acceso venoso funcional, monitorización oportuna y oxigenación, ante ese ser que se muestra, indefenso (s5).

Percibo su manejo hemodinámico, y el tratamiento están descritos en la guía de práctica clínica, es mi luz el conocimiento, científico, que combinado con mi practica es una Luz, si eso (s6).

Pues, lo más importante, como enfermera, es proporcionar el cuidado, con intervenciones de enfermería enfocadas en la recuperación del paciente, con un paradigma científico, que siempre guía ese cuidado (s11).

Percibo el cuidado como un acto de luz, que nace del conocimiento, para que podamos proporcionar al paciente intervenciones de enfermería enfocadas en la recuperación del paciente que ha sufrido un infarto (s12).

Una Luz en mi cuidado cotidiano, esa luz, guía mi cuidado ante mi paradigma cotidiano en la unidad de choque con científicidad (s34).



Podemos ver que las informantes muestran y reconocen los cuidados que proporcionan como un acto de luz, pero también surgen emociones ante el sufrimiento de ser social al que cuida, en esos contextos la enfermera actúa en de un complejo hospitalario donde se envuelve dos seres sociales bajo un paradigma de cientificidad.

Una experiencia en el tiempo del otro

El sentido la experiencia al cuidar del otro, la enfermera rige su hacer durante la convivencia con la persona, con experiencia y ciencia del saber hacer. Pero en el curso del cuidado durante la terapia fibrinolítica, permite generar el conocimiento desde el punto de vista sociocultural, pues el otro señala la necesidad de la supervivencia ante el riesgo inminente de muerte, es el tiempo del otro, pero que fluye también en el tiempo de la enfermera. Esta categoría está fundamentada en los siguientes relatos:

Es importante el tiempo, el del otro, así reducimos tiempos de atención, de miedo, de dolor y estrés ante el cuidado humano de enfermería, es el tiempo del otro, sin duda son su emoción (s1).

Realizo el cuidado de acuerdo con el tiempo del otro, eso es, con la experiencia emerge el cuidado, el sentido de la vida, fuente inagotable del ser, adquieres conocimiento, ese es mi ser enfermera (s2).

Actuamos con conocimiento, con ética y sobre todo con el pensamiento crítico de las decisiones que produces, eso permite mostrar mi experiencia, el tiempo de mi paciente es mío, pero también del otro ser social (s3).

Es conforme a la experiencia que vas aprendiendo a hacer las cosas, y poco a poco, ese es sentido de experiencia (s27).

(...) poco a poco hago mi propio protocolo, siempre guiándome de lo establecido, pero la experiencia te va ayudando a ver de diferente forma las cosas (s9).



A través de los relatos expresados por las enfermeras, es evidente la diversidad y la universalidad, que se respalda en las pautas culturales de los paradigmas de cuidado, pero también esas vivencias son significativas para la toma de decisiones, considerando los principios éticos para el otro ser social que se cuida, desde esta dimensión es relevante reconocer la cultura en este proceso de vida, salud y muerte, como una trilogía coherente de relaciones que interactúan con las creencias, valores y necesidades en la vida del uno y del otro, dada por esa interacción subjetiva.

Oportunidad desde la naturaleza de la vida

Estos relatos muestran el sentido del cuidado como una oportunidad de vida, con gran responsabilidad donde sustenta la base de creencias y valores de forma sensible contemplan su realidad ante la persona. Al manifestar su sentir, angustia y miedo a la muerte, es en ese momento que se desarrolla, la consciencia del cuidado cotidiano, y esas prácticas de cuidado se manifiesta en los siguientes relatos.

Significa una oportunidad de vida para una persona si se le da el tratamiento inmediato. Para que una terapia sea exitosa, debemos de tener los conocimientos y las habilidades necesarias para poder proporcionar el cuidado (s2).

Es de gran importancia, pues nos ayuda a reducir el nivel de mortalidad del paciente, dándole los cuidados necesarios (s3).

Desde el punto de vista metodológico, es posible reconocer este vínculo de dos seres sociales, que los une un punto de diálogo, entre el sentir y el pensar, estas miradas en un marco de conflicto les da una oportunidad de vida, en los momentos perceptivos, donde se identifican y analizan los cuidados, en un proceso de explicación, discusión y de aceptación del uno y del otro.

El cuidado desde la visión sensible mi lado humano



La disciplina de enfermería comprende la epistemología del saber enfermero, mediante la integración de conocimientos, experiencias, valores y creencias, enfocados en la conceptualización personal de la vocación. En donde la enfermera desarrolla fortalezas para aceptar sus necesidades científicas y humanistas para brindar cuidados a las personas, que llega a la unidad de choque.

No soy muy sensible, pero procuro que los pacientes tengan confianza en nuestro equipo de trabajo... También debe ser con valores y profesionalismo. Y que nuestras experiencias vallan retroalimentando la atención con cada paciente (s1).

Al principio me daba miedo, porque no sabía qué hacer, ni que respuestas esperar del paciente durante la terapia, pero poco a poco fui aprendiendo... y he mejorado mi habilidad (s4).

Me visualizo como una persona preparada para actuar cuando sea necesario... por eso me entusiasma el poder ayudar a las personas en cuanto lo requieran (s5).

Me gusta aprender algo que no conozco, soy sensible al estar involucrada directamente con los pacientes que se trombolizan, me hace sentir muy competente para seguir adelante (s8).

A partir de estos encuentros con las enfermeras, emergieron emociones sensibles, reconociendo el lado humano, que muestra su fragilidad, eso les hace consientes de un desenlace frente a la enfermedad, aun consiguen la resignificación del cuidado en términos de un trombo, que coagula la vida y la precipita hasta el grado de morir, ante esta incerteza el profesional de enfermería muestra su lado sensible frente al sufrimiento del otro.

DISCUSIÓN

En esto discursos se destaca el conjunto de cuidados de enfermería, con visión estructural y social, se asemeja a la columna vertebral, pues, esa estructura armónica y radiante, muestra las vivencias durante la terapia fibrinolítica, cuando afrontan el dolor del usuario, a través de experiencias, los



cuidados terapéuticos guían a las enfermeras, además de contar con habilidad para la toma de decisiones ante un trombo, que paraliza el corazón y el dolor inminente (Bautista, Arias, Carreño, 2016; Coll, Valladares, González, 2016) es ahí donde nace la iluminación que introducen saberes del cotidiano de un cuidado humano, inseparable y propio del hombre, el corazón como centro espiritual, con sus propias prácticas, creencias, valores y tradiciones, estos relatos encierran significados ligados entre sí, entre lo que las enfermeras perciben, pero también lo que ellas sienten frente a esta vivencia, ya que envuelve su ser social, pero también el del otro que se encuentra a su cuidado terapéutico por un trombo que intercepta la vida (García, Estrada, Gallegos, Antuna, 2015; Sánchez, Marina, Blanca, 2013; Fernández, Ana, Curbelo; 2016; Castrillon, 2015).

Esto evidencia la dificultad para asemejar el cuidado, lo que es válido para unos, para otros no lo son, bajo una dimensión transcultural⁹, con la lente de la reflexión crítica y analítica, se puede instituir paradigmas de cuidados culturales basado en necesidades de ser social que se cuida, desde la luz del saber ser y hacer con un paradigma que ilumina el camino de la enfermera con su experiencia, ellas, reconocen sus propias formas de cuidado, emanado del conocimiento científico, como una guía para ofrecer un cuidado más humano y real al contexto de ese ser social, tal avance en la disciplina, es un elemento esencial en la toma de decisiones al cuidar a una persona, en un contexto de la terapia intensiva para desarrollar un importante legado de símbolos y significados de cuidado (Busher, Daniel, 2015 ;Bautista Rodríguez, Velandia, & Carreño Leiva, 2016).

Las consideraciones presentadas se acompañan de un juicio clínico derivado de la experiencia, en los contextos hospitalarios, para formular reflexiones clínicas, centrado en un razonamiento de experiencia a partir de significados y prácticas, desde sus modos de pensar y sentir, para preservar, y negociar el cuidado, derivado de la postura filosófica del cuidado, en este sentido la experiencia cotidiana en el ser y hacer de la enfermería en la unidad de choque con la tecnología, se apoya para otorgar cuidados, pero no con tecnología los cuidados son humanos(Instituto mexicano del seguro social, 2018), se hacen en muros de hierro, con olor a tecnología, distante de



lo humano, es así que se construye el conocimiento desde su estructura social, donde es imprescindible el dialogo, lo que constituye el enlace principal al estar en el mundo, para otorgar el cuidado al otro, por eso enfermería necesita desarrollar estrategias para dominar la competencia cultural en el ámbito hospitalario, para evitar los choques culturales (Rodríguez-Jiménez, Cárdenas-Jiménez, Pacheco-Arce, Ramírez-Pérez, 2014; Dominguez, 2017).

Al cuidar un corazón, a la enfermera, le genera conflictos por la riqueza generacional del ser humano, pero también constituye una oportunidad de distinguir los valores, formas de vida y tradiciones que lo habilita en su condición de salud humana (Rodríguez-Jiménez, Cárdenas-Jiménez, Pacheco-Arce, Ramírez-Pérez, 2014; Dominguez, 2017). Sin embargo, ante esta terapia, la enfermera también enfrenta la muerte de forma sensible, por el hecho cultural que le impulsa a comprender la naturaleza del ser social que cuida con afección cardíacas durante la terapia fibrinolítica, antes, durante y después de ministrarla, en este sentido, se reconoce la percepción y la significación, no existen muros de separación, discurren los fenómenos humanos inseparables en donde la experiencia, el pensamiento y los valores son una oportunidad para interpretar los sentimientos, y las expresiones al otorgar un cuidado durante el proceso de salud o enfermedad de los informantes (Ferreira, 2014).

Es así como la enfermera se posesiona en un cuidado cultural, pero le capacita para distinguir acciones humanísticas y científicas de acuerdo con las necesidades fisiológicas, espiritual y social, de una persona que vive con alteraciones del corazón, un trombo o un coagulo que fulmina la vida, desde su ingreso a la unidad de choque hasta el retorno a su vida fuera del hospital. Por eso, un reencuentro con su entorno y su nueva situación de salud con la visión del otro, el ser que se cuida, eso le da sentido a la experiencia de vida de estas enfermeras, sobre la salud- enfermedad, en el cotidiano de su ser y hacer, para luego dominar e incorporar esa oportunidad a sus saberes en el cuerpo como contexto de actuación del cuidado para la enfermera (Michel, Lenardt, 2013; Briñez, Karol, Muñoz, 2016).



El mayor reto para la profesión de enfermería es adaptarse y cubrir las necesidades de las personas, según su visión psicológica, social, física, humanística y científica, donde las creencias, valores y modos de vida, influyen en las formas de pensamiento crítico y reflexivo. Con conciencia sensible y aceptación de los valores propios que desencadenan dudas, miedos y prejuicios que afectan el desarrollo integral del cuidado. Leininger (Briñez, Karol, Muñoz, 2016), otorga la transcendencia de formarse, conocer y comprender el ser de la enfermera como una oportunidad de crecimiento profesional y la construcción del conocimiento que transcurre en contextos socioculturales específico (Michel, Lenardt, 2013; Vargas Cárdenas, F., & Sanmiguel, 2019).

Las interacciones sensibles del ser social holístico, atributo para otorgar el cuidado generacional. Para ello, al investigar se identifican puntos de vista para el análisis de los valores, expresiones y creencias sobre el cuidado a la salud y la enfermedad (Busher, Daniel, 2015). Desde donde se proporcionan cuidados culturalmente congruentes durante el episodio del paciente en la terapia fibrinolítica. La conciencia profesional de la enfermera, como una guía de acción que favorece el pensamiento crítico mediante una valoración sistemática de la persona, con infarto agudo al miocardio, ella, valora los cambios experimentados en el proceso vital y las necesidades que manifiestan durante el procedimiento. Es aquí donde la comunicación, toca emociones sensibles a fin de aproximarse a sus vivencias y al mismo tiempo el profesional de enfermería puede diferenciar el cuidado requerido basado en esas necesidades según sus creencias y hábitos.

El cuidado cultural de enfermería en terapia fibrinolítica, esta visión invariable desde la mirada humanista y ontológica, permea un punto de convergencia; el diálogo entre el qué cuida y a quién cuida, para resignificar el cuidado cultural a partir de su experiencia en este contexto hospitalario (Rodríguez-Jiménez, Cárdenas-Jiménez, Pacheco-Arce, Ramírez-Pérez, 2014)



CONCLUSIONES

El perfil académico de estas enfermeras en el contexto de la unidad de choque permite ampliar el panorama epistemológico del ser y hacer de la enfermera. Esta investigación reveló que la experiencia y el conocimiento subyace el sentido crítico para cuidar al ser social con alteraciones coronarias, además, el pensamiento reflexivo, allí se compromete para comprender y reaprender la dualidad del cuidado durante el acto terapéutico, compromiso como expertas para hacer suyos esa transformación de cuidados con contenidos culturales.

De esta forma, las creencias y valores son una oportunidad de la persona que requiere un cuidado. La enfermera responde al juicio clínico, así, justifica el cuidado, como acción práctica y simbólica en la comprensión del otro, a partir de su punto de vista con una competencia ante las personas con una diversidad cultural.

Al desarrollar el cuidado basado en el punto de vista filosófico que la disciplina otorga sobre el proceso salud-vida, emerge el conocimiento ante la ocurrencia del cuidado sensible, en relación con el sentir de ese grupo de enfermeras, en su hacer cotidiano compromete a la enfermera a permear el aporte epistemológico desde la Teoría de Leininger.

Es necesario impulsar estudios transculturales hospitalarios, por la riqueza científica que aportan, desde la elaboración, adaptación e implementación de protocolos en la intervención de enfermería de acuerdo con las necesidades epistemológicas de cada ser social, sin dudar será visible a la mirada del otro.

BIBLIOGRAFÍA

Achury, D., Pinilla, M., & Alvaado, H. (2015). Aspects that facilitate or interfere in the communication process between nursing professionals and patients in critical state. *Invest Educ Enferm*, 33(1), 102-111.



Andrechuk, C. R. S., & Ceolim, M. F. (2015). Sleep Quality in Patients with Acute Myocardial Infarction. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24(4), 1104-1111. <https://doi.org/10.1590/0104-0707201500002970014>

Bautista Rodríguez, L. M., Arias Velandia, M. F., & Carreño Leiva, Z. O. (2016). Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Revista CUIDARTE*, 7(2), 1297. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.330>

Betancourt, B. (2015). Madeleine Leininger and the Transcultural Theory of Nursing. *The Downtown Review*, 2(1), 1.

Borja, I., Stefan, A. (2018). ESC Scientific Document Group, 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC), *European Heart Journal*. 39 (2), 119–177. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>

Briñez-Ariza, K. J. B., & Muñoz de Rodríguez, L. M. de. (2016). Experiencias de cuidado cultural en personas con diabetes y el contexto familiar, con enfoque Leininger. *Cultura de los cuidados*, 0(45), 81-90. <https://doi.org/10.14198/cuid.2016.45.09>

Carlinha, C.P.C.L., Fatinha, F.H. (2015). Etnografía en la investigación en enfermería: una revisión integrativa. *Cultura de los cuidados*. (40), 99-106. <https://doi.org/10.7184/cuid.2014.40.13>. Access on 10 Jan 2021.

Castrillón Chamadoira, E. (2015). La enfermera transcultural y el desarrollo de la competencia cultural. *Cultura de los Cuidados*, 42. <https://doi.org/10.14198/cuid.2015.42.11>

Coll Muñoz, Y., Valladares Carvajal, F., & González Rodríguez, C. (2016). Infarto agudo de miocardio. Actualización de la Guía de Práctica Clínica. *Revista Finlay*, 6(2), 170-190.

Domínguez Mon, A. (2017). Los cuidados de la salud en personas que viven con diabetes: Enfoque etnográfico antropológico y perspectiva de género. *Salud Colectiva*, 13, 375-390. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1156>

Duque Páramo, M. C., Castellanos Soriano, F., & Buitrago García, C. (2014). La investigación cualitativa en enfermería en Colombia (1990-2010). *Enfermería Global*, 13(36), 208-222.

Durán Villalobos, M. M. D. de. (2009). Marco epistemológico de la enfermería. *Aquichan*, 2(1), Article 1. Recuperado de <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/17>

Fernández Araque, A., Cuairán Sola, M., & Curbelo Rodríguez, R. (2016). Calidad de vida profesional de enfermería en urgencias de un hospital de referencia. *Enfermería Global*, 15(42), 376-385.

Ferreira-González, I. (2014). Epidemiología de la enfermedad coronaria. *Revista Española de Cardiología*, 67(2), 139-144.



García Avendaño, D. J., Estrada Ochoa, Ma. C., Gallegos Alvarado, M., & Antuna Canales, A. B. (2015). Efectividad del modelo de cuidado de enfermería para la familia de paciente con infarto agudo al miocardio en la unidad de cuidados intensivos. *Revista CUIDARTE*, 6(1), 923. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.166>

Hernández-Guerra, Y., González-Alonso, J., Marrero-Silva, I., Mora-Hernández, C., Villa-fuerte-Reinante, J., & Rodríguez-Gómez, A. (2019). Presencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en población supuestamente sana en Cienfuegos. *Revista Finlay* 9(2), 147-151. Recuperado de <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/654> Access on 12 Dez 2020.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2018). *Intervenciones de enfermería en la atención del adulto con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. Guía de Referencia Rápida: Guía de Práctica Clínica*. México: CENETEC; 2018. Instituto Mexicano del Seguro Social. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/672GER.pdf>

James, P. A., Oparil, S., Carter, B. L., Cushman, W. C., Dennison-Himmelfarb, C., Handler, J., Lackland, D. T., LeFevre, M. L., MacKenzie, T. D., Ogedegbe, O., Smith, S. C., Svetkey, L. P., Taler, S. J., Townsend, R. R., Wright, J. T., Narva, A. S., & Ortiz, E. (2014). Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*, 311(5), 507. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.284427>

Leininger, M. (2002). Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3). <https://doi.org/10.1177/10459602013003005>

Ley General de Salud. (2014). *Ley General de Salud. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984*. México: Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. <https://www.uv.mx/saisuv/files/2014/08/Ley-General-de-Salud.pdf>

Magallón, M., & González García, N. (2014). *Temas selectos de Urgencias* (3ra ed.). México: Prado.

Martínez Cabrera, M., & Gort Hernández, M. (2015). Factores de riesgo en pacientes hipertensos en el Hospital Patacamaya, La Paz. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 19(5), 938-947.

Mendoza Rocha, S., Torres Briones, M., Rincon López, J., & Urbina Aguilar, B. (2015). Percepción sobre la atención de enfermería en una unidad de cuidados intensivos. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 23(3), 149-156.

CENETEC. (2020). *Intervenciones de enfermería en la atención del adulto con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. Guía de Referencia Rápida: Guía de Práctica Clínica*. México. México: CENETEC. Recuperado de: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>



Michel, T., & Lenardt, M. H. (2013). O trabalho de campo etnográfico em instituição de longa permanência para idosos. *Escola Anna Nery*, 17, 375-380. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000200024>

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Enfermedades cardiovasculares*. Recuperado de <https://www.who.int/es/health-topics/hypertension/cardiovascular-diseases>

Rodríguez-Jiménez, S., Cárdenas-Jiménez, A., Pacheco-Arce, A., & Ramírez-Pérez, M. (2014). Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. *Enfermería Universitaria*, 11(4), 145-153.

Romero,G.; Cueva-Arizab,M.; Jover-Sanchoa,C.; Delgado-Del,V.F.P.; Lara,P.M.J.(2018). El cuidado invisible. Necesidades psicoemocionales del paciente crítico en Unidades de Cuidados Intensivos. *Ética De Los Cuidados*. Recuperado: <http://ciberindex.com/c/et/e11388..>

Sánchez Sanabria, M., & Rondón Contreras, B. J. (2013). La diversidad cultural en los procesos de formación académica de enfermería requiere el manejo de la ética pedagógica, la corresponsabilidad y un pensamiento mediador. *Enfermería Global*, 12(29), 147-157.

Vargas Cárdenas, F., & Sanmiguel, F. A. (2019). Práctica del profesional de enfermería en salud reproductiva: Una mirada etnográfica. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 8(1), 35-47. <https://doi.org/10.22235/ech.v8i1.1797>



Experiencia vivida durante el climaterio por mujeres de una zona rural de Asientos, Aguascalientes

Climacteric experience of women in a rural area of Asientos, Aguascalientes

A experiência vivida das mulheres numa zona rural de Asientos, Aguascalientes durante o período climatérico

Elizabeth Valtierra Reveles^{1*}, Diana I. Montañez Plascencia², Fátima G. Ramírez de la Torre³, Andrea S. Martínez Ruvalcaba⁴, Athziri B. Rodríguez Torres⁵ & Ramiro Altamira Camacho⁶

¹Departamento de Enfermería. Benemérita Universidad Autónoma de Aguascalientes. Adscripción: "Grupo Nodal Transdisciplinario para la Investigación en Salud, Cuidado y Tecnología G-NTISCyT". Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1278-4992>; Correo electrónico: elizabeth.young61@gmail.com

²Departamento de Enfermería. Benemérita Universidad Autónoma de Aguascalientes. Adscripción: "Grupo Nodal Transdisciplinario para la Investigación en Salud, Cuidado y Tecnología G-NTISCyT". Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0395-0349>; Correo electrónico: dmontanezplascencia@gmail.com

³ Departamento de Enfermería. Benemérita Universidad Autónoma de Aguascalientes. Adscripción: "Grupo Nodal Transdisciplinario para la Investigación en Salud, Cuidado y Tecnología G-NTISCyT". Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8006-8336>; Correo electrónico: gabyrtorre@outlook.com

⁴Departamento de Enfermería. Benemérita Universidad Autónoma de Aguascalientes. Adscripción: "Grupo Nodal Transdisciplinario para la Investigación en Salud, Cuidado y Tecnología G-NTISCyT". Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3772-2878>; Correo electrónico: sof211677@gmail.com

⁵Departamento de Enfermería. Benemérita Universidad Autónoma de Aguascalientes. Adscripción: "Grupo Nodal Transdisciplinario para la Investigación en Salud, Cuidado y Tecnología G-NTISCyT". Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1032-7763>; Correo electrónico: al236141@edu.uaa.mx

⁶Departamento de Enfermería. Benemérita Universidad Autónoma de Aguascalientes. Adscripción: "Grupo Nodal Transdisciplinario para la Investigación en Salud, Cuidado y Tecnología G-NTISCyT". Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-3403-6901>; Correo electrónico: ramiro.altamira@edu.uaa.mx

Cómo citar este artículo: Valtierra Reveles, E., Montañez Plascencia, D.I., Ramírez de la Torre, F.G., Martínez Ruvalcaba, A.S., Rodríguez Torres, A.B., & Altamira Camacho, R.M. (2023). Experiencia vivida durante el climaterio por mujeres de una zona rural de Asientos, Aguascalientes. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(67). <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.22798>

Received: 07/05/2023

Accepted: 03/09/2023



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



***Correspondencia:** Benemérita Universidad Autónoma de Aguascalientes. Adscripción: "Grupo Nodal Transdisciplinario para la Investigación en Salud, Cuidado y Tecnología G-NTISCyT".

Correo electrónico de contacto: elizabeth.young61@gmail.com

Abstract: Introduction: Nursing care seeks the integrity of the person in all spheres of development and thus improves quality of life. Objective: To know the experience of women who are in the climacteric stage and who live in a rural area of the municipality of Asientos, Aguascalientes. Methodology: Qualitative study with Heidegger's hermeneutic phenomenological approach. Seven women participated. Seven phenomenological interviews were conducted for the collection of information to guarantee the quality of the study. Results: The interviews lasted approximately 40 minutes. Nine units of meaning were obtained, which were divided into two groups: ontic and ontological. The ontic meaning units included: ignorance of climacteric as a stage of life, distress in climacteric and medical care during climacteric. The other group includes the ontological meaning units: sexual desire in darkness, absence of a partner, the family world and the climacteric period, transcendence in the climacteric period, and suffering in the climacteric period. Conclusion: Climacteric women have an influence on the sociocultural environment, repetitive patterns and scarce knowledge of the subject.

Keywords: Life Changing Events; Primary Health Care; Climacteric; Nurses; Gender Role.

Resumen: Introducción: El cuidado de enfermería busca la integridad de la persona en todas sus esferas de desarrollo y con ello mejora calidad de vida. Objetivo: Conocer la experiencia que tienen las mujeres que cursan la etapa del climaterio y que viven en zona rural del municipio de Asientos, Aguascalientes. Metodología: Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico hermenéutico de Heidegger. Participaron 7 mujeres. Para la recolección de la información se realizaron siete entrevistas fenomenológicas, para garantizar la calidad del estudio. Resultados: Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 40 minutos. Se obtuvo 9 unidades de significado, las cuales se dividieron en dos grupos: óntico y ontológico. En las unidades de significado óntico se incluyó: desconocimiento del climaterio como etapa de la vida, angustia en el climaterio y atención médica durante el climaterio. El otro grupo abarca las unidades de significado ontológico integrado por: el deseo sexual en tinieblas, ausencia de compañero, el mundo familiar y el climaterio, trascendencia en el climaterio, sufrimiento en el climaterio. Conclusión: Las mujeres climatéricas tienen una influencia sobre el entorno sociocultural, patrones repetitivos y conocimientos escasos del tema.

Palabras clave: Acontecimientos que Cambian la Vida; Atención Primaria de Salud; Climaterio; Enfermeras y Enfermeros; Rol de Género.



Resumo: Introdução: Os cuidados de enfermagem procuram a integridade da pessoa em todas as esferas de desenvolvimento e assim melhorar a qualidade de vida. Objectivo: Descobrir a experiência das mulheres na fase climatérica da vida que vivem numa zona rural do município de Asientos, Aguascalientes. Metodologia: Estudo qualitativo com a abordagem fenomenológica hermenêutica de Heidegger. Sete mulheres participaram. Foram realizadas sete entrevistas fenomenológicas para recolher a informação, a fim de garantir a qualidade do estudo. Resultados: As entrevistas duraram aproximadamente 40 minutos. Foram obtidas nove unidades de significado, que foram divididas em dois grupos: ontico e ontológico. As unidades de significado ôntico incluíam: ignorância do climatério como fase da vida, angústia no climatério e cuidados médicos durante o climatério. O outro grupo compreende as unidades de significado ontológico: desejo sexual na escuridão, ausência de parceiro, o mundo familiar e o climatério, transcendência no climatério, sofrimento no climatério. Conclusão: As mulheres climatéricas são influenciadas pelo ambiente sócio-cultural, padrões repetitivos e fraco conhecimento do assunto.

Palavras-chave: Eventos que Mudam a Vida; Cuidados de Saúde Primários; Climatério; Enfermeiros; Papel do Género.

INTRODUCCIÓN

El climaterio es una etapa normal en la vida de la mujer, pero existen factores condicionantes como: el IMC, hábitos de consumo de cigarrillo, alcohol, enfermedades pre existentes que determinan las manifestaciones clínicas que pueden ser leves, moderadas y grave que dan como resultado una ecuación explosiva entre los aspectos biopsicosociales que se exteriorizan con consecuencias significativas. Dicho período se inicia alrededor de los 40 años y finaliza a los 60 años. (Muñoz et al, 2020).

El climaterio, comprende todo el período de reducción de hormonas ováricas, abarcando los años de la transición entre la vida reproductiva y no reproductiva de la mujer. Es importante mencionar que la menopausia suele presentarse en un periodo que se caracteriza por algunas complicaciones propias de la edad, por lo que frecuentemente es asociada con problemas que en realidad no tienen relación con el cese de la actividad hormonal, sino con el inicio del envejecimiento. Lamentablemente, la imagen negativa de la mujer en el climaterio en las sociedades occidentales, hace



que haya una tendencia a atribuir a la menopausia problemas que pueden tener otras causas. (Marvan Garduño, 2017).

Este proceso de cambios es interpretado como el inicio de su declive vital, debido a que la mujer experimenta dichos cambios antes, durante y después de la menopausia. Es decir, constituye un período de transición, de carácter involutivo en el que desaparecen las menstruaciones al tiempo que aparecen signos de des feminización, asociada a una disminución en la producción de hormonas sexuales (estrógenos y progestágenos), caracterizado por la pérdida de la capacidad reproductiva y la aparición de una serie de síntomas ligados a esa deficiencia hormonal, sumado a cambios físicos, emocionales y socioculturales. (Muñoz et al, 2020).

Como consecuencia de lo antes mencionado la OMS refiere que más de 8 millones de mujeres mueren como consecuencia de enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares debido al envejecimiento. Estudios científicos han demostrado la presencia de diversas patologías durante el climaterio, lo que ha motivado a investigadores y personal de salud, ahondar en este importante tema, que conlleven a la mujer a mejorar su estilo de vida. (Marvan Garduño, 2017). Toda experiencia es propensa a ser estudiada, comprendida, interpretada; para poder interpretar que se requiere conocer la experiencia misma desde la perspectiva del ser humano, sin embargo, esta experiencia no es una mera descripción, conlleva que el ser humano ya llevó a cabo un proceso de introspección para comprenderse dentro de esa experiencia, tal situación le permite comprender el mundo que es parte de él (Guerrero, 2019).

Por otro lado, la experiencia vivida es lo que acontece en el ser humano en su cotidianidad, todo lo que acontece es un fenómeno; de ahí que se pueda abordar con una visión fenomenológica (Guerrero, 2019). La presente investigación busca responder a la incógnita de cómo es vivido el entorno sociocultural de las mujeres, con mayor enfoque en la etapa del climaterio. Dentro de la perspectiva de Heidegger, fenómenos pueden ser , el cuidado como cura favorece que los considerados dentro de esta razón de ser. Al notar deficiencias importantes en la información acerca de este tema



en una zona rural, se plantea que es indispensable abordar a las mujeres en zonas vulnerables a la ignorancia de un tema de suma importancia y universal, como lo es el climaterio. Con lo anterior, se pretende que el lector tenga información acerca de esta etapa que ha sido estereotipada, con la finalidad de crear conciencia para que las mujeres que están cerca de la menopausia sean aceptadas por la sociedad en lo general, y por ellas mismas en particular.

MATERIAL Y MÉTODOS

Investigación de tipo cualitativa con enfoque en la fenomenología existencialista hermenéutica propuesta por Martín Heidegger. Ya que, el diseño fenomenológico tiene la ventaja de centrarse en una amplia gama de fenómenos que pueden ser de naturaleza social, cultural, psicológica, espiritual o fisiológica (Altamira, de la Cruz, 2022); esta investigación se realizó con el objetivo de interpretar la experiencia que viven durante la etapa del climaterio las mujeres que viven en una zona rural. Para ello se entrevistaron a 7 mujeres pertenecientes al municipio de Asientos, Aguascalientes, que, durante el desarrollo de la investigación ya hayan cursado por la etapa del climaterio.

Para la recolección de información se empleó la entrevista fenomenológica, que consiste en un acercamiento entre el entrevistador con el entrevistado, con el fin de crear un panorama (Altamira, de la Cruz, 2022). La guía de entrevista fue diseñada por los investigadores, en esta, la pregunta detonadora para conseguir la información deseada fue “hay un momento en la vida de todas las mujeres, que le pasó a mi abuela, a mi mamá y de seguro me pasará a mí, en el cual disminuye la capacidad para tener hijos, a esto se le conoce como climaterio. En su caso, ¿Cómo ha vivido el climaterio?”. Esta, acompañada de otras preguntas de conducción.

En esta investigación se usó el tipo de muestreo no probabilístico Cadenas de referencia; y el tamaño de la muestra se determinó a través de la



técnica de saturación de la información, que es el punto crítico en el que el investigador no ha encontrado nuevos datos en los grupos o sujetos investigados (Altamira, de la Cruz 2022). Las entrevistas se llevaron a cabo en el periodo de enero a febrero del año 2022, y tuvieron una duración máxima de 48 minutos, donde se buscó recolectar la mayor información posible, para después realizar la transcripción palabra por palabra cada una de estas. Posteriormente se hizo el análisis artesanal de datos mediante el paradigma metodológico de la fenomenología hermenéutica (Altamira, de la Cruz 2022), Este enfoque está orientado a la descripción e interpretación de las estructuras fundamentales de la experiencia vivida, al reconocimiento del significado del valor pedagógico de esta experiencia. (Fuster, 2019) y la triangulación de datos entre los investigadores para la obtención de los resultados finales.

Normativas éticas y legales: El protocolo de investigación fue aprobado por la Academia de investigación del Departamento de Enfermería del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, con el código AEI-10-21, ya que cumplió con los criterios básicos para poder continuar con el proceso. Debido a que la investigación se llevó a cabo bajo las especificaciones de la Ley General de salud, en su artículo 100, correspondiente a las bases de investigaciones con seres humanos, las participantes dieron su aprobación para participar, a través de la firma de un consentimiento informado para poder utilizar los datos proporcionados, cuidando en todo momento su confidencialidad.

RESULTADOS

Se realizaron 7 entrevistas a mujeres dentro de la zona rural de Asientos, Ags en un rango de edad de 47 a 63 años de edad sobre su experiencia vivida durante el climaterio, todas de religión católica y de las cuales 4 estaban casadas y 3 separadas, dedicadas al hogar en excepción a una comerciante.

En base a estas entrevistas se realizó una transcripción para facilitar la extracción y comprensión de los datos de importancia que le dieron validez



a nuestra investigación, los cuales fueron interpretados en 9 unidades de significado.

Desconocimiento del climaterio como etapa de la vida

Las mujeres no conocían el concepto de climaterio, el cual es un cambio hormonal normal con consecuencias físicas y psicológicas o emocionales. Para la mayoría resultó ser algo nuevo y malo a su vez, desconocían la verdadera causa de su sentir, como abrumadas, tristes o enojadas sin alguna razón, por lo que interpretaron esta fase como una maldición. La información que ellas obtenían era a través de vivencias propias y ajenas a ellas.

“...muchas cosas no las conoce uno, sino que las va uno conociendo conforme va uno viviendo...” (Celeste)

“...en realidad las vamos conociendo porque, nuestras mamás, como ya son personas mayores, nunca nos explicaron que era...” (Celeste)

“...por comentarios de otras personas supe que era porque estoy entrando en la menopausia, pero si lo ignoraba...” (Verde)

“...no, ni yo sabía que era, yo nomas estaba trabajando y de repente estaba llorando y estaba a sude y sude...” (Lula)

“...fue un tiempo en el que, como que lo tomábamos como una maldición, porque todas fuimos dejadas, entonces sufríamos todas nuestras penas...” (Azul)

Un mundo entre mujeres

Años atrás, platicar sobre el climaterio o cualquier otro tema relacionado a la menstruación era visto como prohibido, tonterías que no debían ser mencionadas. Actualmente resulta ser un poco diferente, las mujeres que fueron entrevistadas recalcaron lo importante que es tener la disposición y confianza dentro de sus familias para poder platicar sobre este tipo



de temas y así evitar que las mujeres de nuevas generaciones, como los son hijas, nueras o nietas pasen por la misma situación que ellas.

“...luego mis compañeras de edad, mis primas o mis familiares más mayores que yo me dicen ¿Que tú no te sientes así? o ¿No te duele la cabeza? o ¿No te enojas mucho? ...” (Celeste)

“...pues yo trato, como muchas cosas ellas me las dicen (sus hijas), no mira, es que yo leí esto, ya entonces yo les digo, ellas me dicen lo que ellas leyeron o lo que saben pues más formalmente...” (Celeste)

“... y entre nosotras nos apoyábamos. Mi hermana y yo si nos platicábamos, pero cuando mi mamá nos descubría platicando, nos decía: -no platiquen tonterías...” (Azul)

El mundo familiar y el climaterio

El inicio de la menstruación y el termino de esta significaban temas tabúes, por lo que estaba prohibido mencionarlos dentro y fuera de la familia. La mayoría de las mujeres comentó que su mamá no les habló nada acerca del climaterio hasta que empezaron a presentar cambios tanto físicos como psicológicos, haciendo referencia a que este proceso era algo normal en la mujer. Se pudo observar que es un tema al que no se le dio importancia, debido al papel que la mujer desarrolló: esposa, madre y abuela.

“...si no te lo explicaron y ni cuando te bajo tu regla pues menos la menopausia no se hablaba, no había mucha comunicación acerca de esos temas, era como algo muy reservado de la mamá, como vergonzoso...”
(Verde)

“...todo eso era prohibido, era prohibido hablar de esto, hasta que mi madre se dio cuenta me dijo que era normal...” (Azul)



“...viene de generaciones atrás, igual su mamá pues así las educo, nunca las oriento entonces ellas hacen lo mismo...” (Verde)

“...pues sí, si tiene mucho que ver las personas están más cerradas, nunca se toman esos temas en cuenta, no hay mucha información acerca de eso, entonces todo es así como un tema tabú...” (Lula)

Sufrimiento en el climaterio

El climaterio para algunas mujeres significó una etapa de sufrimiento, en donde tenían que dejar a un lado su sentir físico y emocional para poder llevar a cabo sus roles, esposa, madre, empleada, ama de casa, entre otros.

“...yo decía, pero porque si no es tanto lo que está pasando para yo sentirme así. Entonces se sentía abrumada con todos esos sentimientos nuevos...” (Celeste)

“...tenía cansancio, pero de todos modos trabajaba y trabajaba en la sierra y ya tenía un contrato en una cocina...” (Lula)

El climaterio significó para ellas, una etapa llena de nuevos cambios que tuvieron que enfrentar solas, ocasionando un descontrol en su vida personal y en la convivencia con las personas que las rodeaban.

Angustia en el climaterio

La angustia fue otra emoción que predominó en las mujeres durante esta etapa, ya que para algunas el climaterio significó el inicio de la vejez, lo que les generó tristeza y temor. Para otras también resultó un factor determinante en la información que ellas querían obtener en relación a esta etapa, ya que, les daba miedo conocer todos los cambios que este producía.



“...más que nada era ese temor, yo por eso como que no quería mucha información acerca de la menopausia porque sentía que ya se me acababa y no había tenido hijos...” (Verde)

“...una se asustó cuando le paso a uno, y no sé por qué no nos dirían que, que como iba a reaccionar nuestro cuerpo...” (Rosa)

“...si nos da miedo el cambio, y pues como no tenemos el conocimiento si da como que miedo...” (Verde)

“...es allí donde llega otra preocupación, porque ya uno dice, será porque ya me estoy haciendo más viejita o por qué...” (Celeste)

El deseo sexual en tinieblas

El deseo sexual en la mujer también se vio afectado debido a todos los cambios físicos y emocionales que esta experimenta durante el climaterio, el cual resultó difícil para ellas ya que no soportaban el mínimo contacto físico con sus parejas y por ende su relación en todos los sentidos se fue desgastando.

“...sentía que yo ya no soportaba que se me acercara. A lo mejor es por eso, él se fue, porque yo ya no lo acepté, ya no quería tener nada, no quería relaciones...” (Azul)

“...ellos no se dan cuenta que a veces la relación se disminuye por lo mismo de los cambios hormonales de uno y luego el esposo se empieza a retirar...” (Celeste)

“...porque ya uno no hace el sexo como era, porque ya la regla, que ya se quita, ya vienen más cosas que uno siente. Ya no es igual, si tiene mucho cambio...” (Blanca)

Ausencia del compañero



Ante la falta de comprensión y la necesidad de satisfacer el deseo sexual de su pareja, la mayoría de las mujeres que fueron entrevistadas sufrieron maltrato físico por parte esta, siendo obligadas a tener intimidad, sin importar como es que ellas se sentían.

“...él quería, quería y quería y no le importaba, quería tener relaciones y a él no le importaba como estuviera, entonces a veces las cosas eran forzadas y pues no, yo en vez de quererlo lo fui rechazando, lo deje de querer...” (Rosa)

“...yo pienso que los hombres no comprenden a uno de mujer que siente esto o todos los síntomas que se tienen, yo no sé si a ellos les pase lo mismo, pero uno si se siente fatal y yo creo que por eso se acaba la relación...” (Lula)

Atención médica durante el climaterio

La mayoría de las mujeres manifestó haber acudido a consulta médica, sin embargo, no presentaron alguna mejoría, por lo que decidieron dejar el tratamiento que se les fue proporcionado, ya que no lo vieron necesario, viéndolo como algo normal.

“...no llegué a ir al médico, porque si luego yo pensé que pues son cambios normales...” (Verde)

“...fui al seguro y pues yo siento que lo que me dieron no me servía de nada, yo vi que no era muy grave lo que sentía...” (Rosa)

“...no me daban pastillas simplemente me dieron un gel y yo me tenía que inyectar regularmente. Y no, pues dije mejor así me paso este tiempo...” (Rosa)



Trascendencia en el climaterio

A través de los años la manera de observar e interpretar las diferentes etapas por las cuales cruza una mujer ha ido cambiando, anteriormente no se podía comentar nada sobre este tema, lo cual les llegó a generar cierta inseguridad al pensar que algo estaba mal en ellas. Las mujeres comentaron que no solo es importante difundirlo entre mujeres sino también con los hombres, para que estos estén al tanto de todos los cambios que la mujer cursa.

“...si nos dijeran todo eso desde niñas y todo, pues nos sentiríamos pues como más, no sé cómo decir, más seguras tal vez de nosotras mismas...” (Verde)

“...yo digo que también los hombres deben de estar informados sobre eso, sí porque van a saber cómo tratar a las muchachas, a las mujeres...”
(Celeste)

DISCUSIÓN

Por medio de esta investigación, se logra acercar a la enfermera a mujeres climatéricas en zonas rurales, aproximarla y así generar una interpretación, no sólo a su vivencia clínica, si no también, a sus emociones durante el transcurso de este proceso. De acuerdo con (Guerrero, Oliva y Lenise, 2019), la enfermería es la ciencia cuyo objeto es el cuidado, puedan ser considerados dentro de esta razón de ser. La enfermera investigadora puede llegar a comprender, porque a través de la reflexión y el análisis hermenéutico puede llegar a esa meta y poder expresar, interpretar en lenguaje la existencia de los fenómenos del cuidado.

Además, Como lo menciona (Cahuich-Campos et al, 2018), y con lo que se está de acuerdo, debemos tener en cuenta que existe una variabilidad tanto positiva como negativa, en la vivencia del climaterio de acuerdo a los factores sociales y ambientales de cada mujer, y darnos cuenta de que la enfermería puede jugar un importante papel en este proceso de cambio en la atención a la salud de la mujer.



Al conocer las vivencias de las participantes en relación con el climaterio, se mantuvo un desacuerdo con (Torres y Torres Rincón, 2018), ya que las mujeres dentro de la investigación no necesitan contundentemente algún tratamiento farmacológico; aunque, en acuerdo con (Martínez-Garduño et al, 2022), debido al optimismo de las mujeres durante el climaterio, nada puede impedir que sean mental y sexualmente sanas. Es por eso que se deben considerar, estudiar y recomendar, todos aquellos elementos que redunden en un mejor desempeño y en la expresión de la plenitud de las posibilidades físicas, psíquicas y sociales, de la mujer en esta etapa de la vida.

En concordancia con (Alva et al, 2018) debido a la alta probabilidad de síntomas depresivos, es importante que la mujer misma valore sus capacidades físicas, mentales, rasgos de belleza, etcétera; para así aumentar la satisfacción personal y por tanto su autoestima. Como lo menciona (Servíño y Quintero, 2017) y con el que se está de acuerdo, las relaciones interpersonales de la mujer durante este periodo, pueden ser eslabones que le den fortaleza y le ayuden a hacer más llevadero el proceso.

Es por eso, que también se coincide con (Cepeda et al, 2019), ya que menciona que, a manera de recomendación hacia esta población, es necesario acudir a consultas médicas que permitan garantizar un mejoramiento progresivo en sus actividades. Es por eso que se considera importante poner en marcha talleres y grupos de apoyo para las mujeres que viven el climaterio y la menopausia; y también para hombres. En esos espacios será útil proporcionar información sobre los cambios en el organismo y las nuevas oportunidades que se tienen para disfrutar de la vida estando en esta etapa.

CONCLUSIÓN

Después del análisis fenomenológico de las experiencias y vivencias de las mujeres, se puede observar la influencia del entorno sociocultural de las



mismas ya que viven en una cotidianidad opresora. Se observa cómo se repiten patrones, los conocimientos sobre esta etapa son escasos y se basan en lo que se transmitió de generación en generación con base a sus experiencias, y probablemente esto se repetirá con sus hijas y nietas; incluso desconocían la disparidad entre los términos climaterio y menopausia. Sigue siendo un tema tabú, algo que causa vergüenza y pudor al hablarlo públicamente, y derivado a esto continúa la falta de desinformación por no acudir con profesionales de salud, por el desconocimiento de los signos y síntomas del propio climaterio.

A las mujeres se les dicta un rol permanente y son obligadas de cierta manera a repetir patrones, siempre actúan de la manera que la sociedad espera que se comporten, anteponen los deseos de los demás antes que los de ellas mismas; esto puede indicarnos que no viven de manera satisfactoria los cambios presentados por el climaterio, sino que lo viven con temor, desconfianza, confusión, frustración y rechazo.

Por otro lado, se observa que el apoyo emocional es un factor importante, sobre todo del círculo social más cercano a ellas; se observó que en la mayoría de las mujeres entrevistadas necesitan de más apoyo y comprensión por parte de la pareja, ya que para ellos la intimidad resulta ser el factor más importante, ignoran el estado físico y emocional de las mujeres a causa del climaterio.

BIBLIOGRAFÍA

Altamira-Camacho, R., & de la Cruz Alvarado, M. G. (2022). Trayectoria fenomenológica: una aproximación al camino hermenéutico de la experiencia de salud. *Temperamentum*, 18, e13928. Recuperado de <http://ciberindex.com/c/t/e13928>

Cahuich-Campos, D. (2018). Factores socio-ambientales determinantes del uso de herbolaria durante el climaterio en Campeche, México. *Etnobiología*, 16(2), 98-113. Recuperado de <https://revistaetnobiologia.mx/index.php/etno/article/view/310em>

Guerrero, C. (2019). La fenomenología en investigación de enfermería: reflexión en la hermenéutica de Heidegger. *Escola Anna Nery*, 23(4). Recuperado a partir de <https://www.scielo.br/j/ean/a/y6JjfgRX6Q8vkNrrYdSLpWg/?lang=es#>



Martínez-Garduño, M. D., Bello, P. C., González, E. M., Rios-Becerril, J., & Gómez-Torres, D. (2022). Climaterio relacionado al estilo de vida en mujeres de una población mexicana. *Enfermería Global*, 21(4), 418-438. Recuperado de <https://revistas.um.es/global/article/view/516611>

Moreno, K. L. C., Martínez, D. A. V., Martínez, K. E. R., & Tapia, S. C. R. (2019). Calidad de vida de mujeres en etapa de climaterio. *RECIAMUC*, 3(3), 391-408. Recuperado de <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/282>

Real, M. G. A., Jiménez, J. L. L., García, E. M., & González, C. G. (2018). Cambios biopsicosociales durante el climaterio: síntomas somáticos, insomnio y manifestaciones depresivas. *Revista Kairós-Gerontología*, 21(2), 09-30. Recuperado de <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/40139>

Serviño-Reyna, N., & Quintero-Soto, M. (2017) *La violencia social hacia las mujeres, durante el climaterio y la menopausia en las usuarias del centro de salud San Lorenzo Chimalhuacán, México*. Recuperado de <http://hdl.handle.net/20.500.11799/68283>

Torres-Jiménez, A. P., & Torres-Rincón, J. M. (2018). Climaterio y menopausia. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 61(2), 51-58. Recuperado de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S0026-17422018000200051&lng=es&tlng=es



El tiempo de juego del niño se revela durante una sesión de juego dramático terapéutico

Child's playtime revealed during therapeutic dramatic play session

O tempo da brincadeira da criança revelado durante sessão de brinquedo terapêutico dramático

Marcela Astolphi de Souza^{1*} & Luciana de Lione Melo²

¹Enfermera. Profesora Doctora del Departamento de Enfermería de la Facultad Técnica de la Universidad Estadual de Campinas – UNICAMP. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1482-1307>; Correo electrónico: marcela.astolphi@gmail.com

²Enfermera. Profesora Doctora y Libre Docente, Asociada del Área de Enfermería en Salud del Niño y del Adolescente, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Estadual de Campinas - Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6730-9075>; Correo electrónico: lulione@unicamp.br.

***Correspondencia:** Marcela Astolphi de Souza. Dirección: Rua Major Solon, número 880. Apartamento 34. Cambuí, Campinas. São Paulo, Brasil. CEP: 13024-091.

Correo electrónico de contacto: marcela.astolphi@gmail.com

Cómo citar este artículo: Souza, M. A. & Melo, L. L. (2023). El tiempo de juego del niño se revela durante una sesión de juego dramático terapéutico. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(67). <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.23225>

Received: 17/07/2023

Accepted: 21/10/2023



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: playing, as an activity inherent to childhood, enables the child to acquire new knowledge about the world and to come across their own individuality expressing the world that is meaningful to him. The child's temporality composes his existence and drives him in the search for authentic existence. Objective: To describe the child's temporality during the stages of bonding and stopping playing in dramatic therapeutic play sessions. Method: phenomenological study in the light of the Heideggerian philosophical framework, with 12 children, aged between three and 11 years. For data collection, phenomenological interviews were conducted, mediated by the dramatic therapeutic toy. Results: the following thematic axis emerged: - The child's play time: being open. Conclusion: play reveals existential aspects of the child in chronological time and it fosters the sharing of new possibilities of relationship, in a free way, with the world. However, playing time might be elastic and negotiable according to individual need, so that all the expressions of the child becoming in their facticity during play would be considered. Therefore, regardless of the way and time they play, this study highlights the importance of respecting the child's existence at that moment.

Keywords: Child; play and playthings; qualitative research; existentialism.



Resumen: Introducción: el juego, como actividad inherente a la infancia, permite al niño adquirir nuevos conocimientos sobre el mundo y encontrarse a sí mismo con su propia individualidad, expresando el mundo que le es significativo. La temporalidad del niño compone su existencia y lo impulsa en la búsqueda de la existencia auténtica. Objetivo: describir la temporalidad del niño durante las etapas de creación de vínculo y de cese del juego en sesiones de juego dramático terapéutico. Método: estudio fenomenológico a la luz del marco filosófico heideggeriano, con 12 niños, con edades entre tres y 11 años. Para la recolección de datos se realizaron entrevistas fenomenológicas, mediadas por juguetes dramáticos terapéuticos. Resultados: surgieron los siguientes ejes temáticos: - El tiempo de juego del niño: estar-en-apertura. Conclusión: el juego revela aspectos existenciales del niño en el tiempo cronológico y favorece compartir nuevas posibilidades de relación, libremente, con el mundo. Sin embargo, el tiempo dedicado al juego podría ser elástico y negociable según las necesidades individuales, de modo que todas las expresiones del devenir del niño en su facticidad durante el juego podrían ser consideradas. Por ello, independientemente de la forma y el momento en que jueguen, este estudio resalta la importancia de respetar la existencia del niño en ese momento.

Palabras clave: Niño; juego e implementos de juego; investigación cualitativa; existencialismo.

Resumo: Introdução: o brincar como atividade inerente à infância, possibilita que a criança adquira novos conhecimentos sobre o mundo e se depare com a própria individualidade, expressando o mundo que lhe seja significativo. A temporalidade da criança compõe seu existir e a impulsiona na busca pela existência autêntica. Objetivo: descrever a temporalidade da criança durante as etapas criando vínculo e parando de brincar em sessões de brinquedo terapêutico dramático. Método: estudo fenomenológico à luz do referencial filosófico heideggeriano, com 12 crianças, com idades entre três e 11 anos. Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas fenomenológicas, mediadas pelo brinquedo terapêutico dramático. Resultados: emergiu o seguinte eixo temático: - O tempo de brincar da criança: sendo-em abertura. Conclusão: a brincadeira revela aspectos existenciais da criança no tempo cronológico e, favorece o compartilhar de novas possibilidades de relação, de modo livre, com o mundo. No entanto, o tempo que brinca pôde ser elástico e negociável mediante a necessidade individual, para que fossem consideradas todas as expressões da criança vir-a-ser na sua facticidade durante a brincadeira. Portanto, independentemente do modo e do tempo que brinca este estudo destaca a importância de se respeitar a existência da criança nesse momento.

Palavras-chave: Criança; jogos e brinquedos; pesquisa qualitativa, existencialismo.

INTRODUCCIÓN

Para los niños jugar es una actividad muy gratificante, ya que adquieren nuevos conocimientos sobre el mundo, se enfrentan a su propia individualidad, aprenden a diferenciar la realidad de la fantasía, explican el mundo



que les es significativo, fomentando la elaboración de conflictos y la catarsis (Fonseca et al., 2015; Nijhof et al., 2018).

Sin embargo, el efecto terapéutico que se produce en el juego no debe confundirse con el Juguete Terapéutico (JT), una tecnología de cuidado, cuyo objetivo es ayudar al niño a lidiar con las preocupaciones y los miedos y, además, colaborar con el profesional de la salud capacitado en obtener información sobre las necesidades y sentimientos del niño (Autora2 et al., 2021; Santos et al., 2020; Green, 1974; Resolución n. 0546 (Brasil, 2017).

El JT se clasificó en tres modalidades: habilitadora de funciones fisiológicas, instructiva y dramática, las cuales serán destacadas en este estudio. Es un juego estructurado que proporciona la descarga emocional del niño, permitiéndole revivir y expresar sentimientos en relación a las situaciones atípicas vividas (Vessey & Mahon, 1990).

Las sesiones de Juego Terapéutico Dramático (JTD) se desarrollan a través de cuatro etapas complementarias e interdependientes: estableciendo vinculación, exploración, dramatización y detención del juego. Cabe destacar que el primer momento, el estableciendo una vinculación, sustenta las demás etapas, ya que la relación de confianza construida, paulatinamente, subvencionará todo el proceso de sesión de juguetes (Santos et al., 2020).

Los resultados de las investigaciones son unánimes en relación a los beneficios del uso del JT en el cuidado de enfermería al niño y su familia. No cabe duda de que se trata de un recurso eficaz para los niños, hospitalizados o no (Silva et al., 2017; Aranha et al. 2020; La Banca et al., 2019).

Los estudios (Fonseca et al., 2015; Nijhof et al., 2018; Santos et al., 2020; Silva et al., 2017; Aranha et al. 2020; La Banca et al., 2019) destacan las expresiones de los niños, es decir, las exploraciones y dramatizaciones reveladas durante el juego según un tema determinado. Sin embargo, no enfatizan en sus análisis las particularidades de los pasos que componen la sesión de JTD, por lo que se justifica este estudio. Por lo tanto, el objetivo fue describir los pasos para crear vínculos y dejar de jugar durante las sesiones de JTD de los niños.



Se cree que este estudio puede contribuir para la realización de investigaciones cualitativas con niños que utilizan JTD y también para los profesionales de la salud que adoptan esta tecnología como recurso para el cuidado.

MÉTODO

La teoría filosófica fenomenológica puede apoyar la investigación cualitativa, ya que le permite al investigador comprender fenómenos específicos considerando las experiencias vividas por los individuos, quienes los revelan a través de descripciones (Santos et al., 2016).

El niño no es sólo un ser en desarrollo, al contrario, para esta referencia, es íntegro y vive su propio tiempo en totalidad. La existencia del niño ya se revela en el modo en que vive su “ahí”. Así, el tiempo de la infancia es el ahora, la presencia inmediata y el ahora. En las experiencias de los niños, lo inmediato prevalece sobre cualquier otro aspecto, pasado o futuro (Cytrynowicz, 2000a; Cytrynowicz, 2000b; Cytrynowicz, 2005).

Para el niño, las cosas no son ni están conceptualmente cerradas, y la apertura, como constitutiva del ser-ahí, le permite descubrir el mundo y revelar las cosas a través del juego (Cytrynowicz, 2000a). Por lo tanto, el método de investigación cualitativo fenomenológico, inspirado en la obra *Ser y Tiempo* (Heidegger, 2012), puede ser una de las posibilidades para comprender las facetas de los fenómenos que permean la infancia.

Este estudio se llevó a cabo, en el interior del Estado de São Paulo, Brasil, en dos escenarios diferentes (Basto, 2017): seis sesiones de BTD ocurrieron en el ambiente hospitalario de una institución pública y de enseñanza, y cinco sesiones de BTD ocurrieron en un ambiente fuera del contexto hospitalario, en la Región Metropolitana de Campinas y Región Urbana de Jundiaí.

Las entrevistas fenomenológicas mediadas por JTD se realizaron de abril de 2017 a abril de 2019. De los 14 tutores accedidos, cuatro rechazaron la



invitación por motivos personales. Los responsables y los niños participantes fueron abordados y esclarecidos sobre los objetivos del estudio a través del Término de Consentimiento Libre e Informado y del Término de Asentimiento del Niño.

Los participantes del estudio fueron doce niños que cumplieron con los criterios de selección: ser hermano de un niño con una enfermedad crónica, con edad entre tres y doce años incompletos. Siendo así, los niños fueron invitados a participar de las entrevistas fenomenológicas, mediadas por el JTD a través de la siguiente pregunta: ¿Vamos a jugar a que un niño que tiene un hermano que siempre necesita quedarse en el hospital?

El material utilizado para las sesiones de JTD fue seleccionado en base a la recomendación de varios autores y las sesiones se realizaron de acuerdo a lo propuesto en la literatura (Fonseca et al., 2015; Autora, et al. 2021; Green, 1974). Los discursos de las entrevistas fenomenológicas de los niños se registraron en una grabadora digital y las dramatizaciones y reacciones se registraron en un diario de campo inmediatamente después del final de cada entrevista, preservando la forma más original del fenómeno (Heidegger, 2012; Cytrynowicz, 2018).

A medida que se transcriben los discursos emergentes, también se analizan individualmente. Esta constante le permite al investigador evaluar la saturación teórica, es decir, el momento en que no se encuentra ninguna adición de nueva información o ésta ya no cambiará la comprensión del fenómeno (Bicudo & Costa, 2019; Frank, 2017). Las entrevistas fenomenológicas terminaron cuando, durante la recolección de datos, los juegos permitieron comprender las etapas de las sesiones de JTD; siendo posible aprehender el fenómeno (Basto, 2017; Bicudo & Costa, 2019; Frank, 2017).

La comprensión del fenómeno se produjo luego de realizar los pasos propuestos por Martins & Bicudo (Martins & Bicudo, 2005), y las según las premisas del método fenomenológico heideggeriano. (Heidegger, 2012; Basto, 2017; Bicudo & Costa, 2019; Frank, 2017; Hopkins et al., 2017).



Este estudio recibió la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Estatal de Campinas, seguido por la Resolución no. 466/2012 (Brasil 2012), del Consejo Nacional de Salud, aspectos éticos para la investigación con seres humanos. Se garantizó el anonimato de tutores y hijos mediante seudónimos.

RESULTADOS

Participaron del estudio doce niños de nombres tales como Secreto, Sueño, Corazón, Amado, Cariñosa, Ternura, Siesta, Sincera, Campeón, Vivaz, Divertido y Amigo, con edades comprendidas entre los tres y los 11 años, que estaban experimentando la facticidad de tener un hermano con enfermedad crónica.

El análisis fenomenológico de las entrevistas mediadas por el JTD permitió el surgimiento del eje temático El tiempo de juego del niño: siendo-en-apertura.

El juego del niño: siendo-en-apertura

Cuando consideramos el juego como una actividad cotidiana, inherente a la infancia, la invitación a los niños a participar de la sesión de JTD no generó ninguna extrañeza, pues al ser invitados, prontamente exteriorizaron sonrisas, mostrando alegría, excepto Secreto, que permaneció cabizbajo y sin hacer contacto visual.

Cuando se les instruyó sobre la sesión de JTD, se mostraron tranquilos, escuchando atentamente a la investigadora y el encuentro inicial entre la investigadora y los participantes del estudio estuvo impregnado por el tono afectivo de tranquilidad y satisfacción: Investigadora (I): Yo te pediré para colocar tu nombre en este espacio. Divertido: [El niño firma el TA] Ya terminé. P: En una página como esta, voy a colocar mi nombre como el tuyo aquí, solo que el mío es María. Divertido: Es igual, ese nombre es igual al de mi tía que también se llama María. P: Y el día de hoy. Divertido: Hoy es 18 del 10 de 2018. P: Este juego que vamos a jugar es diferente, vamos a jugar con esta caja de juguetes y nuestro juego será así: ¿vamos a jugar a



que un niño tiene una hermana que siempre necesita ser internada? Y puedes jugar como quieras, y yo me quedaré aquí a tu lado. Si quieres que yo haga algo o que yo juegue algo, tienes que decirme lo que tengo que hacer. Vamos a jugar 45 minutos, cuando la aguja llegue a tiempo, te avisaré para guardar” (Divertido, 8 años). “P: Te voy a invitar a jugar con esta caja, jugarás como quieras, lo que quieras que haga, me dices que lo haré. Y entonces el juego será... ¿Vamos a jugar a que un niño que tiene un hermano que siempre necesita ser hospitalizado? Así que puedes jugar como quieras. Y me quedaré aquí contigo. Campeón asiente con la cabeza y verbaliza: Sí” (Campeón, 8 años).

Así, como se describió anteriormente, el niño puede presentarse de muchas maneras cuando es invitado a una sesión de JTD y, en este estudio, independientemente de la forma en que inicialmente se relacionó con la investigadora, luego comenzó a explorar la caja de juguetes. Con excepción de Siesta, que, tomado por la ansiedad al ver los juguetes, interrumpió a la investigadora durante la presentación del TAC, iniciando la exploración de la caja JTD, como se muestra a continuación: “P: Voy a. Siesta: ¿Dónde está el bebé que estaba aquí? ¿Birebón [biberón] de un bebé? (Siesta, 6 años). La investigadora, frente a su hermano ya explorando la caja, refuerza el objetivo del juego, el tiempo predeterminado y la manipulación irrestricta de los juguetes.

Una de las orientaciones explicadas fue específica sobre la duración y, luego de completar los 45 minutos, la investigadora informó sobre la necesidad de finalizar el momento lúdico. Algunos niños, cuando escucharon la información, incluso sin expresión verbal, comenzaron a guardar los juguetes. “P: Amigo, ¿recuerdas que acordamos que cuando llegáramos a las nueve guardaríamos los juguetes? Amigo: Ajá. Tarareando, comienza a cuidar los juguetes sin dudar, pero tarda 5 minutos retirar todo el escenario de su juego y al final dice: ¡Listo!” (Amigo, 8 años).

El final de la sesión de JTD se vivió como un límite, ya que el ser-niño-en-el-mundo lidia, en el día a día, con los límites impuestos por los demás y hay quienes aceptan ese límite y otros que no. Sin embargo, surgieron



diferentes necesidades en relación con el tiempo de juego, y fue necesario ampliarlo o acortarlo, según lo solicitara el niño. “P: Cariñosa, ¿recuerdas que acordamos un horario y cuando llegaba la aguja aquí abajo, íbamos a dejar de jugar? Cariñosa: Aham. P: ¿Guardamos los juguetes? Cariñosa: Ahhh... [Expresa decepción] Quiero jugar. Pero solo un poquito, ¿ta? P: Sólo un poquito más. Voy a mirar mi reloj y cuando vea que pasó un poquito terminaremos. [La investigadora combina para otros 5 minutos de juego mostrándole al niño la hora en el reloj]. Cariñosa: Aham” (Cariñosa, 5 años). Al llegar a los cinco minutos, el investigador recuerda el acuerdo y el niño termina tranquilamente el momento lúdico.

Sincera verbaliza claramente que le gustaría terminar la sesión de JTD antes de la hora acordada. Durante el juego, no pudo desligarse de las responsabilidades cotidianas y, al indagar sobre el tiempo que le quedaba para jugar, manifestó su preocupación por la organización personal que precede a ir a la escuela. Se enfrenta a su situación fáctica de ser-ahí-niño que está ligada a la condición de la enfermedad crónica de un miembro. Este contexto constituye una situación difícil y, al hablar de sus responsabilidades cotidianas, demuestra la forma en que enfrenta las posibilidades existenciales. “Sincera: ¿Qué hora es? [Pregunta después de 15 minutos de juego] Sí, yo... me voy, me voy a la escuela, son las 11:40. Pero en un rato, me empiezo a arreglar, ya vi que la señora movió la cocina. Ya está arreglando la cocina. P: Quédate tranquila. Yo dije que el juego es tuyo, el tiempo es tuyo. Sincera: Sí. [Después de 16 minutos de la primera pregunta sobre la hora, informa que quiere terminar el juego] Creo que mejor me detengo aquí. [El juego termina antes de tiempo y guarda los juguetes]” (Sincera, 11 años).

Para algunos niños, la preocupación por la duración del juego surgió en forma de cuestionamiento sobre el tiempo restante para jugar, con énfasis en disfrutar plenamente el tiempo restante, expresando satisfacción con la disponibilidad de la investigadora con respecto a la realización del juego. “Vivaz: ¿Se acabó? [Pregunta a la investigadora si se acabó el tiempo] P: No, tenemos tiempo, puedes seguir jugando. Vivaz: Este puedo hacerlo muy rápido porque tengo miedo del tiempo acabar. P: Todavía hay tiempo, te



esperaré para que termines tu dibujo. Puedes estar tranquila, tranquila. Vivaz: Sí. ¡Mi Dios! Nunca he visto una señora tan buena como tú” (Vivaz, 8 años). Luego, al ser informada de que la sesión había terminado, aceptó tranquilamente.

Divertido, muy envuelto en el juego, pero atento al reloj, también interrogó a la investigadora sobre el tiempo que le quedaba por jugar, cuando vio que había cumplido los 45 minutos. “Divertido: ¿Cuántas horas para terminar? Tengo 45 minutos. Quiero quedarme más, más tiempo. P: Nos podemos quedar cinco minutos más” (Divertido, 8 años).

Pasados los cinco minutos, la investigadora recuerda a su hermano y espontáneamente empieza a guardar los juguetes. En ese momento, Divertido se enfrenta a los materiales artísticos y otros juguetes que no había visto durante la sesión. Se enfada cuando percibe otras posibilidades para jugar, pero aún con ganas de seguir jugando, espontáneamente dice que ha llegado el final de ese momento y finaliza la sesión con tranquilidad. “Divertido: ¡Guau! Ni siquiera lo vi. [Se refiere a materiales artísticos] Ahora se acabó. Cierra aquí. [Le pide a la investigadora que cierre el pestillo de la caja JTD]” (Divertido, 8 años).

Si bien para algunos niños fue necesaria la extensión del tiempo para que pudieran terminar el proceso simbólico, Siesta no aceptó el final de la sesión y su comportamiento fue diferente al de los demás participantes del estudio.

Al ser informado, en un primer momento, de que se debe dar por terminado el juego, continúa jugando sin dar señales de haber escuchado y continúa jugando unos minutos más. Cuando se le recuerda de nuevo la necesidad de guardar los juguetes, se muestra decepcionado y actúa de forma agresiva. “P: ¿Lo guardamos ahora? Siesta: Ah [expresa decepción]. No no. ¡Vaya! no. No no no. [Habla con valentía]” (Siesta, 6 años).

La investigadora explica y recuerda a su hermano el acuerdo hecho al inicio de la sesión. Mismo con nuevas negociaciones y ampliado el tiempo, cuando se le informó sobre la necesidad de guardar los juguetes, Siesta



inició una nueva dramatización e hizo caso omiso de la orientación de la investigadora. “P: ¿Vamos a colocar los juguetes en la caja, Siesta? Siesta: ¿Para jugar? P: Para terminar nuestro juego. Siesta: Ta. Yo no quería” (Siesta, 6 años).

Así, Siesta, nuevamente, expresa el deseo de no terminar la sesión y, recordando que su hermana también jugaría, intenta incluirla en el juego, revelando su dificultad para lidiar con los límites impuestos por otras personas. “Siesta: llama a Sincera para que juguemos. P: Ahora a guardar” (Siesta, 6 años).

Tras el quinto intento de finalizar el juego, Siesta vuelve a ignorarlo, pero cuando ve que la investigadora empieza a guardar los juguetes, guarda algunos, aunque lentamente.

Frente a lo anterior, desde la invitación hasta el final del juego, la investigadora y el niño vivieron momentos mediados por sentimientos como alegría, timidez, animación y, también, insatisfacción con el final de la sesión de JTD. El encuentro existencial terminado entre alguien disponible para jugar y que valora al niño en su singularidad hizo posible que los niños se sintieran libres para jugar.

DISCUSIÓN

Desde el inicio del encuentro con el niño e invitándolo a jugar, se utilizó el recurso lúdico - en TAC, para presentar los principios del juego. Se dio información sobre la libertad de manipulación de los juguetes contenidos en la caja JTD y el tiempo que estaría disponible para jugar, registrado cronológicamente.

La libertad, como principio existencial, permite reflexiones sobre la existencia, ya que ésta sucede a partir de posibilidades ya dadas a ella. Así, el ser-aquí es libre de elegir y, al mismo tiempo que es libre, se hace responsable de la posibilidad elegida (Feijoo, 1997). Del mismo modo, la orientación que



se ofrece al niño sobre la libertad de venir-a-ser en el juego ratifica la relación entre el JTD y los principios existenciales, y sólo corresponde al niño elegir: aceptar o no la invitación a participar y cómo jugar.

La literatura plantea que es necesario formar un vínculo que promueva la confianza y la aceptación para que el niño pueda jugar, pues en la medida en que se acepta como es, se crea una relación y a partir de ahí revela su forma-de-ser-en-el-mundo (Clini, 2018). Heidegger, en su libro *Introducción a la filosofía* (Heidegger, 2009), analiza el carácter peculiar del juego. Jugar es estar-juntos-en-el-mundo, descubrir lo que aún puede aparecer (Cytrynowicz, 2018).

Favorece al niño a compartir nuevas posibilidades de relación, libremente y guiada por la imaginación, con el mundo. Así, jugar juntos posibilita acoger las historias enredadas por los niños, y considerarlo como una posibilidad de venir-a-ser, es uno de los primeros pasos para fortalecer su autoconfianza (Feijoo, 1997). Dice el filósofo que jugar es fundamental para comprender el ser-en-el-mundo, considerando ese acto como algo que forma parte de la identidad humana, porque el hombre juega. Al retratar el juego, apunta al juego original de trascendencia, es decir, ir más allá de la propia existencia y forma de ser (Heidegger, 2012; Heidegger, 2009).

En este estudio, al nacer, el ser-ahí-niño, independientemente de las circunstancias, ya está entregado al juego de la vida. Por eso, invitarlo a jugar, sin conocerlo antes, no hace extraña la situación, porque la llamada al momento lúdico constituye ya este ser-ahí y no lo hace desconocido. Así, conocer e invitar al niño a jugar en un solo momento reveló este carácter de existencia a través de su asentimiento a participar en las sesiones de JTD.

Para que se desarrolle el juego, según el cuarto enunciado de Heidegger, en *Introducción a la Filosofía*, debe existir una disposición afectiva en la modalidad de la alegría. Disposición o tonalidad afectiva, es la atención singular de cada ser-ahí, a través de lo que lo sorprende y lo despierta, es la forma en que es afectado por una determinada situación (Heidegger, 2009; Borges-Duarte, 2016). Y es que, la alegría es un sentimiento, es decir, la



forma en que alguien es tocado por lo que percibe, es lo que posibilita el sentido personal de toda experiencia humana y revela constantes formas del Dasein de relacionarse con el mundo (así como a través del miedo, el llanto, angustia, timidez) (Cytrynowicz, 2018).

En este contexto, las diferentes reacciones de los niños ante la invitación a jugar son consideradas posibilidades del Dasein ser-en-un-mundo, como ejemplos, aceptar jugar, destruir o armar algo, colorear, mentir, huir, entre otros. Así, los modos y reacciones afectivos son posibilidades de la condición existencial y única de cada ser-ahí que se percibe afectado por el mundo y lo siente de alguna manera.

La disposición de los niños se reveló inicialmente cuando se sintieron tocados por la invitación a participar en una actividad inherente a la existencia: jugar. La mayoría, rodeada de un sentimiento de alegría, aceptó la invitación; sin embargo, otra parte, envuelta por la timidez, demostró su voluntad de forma no verbal, asintiendo mediante la conducta de sacudir la cabeza. Sus formas únicas también se revelaron en las reacciones durante los tutoriales anteriores de JTD.

En este trabajo, si bien Secreto no ha mostrado esta disposición afectiva de alegría, cuando fue invitado a jugar, porque jugar es parte del Dasein, se entregó al juego, demostrando el carácter inherente al ser-ahí del estar arrojado al juego de la vida juntos. La forma de estar-jugando-juntos y que propicia el compartir sentimientos, se pudo ver, en este juego, cuando el niño estaba dispuesto a compartir su mundo-de-vida con la investigadora.

El niño se revela a sí mismo a través de posibilidades, motivaciones y faltas que ya están presentes en sus formas de actuar y sentir. Cuando pensamos en los niños que jugaban, las restricciones que provocan sufrimiento se refieren tanto a las limitaciones de sus propias condiciones existenciales como a las oportunidades que se les ofrecen para poder descubrirse a sí mismos dentro de sus posibilidades (Cytrynowicz, 2018). En este contexto, Siesta, ante las diversas posibilidades que se le presentaban, ligadas a sus



sentimientos, no pudo controlar su ansiedad por jugar, teniendo como reacción inmediata la exploración de la caja JTD, incluso antes de escuchar las explicaciones sobre las reglas de la sesión.

El juego y cada juego son y brindan formas de conectar desde lo más simple hasta lo más elaborado, sin importar el tipo de juguete; pero hay una conexión intensa entre la persona que está jugando y el juguete, porque sin eso, el momento se vuelve aburrido, tedioso y pronto termina. Para que se produzca el juego es necesario que el niño esté encantado con lo que se le va apareciendo (Cytrynowicz, 2018).

Desde el inicio de la invitación a la sesión de JTD, la investigadora ya ha anunciado algo, el “tema del juego” y ofrece posibilidades para que el niño venga-a-ser en ese tiempo cronológico preestablecido. Así, comienza a organizarse para revelar su existencia en ese momento. Este momento no es solo una ocasión fugaz y rápida, y antes de que nos demos cuenta, ya ha sucedido. El instante es una posibilidad existencial y plena del Dasein con su propia temporalidad (Silva, 2015). Así, el niño es él mismo cuando es singular, aceptando en silencio o no, la invitación a jugar en ese momento y se relaciona con su propia existencia.

El momento del juego en el que el niño se revela es limitado, pero no como una demarcación, 'hasta dónde', ya que esto significaría impedimento o exclusión de algo. Para esta referencia, es ir más allá de la clausura, se entiende como un 'desde algo' o donde algo tiene lugar. Así, constituye un referente que delimita las relaciones humanas con el mundo, permitiendo que algo suceda (Cytrynowicz, 2018). Por lo tanto, cuando se dice que el juego ha terminado, no es en el sentido de coartar la libertad del niño, sino de un límite para que él pueda venir-a-ser, no en la forma de coartarla, sino como posibilidad de organizar y expresarse dentro de un tiempo y situación dada.

Es una condición fundamental del ser-ahí, en la que la expresión del niño no termina en ese preciso momento, ya que tiene la posibilidad de continuar su historia de otra manera y en otros momentos a lo largo de su vida. De



esta forma, el límite no es como algo que termina, sino que puede llevar al niño a tener experiencias ricas en relación a su desarrollo de superación de tensiones vividas y de aceptación, siempre en dirección a otras formas-de-ser posibles. El límite (no-poder-ser) y la libertad (poder-ser) son igualmente fundamentales, ya que la libertad como condición humana es poder-ser en diferentes modos existenciales: ya-no-poder-ser, aún-no-poder-ser o poder-ser-todavía (Cytrynowicz, 2018).

El juego no consta de etapas o secuencias, sino que es libre y siempre ligado a las propias reglas del niño a través de su deseo de expresarse y su relación con los juguetes; y termina cuando termina ese juego (Heidegger, 2009). El tiempo del niño en el juego es vivido como la duración de un acontecimiento marcado por el placer, por lo que el tiempo puede ser prolongado, reducido e intensificado en ese momento, según las necesidades del niño. Se debe promover un tiempo de libertad y espontaneidad para que los niños jueguen y dialoguen con su sensibilidad, sentimientos e intuición, promoviendo que el Dasein sea él mismo, viviendo su experiencia de manera natural y autónoma (Kuhn et al. 2015).

Si bien en la sesión de JTD hay un tiempo preestablecido y consensuado con el niño, no dejar que el reloj gobierne el juego es una forma de ser del niño frente al tiempo cronológico y al ignorarlo se involucra de lleno en los juegos. Esta forma-de-ser de ser-ahí-niño le permitió sentirse libre para jugar y enredar su historia con fluidez. Al estar inmerso en el juego, no manifestó ansiedad durante el proceso, ni cuando se le informó del final de la sesión. Para ello, no se permitió que el instrumento de medición del tiempo nos llevara a valorarlo en detrimento de la calidad de lo que se estaba revelando; por lo tanto, la calidad requiere que el tiempo sea el tiempo de vivir (Kuhn et al. 2015), es decir, permitir que los niños vivan intensamente su tiempo durante la sesión de JTD.

En vista de lo anterior, en lugar de terminar la sesión cuando el reloj marcaba exactamente el tiempo pactado al inicio del partido, se abrió la posibilidad de negociar unos minutos más para jugar, organizar y finalizar su proceso simbólico. Lo anterior muestra que debemos escuchar más al niño,



en lugar de oprimirlo y restringirlo, interrumpiendo abruptamente el juego y despreocupado del tiempo que pasa en el momento lúdico.

Heidegger nos dice que el ser-ahí, a veces, establece una relación inapropiada con su poder-ser, que termina siendo una huida del ser-ahí de sí mismo hacia las ocupaciones, en el sentido de prestar atención a las tareas cotidianas. Al referirse a que el ser-ahí, de manera inapropiada, se vincula con el carácter de 'atender', en el que hay necesidad de que el Dasein se esfuerce para que eso suceda, esta asistencia también remite a la espera de algo. En este desajuste de las propias motivaciones y las exigencias de la ocupación, el ser-ahí descuida su poder-ser más propio (Fernandes, 2015).

Revelado en el juego de Sincera, este problema surgió cuando ella estaba preocupada por sus actividades diarias y, ante la dificultad de lidiar con su propio ser en sufrimiento, decidió detener el juego antes de tiempo, con la justificación de que necesitaba organizarse para ir a escuela, demostrando que el tiempo cronológico fue más allá de lo necesario para revelar su mundo-vida.

Al mismo tiempo, cuando el niño materializa una relación adecuada con su propio poder-ser, se abre a su más propio poder-ser que se llama resolución (Cytrynowicz, 2018) y se revela en el modo de entrega y cómo se involucra en su juego, además de la capacidad de aceptar el final de la sesión JTD, cuando se le informe.

Los niños tienen su propia forma de ver, pensar y sentir, y nada es más dañino que reemplazar su tiempo extático por un tiempo cronológico (Kuhn et al. 2015). Es importante considerar y respetar su tiempo, el aquí y el ahora, porque en el juego experimenta intensamente en el presente aquello que la preocupa diariamente, de manera libre y placentera y no por obligación o imposición (Silva, 2015).

El movimiento del niño en el juego lo hace trascender, salir de sí mismo, proyectarse libremente. Como recompensa obtiene la comprensión de su facticidad de manera libre para poder-ser su propia existencia. Para Hei-



degger, la existencia se da de manera más específica y por eso no hay posibilidad de comprender el ser-ahí sin considerar su movimiento en el mundo, es decir, sin considerar su temporalidad (Barbosa, 2014).

La temporalidad involucra al hombre en su totalidad y es la principal herramienta utilizada en la búsqueda de su auténtica existencia. Esta auténtica temporalidad es cuando el futuro deja de ser una expectativa y se convierte en una anticipación. Al lograr esta dinámica, el niño experimenta el movimiento extático en el juego, retomando su existencia y facticidad, dando sentido a los seres intramundanos, haciendo propia su temporalidad en este juego (Barbosa, 2014).

Cuando no hay movimiento extático y la existencia se desarrolla en el ahora, rodeada de seres intramundanos, la temporalidad se vuelve intratemporal, lo que altera la temporalidad extática, colocando el presente como obligatorio, resultando la temporalidad impropia, es decir, el ser-ahí, se sirve de su futuro y vive con y para el mundo que le rodea, dejando de lado su ser más propio (Figueiredo, 2004).

En este estudio, la situación descrita anteriormente se pudo ver en la sesión de Sincera, cuando el niño se aleja de su ser más propio y exalta su vida cotidiana, valorando el tiempo cronológico y la asistencia a la escuela.

Para que el hombre no pierda el sentido de su existencia y alcance su auténtico ser, es necesario distanciarse de la vida cotidiana. Por lo tanto, el sentido de ser sólo puede darse en la temporalidad del Dasein. La temporalidad es el movimiento extático, “el fuera de sí, en y para sí” de la existencia. La característica extática del Dasein tiene tres estructuras: poder-ser, ser-arrojado y ser-con, junto a los entes (Heidegger, 2012).

El Dasein se lanza a una facticidad desde el momento en que nace, se orienta hacia el futuro recordando que todo tiene un final, y ese final es la imposibilidad de elegir y tomar decisiones en el mundo. La conciencia del fin se presenta en el presente a través de la posibilidad de ser-ahí para proyectarse, y cuando se proyecta recuerda que sólo puede elegir según las



posibilidades del mundo en el que se lanza, y es sólo depende de ella decidir. Por lo tanto, proyectar es cuando el hombre se ve en la decisión de llegar a sí mismo de manera existencial. (Barbosa, 2014).

Para llegar a sí mismo, el niño necesita apropiarse de su haber-sido, lo que se da en una situación actual, es decir, con la llamada a ser él mismo que le impondrá cada situación. Estar en el presente significa actuar, manejar manualmente y con cuidado lo que se debe manejar en el oficio y lo que se origina en el mundo circundante. Sin embargo, lo importante es dejar que lo que se muestra en la situación como posibilidad de ser en la realidad llegue al encuentro con la propia existencia (Fernandes, 2015).

A medida que se le pide al niño que se anticipe a sí mismo como proyecto, durante el juego se presenta como un futuro. Se lanza hacia un futuro, desde un haber-sido, por la necesidad de responder a la llamada a convertirse en lo que él mismo es. En anticipación, ante el llamado a ser él mismo, el niño asume su ser más propio, se actualiza y toma decisiones como ser-en-el-mundo y con los demás, siendo-con-el-otro (Fernandes, 2015).

El niño elige, en su pasado, los momentos más significativos y los cuenta, reconstruye su historia a partir de ellos, ya que el tiempo mismo está hecho de momentos significativos, que proyectan siempre un nuevo camino, tanto hacia el pasado como hacia el futuro, siempre desde el presente (Kirchner, 2012).

La voluntad del niño de seguir revelándose durante el juego muestra su tiempo existencial que está a la vez ligado al tiempo de la regla - predeterminado y elástico, ya que la voluntad de seguir jugando tuvo que ser negociada. Incluso si el niño trata de controlar, cuestionar o extender el tiempo de juego, se enfrenta a la posibilidad de no poder jugar más. Así, en esta situación, el futuro tiene cierta primacía, porque sin tiempo no existe la historia.

El niño es el Dasein, es el sujeto de su propia historia y tiene todo el poder-ser-futuro, arrojado al pasado como el Dasein sido-allí. Desde el Dasein sido-ahí, el juego se revela como una forma de entender el ser-ahí en su



historicidad, cuya posibilidad no es sólo pasar el tiempo, sino una apertura para iniciar la relación del humano con su propia existencia y finitud (Kirchner, 2012).

CONCLUSIÓN

El encuentro existencial celebrado entre alguien disponible para jugar y que valora al niño en su singularidad permitió a los niños sentirse libres de jugar, en un momento dado y en un mundo compartido, para poder revelar las formas en que se presentan en su mundo de vida durante las sesiones de JTD.

Los aspectos existenciales de los niños fueron revelados en un tiempo cronológico y favorecieron el compartir nuevas posibilidades de relación, libremente, con el mundo. Sin embargo, el tiempo de juego era elástico y negociable según las necesidades individuales, de modo que todas las expresiones del devenir del niño eran consideradas en su facticidad durante el juego.

Jugar, por tanto, permitió a los niños encontrar su libertad en el mundo, favoreciendo el descubrimiento de quiénes son y, de esta manera, los niños, al jugar, disfrutaron de momentos únicos para hablar de sí mismos, acercándolos y/o alejándolos de sus seres queridos. propios sentimientos existencias como seres-en-el-mundo. Por ello, este estudio destaca que, independientemente de cómo y cuánto tiempo jueguen, es importante respetar la existencia del niño en ese momento.

Financiamiento: Este estudio se llevó a cabo con el apoyo de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES), proceso número 88882.434704/2019-01.



BIBLIOGRAFÍA

- Aranha, B. F., Autora, Pedroso, G. E. R., Maia, E. B. S y Melo, L. L. (2020). Using the instructional therapeutic play during admission of children to hospital: the perception of the family. *Rev. gaúch. enferm.*, 41, e20180413. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20180413>
- Barbosa, B. T. A. S. (2014). Tempo e temporalidade em Heidegger a partir da ótica de Benedito Nunes. *R. NESEF Fil. Ens*, 4(4),86-91. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/neseef.v4i4.54685>
- Basto, C. C. B. C. (2017). Qualitative research of phenomenological basis and the analysis of the structure of the situated phenomenon: some contributions. *Revista Pesquisa Qualitativa*,5(9),442-451. Obtenido de <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/156/93>
- Bicudo, M. A. V. y Costa, A. P. (2019). *Leituras em pesquisa qualitativa*. São Paulo: Editora livraria da física.
- Borges-Duarte, I. (2016). O afecto na análise existencial heideggeriana. *Revista de História e Teoria das Ideias*,35,135-150. doi: 10.4000/cultura.2603
- Clini, M. M. (2018). *Contemplações fenomenológicas entre arte e clínica*. São Paulo: Editora Verita.
- Cytrynowicz MB. (2000). O mundo da criança. *Daseinsanalyse*, 9,74-89.
- Cytrynowicz MB. (2000). O tempo da infância. *Daseinsanalyse*, 9,54-73.
- Cytrynowicz MB. (2005). O tempo na criança e a daseinsanalyse. *Daseinsanalyse*, 14,64-79.
- Cytrynowicz, M. B. (2018). *Criança e infância: fundamentos existenciais. Clínica e orientação*. São Paulo: Editora Chiado.
- Feijoo, A. M. L. C. (1997). Aspectos teórico-práticos na Ludoterapia. *Fenomeno PSI IFEN*,1(0),4-11. Obtenido de <http://www.ifen.com.br/site/revistas/revista%20IFEN%2021%20x%2028cm-3colu-3-v6%20LUDOTERAPIA%20PDF.pdf>
- Fernandes, M. A. (2015). Da temporalidade da existência e do instante: uma investigação ontológico-existencial segundo pensamento de Heidegger. *Nat Hum*, 17(1),32-57. Obtenido de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302015000100003
- Figueiredo, M. M. A. (2004). Brincadeira é coisa séria. *Revista Online Unileste*, 1,5. Obtenido de <https://www.unileste.edu.br/revistaonline/volumes/01/sumario.html>
- Fonseca, M. R. A., Campos, C. J. G., Ribeiro, C. A., Toledo, V. P. y Melo, L. L. (2015). Revealing the world of oncological treatment through dramatic therapeutic play. *Texto &*



contexto enfermagem, 24(4),1112–1120. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-0707201500003350014>

Frank, J. R. (2017). I can't get no saturation: a simulation and guidelines for sample sizes in qualitative research. *PLoS One*, 12(7),e0181689. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181688>

Green, C. S. (1974). Understanding children's needs through therapeutic play. *Nursing*, 4(10),31-32.

Heidegger, M. (2009). *Introdução à filosofia*. 2ª ed. São Paulo: WMF Martins Fontes.

Heidegger, M. (2012). *Ser e tempo*. São Paulo: Editora Vozes da UNICAMP.

Hopkins, R. M., Regehr, G. y Pratt, D. D. (2017). A framework for negotiating positional-ity in phenomenological research. *Med Teach*, 39(1),20-5. doi: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1245854>

Kirchner, R. (2012). A fundamental diferença entre o conceito de tempo na ciência histó-rica e na física: interpretação de um texto heideggeriano. *Veritas*,57(1),128-42. doi: <http://dx.doi.org/10.15448/1984-6746.2012.1.11230>

Kuhn, R., Cunha, A. C. y Costa, A. R. (2015). Sem tempo para brincar: as crianças, os adultos e a tirania dos relógios. *Revista Kinesis*, 33(1),103-118. Obtenido de <http://hdl.handle.net/1822/39091>

La Banca, R. O., Ribeiro, C. A., Freitas, M. S., Freitas, M. A. de O., Nascimento, L. C., Monteiro, O. O. y Borba, R. I. H. D. (2019). Therapeutic play in the teaching of insulin therapy to children with diabetes: a qualitative case study. *Rev. eletrônica enferm.*, 21. doi: <https://doi.org/10.5216/ree.v21.52591>

Martins J., Bicudo M.A.V. *Pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos-básicos*. 5ª ed. São Paulo: Centauro; 2005.

Nijhof, S. L., Vinkers, C. H., Van Geelen, S. M., Duijff, S. N., Achterberg, E. J. M., Van der Net, J., Veltkamp, R. C., Grootenhuis, M. A., Van de Putte, E. M., Hillegers, M. H. J., Van der Brug, A. W., Wierenga, C. J., Benders, M. J. N. L., Engels, R. C. M. E., Van der Ent, C. K., Vanderschuren, L. J. M. J. y Lesscher, H. M. B. (2018). Healthy play, better coping: The importance of play for the development of children in health and disease. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 95, 421–429. doi: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.09.024>

Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 0546, de 9 de maio de 2017. (2017). *Atualiza norma para utilização da técnica do Brinquedo/Brinquedo Terapêutico pela Equipe de Enfermagem na assistência à criança hospitalizada*. Brasília, DF: COFEN.

Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 466 de 12 de outubro de 2012. (2012). *Dispõe sobre diretrizes e normas para realização de pesquisas envolvendo seres humanos*.



Brasília: *Diário Oficial da União*; 2012. [cited 2020 Set 29]. Obtenido de http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.htm

Melo, L. L., Maia, E. B. S., Luz, J. H., Autora y Ribeiro, C. A. (2021). Brinquedo Terapêutico: Tecnologia de Cuidado à Criança. In: A. I. J Souza (Org), *Enfermagem Pediátrica. Avanços e contribuições para a prática clínica*. (pp.217-40). São Paulo: Papa Livros

Santos, R. P., Neves, E. T.y Carnevale, F. (2016). Qualitative methodologies in health research: interpretive referential of Patricia Benner. *Rev. bras. enferm.*, 69(1),192-196. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690125i>

Santos, V. L. A., Almeida, F. A., Ceribelli, C. y Ribeiro, C. A. (2020). Understanding the dramatic therapeutic play session: a contribution to pediatric nursing. *Rev. Bras. Enferm*, 73(4),1-8. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0812>

Silva, S. G. T., Santos, M. A., Floriano, C. M. F., Damião, E. B. C., Campos, F. V. de y Rosato, L. M. (2017). Influence of Therapeutic Play on the anxiety of hospitalized school-age children: *Clinical trial. Rev. bras. enferm.*, 70(6),1244–1249. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0353>

Silva, T. A. (2015). Heidegger e a temporalidade dos modos de fundar. *Ipséitas*, 1(1),86-105. Obtenido de http://www.revistaiipseitas.ufscar.br/index.php/ipseitas/article/view/27/pdf_4

Souza, M. A. (2020). *Sendo-na brincadeira: ser-á-irmão de crianças com doença crônica*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Campinas - São Paulo: Universidade Estadual de Campinas.



Albólógica *sine die*: De vivencias que habitan memorias donde subsiste la figura y la obra de Francisco Herrera-Rodríguez (1957-2023)

Albólógica *sine die*: Of experiences that inhabit memories where the figure and work of Francisco Herrera-Rodríguez (1957-2023) subsists

Albólógica *sine die*: De experiências que habitam memórias onde vivem a figura e a obra de Francisco Herrera-Rodríguez (1957-2023)

José Siles-González^{1*}

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

*Correspondencia: Departamento de enfermería. Universidad de Alicante. 03080 Alicante.

Cómo citar este artículo: Siles, J. (2023). Albólógica *sine die*: De vivencias que habitan memorias donde subsiste la figura y la obra de Francisco Herrera-Rodríguez (1957-2023). *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(67). <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.26492>

Received: 21/10/2023

Accepted: 07/11/2023



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

Abstract: The objective of this article is to vividly evoke the shared experiences with Professor and researcher Francisco Herrera-Rodríguez and to explicitly outline the most significant aspects of his contribution to the history of medicine and nursing, based on both historical research and narrative, highlighting his strong commitment and dedication to literary sources. The methodology employed has focused on autobiography, recalling shared moments in academic, artistic, literary, and leisure contexts; that is, the creation of autobiographical life stories focused on the times when various interactions occurred between Francisco Herrera-Rodríguez and the author. The results demonstrate the importance of Francisco Herrera-Rodríguez's contributions to the history of medicine and nursing. Likewise, the great humanistic quality of the mentioned researcher is evident. **Conclusions:** Francisco Herrera-Rodríguez, through the cultivation of his favorite passions—historical research, literature, drawing, painting, and art in general—emerged as a profound humanist who positively influenced the education of historians in the fields of medicine and nursing.

Keywords: Francisco Herrera-Rodríguez; History of medicine; history of nursing; Literature and care; Narrative-based nursing; Poetry of Care.



Resumen: El objetivo de este artículo consiste en evocar de forma nítida las vivencias compartidas con el profesor e investigador Francisco Herrera-Rodríguez y explicitar los aspectos más significativos de su aportación a la historia de la medicina y la enfermería basadas tanto en la investigación histórica como en la narrativa resaltando su gran compromiso y dedicación con las fuentes literarias. La metodología empleada se ha centrado en la autobiografía rememorando momentos compartidos en contextos académicos, artísticos, literarios y de puro ocio; es decir en la elaboración de relatos de vida autobiográficos enfocados a los tiempos en los que se han producido interacciones de diversa índole entre Francisco Herrera-Rodríguez y el autor. Los resultados muestran la importancia de las aportaciones de Francisco Herrera-Rodríguez a la historia de la medicina y la historia de la enfermería. Asimismo, queda demostrada la gran calidad humanística del mencionado investigador. Conclusiones: Francisco Herrera-Rodríguez, mediante el cultivo de sus predilectas pasiones: la investigación histórica, la literatura, el dibujo, la pintura y el arte en general; se erigió en un humanista de gran calado que incidió positivamente en la formación de historiadores de la medicina y la enfermería.

Palabras clave: Francisco Herrera-Rodríguez; historia de la medicina; historia de la enfermería; Literatura y cuidados; Enfermería Basada en la Narrativa; poesía de los Cuidados.

Resumo: O objetivo deste artigo é evocar de forma nítida as experiências compartilhadas com o professor e pesquisador Francisco Herrera-Rodríguez e explicitar os aspectos mais significativos de sua contribuição para a história da medicina e enfermagem, com base tanto na pesquisa histórica quanto na narrativa, destacando seu grande comprometimento e dedicação às fontes literárias. A metodologia utilizada concentrou-se na autobiografia, recordando momentos compartilhados em contextos acadêmicos, artísticos, literários e de lazer; ou seja, na elaboração de relatos de vida autobiográficos focados nos momentos em que ocorreram interações de diversas naturezas entre Francisco Herrera-Rodríguez e o autor. Os resultados mostram a importância das contribuições de Francisco Herrera-Rodríguez para a história da medicina e enfermagem. Da mesma forma, a grande qualidade humanística do referido pesquisador fica evidente. Conclusões: Francisco Herrera-Rodríguez, por meio do cultivo de suas paixões preferidas - pesquisa histórica, literatura, desenho, pintura e arte em geral - tornou-se um humanista de grande envergadura que teve um impacto positivo na formação de historiadores da medicina e enfermagem.

Palavras-chave: Francisco Herrera-Rodríguez; história da medicina; história da enfermagem; literatura e cuidados; Enfermagem Baseada na Narrativa; Poesia dos Cuidados.



INTRODUCCIÓN

El sentido de este título

Albólógica es el término que me ha parecido más ajustado a la naturaleza humanística de Francisco Herrera, a su carácter dotado de una exquisita sensibilidad no exenta de esa afable picardía gaditana que lo adornaba, y, sobre todo, por ser una persona más inclinada a la generosidad y a un cuasi optimismo que a claudicaciones preliminares de



cualquier género. Él mismo empleo el destilado concepto “albólógica” para rociar de albor la sentida despedida que le dedico a su querido amigo y colega Anastasio Rojo Vega (Herrera, 2017). El tratado del alba, su estudio, puede servir para ilustrar desde la subjetividad las vivencias que, en algún momento de nuestras vidas, experimentamos en nuestros paraísos olvidados.



Francisco Herrera-Rodríguez fue un creyente y practicante del recuerdo y la evocación a través de la narrativa y la poesía, y demostró -a través de sus obras- cómo pueden llegar a salvarnos de perder para siempre esos edenes que siguen flotando en algún lugar recóndito de nuestra memoria. La subjetividad, que es la herramienta nuclear del ejercicio rememorativo, ha sido la parte de la realidad más marginada por la ciencia neopositivista y ese exilio de una de las partes más esenciales del sujeto (subjetividad) ha repercutido en una progresiva depreciación de la existencia degradándola a un mecanicismo tan objetivo como estéril y radicalmente erróneo. ¿Qué sería del ser humano sin esa nostalgia que, como un remedio natural y casero de la intimidad, parece restituir una parte del pasado para aplacar las tormentosas incertidumbres en ciernes? En el contexto de la investigación cualitativa, la Ciencia Basada en la Narrativa (tanto la enfermería como la medicina) han rescatado la subjetividad para integrarla en el proceso de construcción de evidencia científica y Francisco Herrera Rodríguez era uno de sus más activos e ilustres fieles (Siles, 2023).

Síntesis, a vista de pájaro, de las investigaciones y trayectoria académica de Francisco Herrera-Rodríguez

La brillante y ejemplar trayectoria académica de Francisco Herrera Rodríguez (1957) se desarrolla oficialmente en el transcurso comprendido entre los años 1985 y 2017, aunque tras su jubilación siguió investigando y publicando con misma dinámica -o aún con mayor ímpetu- que lo había hecho durante su período laboral en activo. Nacido en Cádiz (1957), realizó la licenciatura y el doctorado en la Facultad de Medicina. En su tesis doctoral, titulada: La investigación científica en la Facultad de Medicina de Cádiz a través de las tesis doctorales producidas en la misma en el siglo XIX. Aportó luz y conocimiento sobre la temática en cuestión. Este estudio, que defendió en 1987 obteniendo la máxima calificación académica, fue publicada por el Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz en 1987.

Dirigió 11 tesis doctorales obteniendo todas ellas la máxima calificación y entre su temática destacaban temáticas como la epidemiología, la mortalidad, los estudios biográficos y el humanismo y la literatura en el contexto



de la medicina y la enfermería: Mortalidad y estudio sociosanitario de Vejer de la Frontera (1900-1950) 2017; Médicos y medicina en la obra de Gabriel García Márquez 2016; El libro médico-científico en la Biblioteca del Real Colegio de Cirugía a la Facultad de Medicina de Cádiz 2016; Vida y obra de don Francisco de Flores Moreno (1761-1839) 2016; Las enfermedades del riñón y vías urinarias a través de la prensa médica gaditana: (1820-1936) 2016; Rehabilitación, medicina e historia en la obra de Antonio Orozco Acuaviva (1934-2000) 2016; La mortalidad en Cádiz (1900 - 1920) 2016; Vida y obra de Juan Bautista Chape (1800-1887) 2014; El Hospital de la Segunda Aguada (1793-1854) 2012; La mortalidad en Cádiz (1923-1939) 2008; La prensa de las profesiones auxiliares sanitarias en Andalucía. Estudio socio-profesional (1916-1939) 1994.

Francisco escribió más de un centenar de artículos científicos que publicó en diversas revistas de gran prestigio. Asimismo, llegó a publicar 7 libros científicos dedicados a la historia de la medicina y a la relación entre historia, medicina, enfermería, enfermedad y literatura. Buen ejemplo de lo anteriormente expuesto son sus escritos sobre médicos amantes y practicantes de la literatura. Así se evidencia en estudios como el dedicado a Luis Sánchez Granjel (Literatura y medicina en la obra del profesor Luis Sánchez Granjel) escrito junto a José María Urkia Etxabe y publicado en Salamanca (Herrera-Rodríguez y Urkia-Etxabe, 2015); el genial ensayo titulado: Las enfermedades de Sísifo. Reflexiones sobre literatura, medicina y sociedad (Herrera-Rodríguez, 2011) en el que hace gala de su humanismo para analizar y reflexionar sobre medicina, enfermería y enfermedades empleando para ello las obras de autores como: Daniel Defoe, Walt Whitman, Arthur Conan Doyle, Graham Greene, José Luis Sampedro, José Comas, Miguel de Unamuno, Luis Sánchez Granjel, Harold Brodkey y Gregorio Marañón. En este mismo texto intercala dibujos y pinturas suyas en los que plasma los rostros de los autores analizados dejando al descubierto su pasión por el dibujo, la caricatura y el retrato.



METODOLOGÍA

Se ha empleado la Enfermería Basada en la Narrativa (EBN) (Siles, 2019) enfocada a las vivencias compartidas con el autor y obras de Francisco Herrera-Rodríguez de forma retrospectiva. Para lo cual se utilizaron técnicas como la autobiografía y el relato de vida enfocado en los momentos compartidos con Francisco Herrera Rodríguez. El análisis de los datos obtenidos de forma tanto empleando la reflexión en el contexto del ejercicio evocatorio como mediante la consulta -siguiendo sistemáticamente una cronología determinada- de documentos escritos (artículos, relatos, poesías, etc.) e iconográficos (caricaturas, retratos, fotografías, etc.), ha dado lugar a la interpretación de los datos integrados en documentos científicos, literarios y biográficos desde categorías principales: historia de la medicina, historia de la enfermería, literatura y enfermedad, relatos, poesía, dibujos, caricaturas y fotografías, humanismo.

DESARROLLO DEL TEMA

Primer encuentro con Francisco Herrera Rodríguez

El hallazgo casi en tiempos primordiales con Paco se produjo allá por el inicio de la década de los noventa. Francisca Hernández Martín, una persona que resultó decisiva en el inicio y evolución de la historia de la enfermería en España (Siles, 2021) había organizado un Seminario de Historia de la Enfermería en la facultad complutense de Madrid en 1992: las I Jornadas con el lema "La Enfermería en el siglo XX, de oficio a profesión: los momentos del cambio". Allí nos encontramos por vez primera con algunos de los entrañables amigos que tanto han hecho por la historia de la enfermería española: Amparo Nogales, los hermanos García Martínez, Carmen Chamizo, Jesús Prieto, Antonio Galindo Casero, Juan I. Valle Racero, Manuel Ferreiro Ardións, Juan Lezama Valdubieco etc. Paco era uno de ellos, uno de los que tuvimos la suerte y deleite de compartir un inmenso perol colmado de lentejas al "pom pom", que Francisca hizo que nos sirvieran en los bajos de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense. Aquellas



legumbres pardinas o franciscanas resultaron mágicas, pues desde entonces la mayoría de los que nos encontramos aquel significativo día nos integramos en un nuevo y férreo paradigma que funcionó como piedra angular para el vertebrar una nueva disciplina en España: la historia de la enfermería. Pero lo cierto es que en aquella primera ocasión apenas tuvimos tiempo de presentarnos y poco más.

Poco después, con motivo del *I Congreso Nacional "La Enfermería en los Hospitales de los siglos XVI-XVII"*, celebrado en Valencia en 1994, donde Paco presentó su trabajo sobre "La prensa andaluza de los practicantes y matronas (1916-39) (Herrera- Rodríguez y Lasarte Calderay, 1996) volvimos a encontrarnos, pero esta vez con mucho más tiempo, pues incluso compartimos mesa y mantel comiendo juntos -con mi mujer, Encarni, que nos acompañaba- tras realizar una pequeña escapada de dicho evento. Desde ese día, que estuvo bastante encapotado y cubierto de grises levantinos, puedo decir que Paco siempre estuvo presente en mis cuitas académicas y literarias.

Una jornada inolvidable con Francisco Herrera Rodríguez...allá por 1999

En una de mis primeras visitas a Cádiz auspiciada por Paco aprovechando la celebración de una exposición organizada por el Colegio de Enfermería de Cádiz con motivo de su centenario (había sido fundado en 1900) y en la que tuvieron lugar varias actividades (yo me ocupé, entre otros, de la incidencia de Concepción Arenal en la enfermería española); Paco, en forma como pocos, me dio una auténtica paliza recorriendo las calles de su querida Cádiz. Entre otros lugares me llevó al Museo Arqueológico de Bellas Artes y Etnográfico (Imagen 1). Allí contemplamos esculturas, pinturas (Zurbarán, Murillo, Alonso Cano y otros excelsos representantes del arte pictórico), artefactos varios funcionales y decorativos; pero sobre todo, Paco hizo hincapié en los restos fenicios y su vinculación con la cultura gaditana: los sarcófagos antropoides femeninos y masculinos, las ánforas y los abalorios de todo tipo (collares, pulseras, etc.).



Imagen 1. Paco y yo en el Museo Arqueológico (...) de Cádiz.



Fuente: Fotografía tomada por una persona que pasaba por la misma sala con cámara de Paco (año 2000).

Más tarde, a la hora del aperitivo, y como todo no iba a ser cultura mu-seística, caminamos un buen trecho hasta alcanzar la calle Feduchi donde nos introdujimos sin demasiado protocolo en el *Templo de la Manzanilla*. Allí después de sopesar el desgaste milenario de la barra nos sentamos en unos taburetes y en torno a unas curtidas mesas de madera que expelían bufidos etílicos, dimos cumplida cuenta de otro tipo de cultura: la de los buenos caldos. Se trataba de un lugar de rancio abolengo alcohólico fundado en



1744 y colmado de grandes y añejos barriles y paredes inundadas de cartelera taurina que estaba regentado por un par de atípicos camareros (yo les denominaría *artistas de bodega existencial*) (Imagen 2)¹.

Imagen 2: Paco, Mari Carmen y Encarni en El Templo de la Manzanilla



Fuente: Foto realizada por uno de los camareros del "Templo"

Tras probar ese líquido pajizo y de tez pálida, la manzanilla de Sanlúcar, volvimos al exterior y anduvimos por varias callejuelas hasta dar con un restaurante de cuyo nombre no tengo rastro en la memoria. Sí recuerdo lo agradable y rica que estuvo la comida a base de pescadito frito y otras maravillas marinas tales como los camarones y las coquinas: "Son de confianza Pepe" me dijo Paco para tranquilizar mi conciencia (poco acostumbrado a semejantes manjares). Después de comer bajamos al sótano donde Paco me

¹ Muchos años después, con motivo de uno de mis viajes a Cádiz, volveríamos a aquel añejo templo de la manzanilla con nuestras respectivas mujeres: Mari Carmen y Encarni.



mostró un antiguo aljibe y las piedras ostioneras que los gaditanos de antaño habían arrancado al mar para hacer sus casas. Todavía recuerdo en aquel sótano el brillo casi terso de una luz que se resistía a iluminar abruptamente aquel escenario que, sin duda, merecía también la respetuosa complicidad del albor eléctrico.

Luego, volvimos al Colegio de Enfermería y estuvimos toda la tarde trabajando en la exposición con el resto de los integrantes de la comisión gestora de la celebración del centenario de tan ilustre institución. Finalmente, tras varias horas de trabajo y muy entrada la noche, ninguno de los dos teníamos ganas de cenar. Lo único que nos apetecía era descansar. Así y todo, Paco se empeñó en acompañarme hasta la Plaza de San Francisco donde estaba el hotel *Francia y París* que él mismo había reservado para mi alojamiento. Nos despedimos con un abrazo mientras me soltaba una frase de esas tan lapidaria que solía descabalar con la santa gracia que le adornaba: “Aquí han estado personajes que están casi a tu altura Pepe: Ortega y Gasset y Juan Ramón Jiménez...aunque claro, ellos no eran de Cartagena”.

Fragmentos memorables de mis estancias en Cádiz con Francisco Herrera Rodríguez: entre los años 2000 y 2021

Siempre que viajaba a Cádiz Paco y yo solíamos dar largos paseos por el Campo del Sur y nos recreábamos dejándonos invadir por esa brisa atlántica que nos retrotraía algo fantasiosamente a las caminatas de Ernesto Hemingway por el malecón habanero. Éramos como dos autores totalmente en blanco cuya sequedad creativa solo podía remediarse con aquella atmósfera marina. Tal vez por eso y para abandonar cualquier asomo de charla sobre el día a día académico, cualquier excusa era buena para dar un giro a nuestra conversación. Así, por ejemplo, cuando avizorábamos un pequeño bote en las inmediaciones de la orilla, interrumpíamos la marcha y nos dejábamos caer apoyándonos en la balaustrada para comentar con descomunal sosiego los movimientos de los pescadores con sus cañas meciéndose en su embarcación al vaivén de las tímidas olas y haciendo aspavientos para



ahuyentar las gaviotas que merodeaban hambrientas y expectantes. ¡Nada que ver con el Viejo y el Mar, excepto el viejo y el mar!

Proseguimos la caminata pasando por los baluartes de Capuchinos y los Mártires vislumbrando la Puerta de La Caleta. “Ese es el paseo que han dedicado a Fernando Quiñones” (uno de los autores máspreciado de Paco), me susurraba henchido de satisfacción mientras se limpiaba sus gafas fumigadas por el viento húmedo. Este paseo era el acceso al Castillo de San Sebastián de cuya historia también quede bien informado por mi entrañable y erudito compañero de vagabundeo.

En otra de mis estancias en Cádiz, Paco me llevó a visitar el *oratorio de San Felipe Neri*. Mientras me comentaba en voz apenas perceptible asumiendo la respetable inviolabilidad de una paz silenciosa e inerte: “Es de un barroco algo tardío, pues se construyó entre el último cuarto del XVII y el primer cuarto del XVIII, pero aquí es donde se coció todo para llegar a estampar la firma de la Pepa en 1812” me dijo permitiéndose esbozar una pequeña brizna gaditana de orgullo. Recuerdo perfectamente que nos sentamos en uno de los asientos de las filas postreras. El oratorio estaba vacío y en aquel silencio espectral, ambos nos dejamos llevar por una introspección que nos llevaba muy lejos del momento vivido para realzar una respetuosa y transcronológica admiración. Especialmente, quedábamos absortos cuando nos atrevíamos a mirar hacia la cúpula que parecía acoger todo el universo bajo su elíptica esfericidad. Tan lejos me encontraba de mi momento histórico que, por un instante, me pareció atisbar como discutían acaloradamente los más de 700 diputados de las Cortes de Cádiz...incluso algunos, los más acalorados, parecían dirigir sus miradas a mí, como requiriendo mi aquiescencia sobre su perorata.

Tampoco puedo recordar con exactitud cuando Paco me llevó a la Torre Tavira aunque no después de darme un curso intensivo bastante detallado sobre los distintos tipos de torres y sus características

Estábamos febrero y el poniente gaditano rociaba sus gafas con imperceptibles gotas que apenas empañaban sus cristales.



-Pepe estas construcciones se erigieron con un propósito esencialmente comercial para otear y vigilar los navíos que salían o entraban desde allende los mares cargados con las más diversas mercancías, pero con el tiempo estas benditas torres o miradores le confieren a esta ciudad fenicia un plus de belleza que contribuye a hacerla única. Están como escondidas porque cuando recorremos las callejuelas, aun las más cercanas, no las divisamos hasta que nos damos de bruces con ellas al torcer por cualquier esquina. Hay en la actualidad unas 133 torres ubicadas en pleno centro gaditano. Tienen una estructura muy parecida en lo básico: se levantan alrededor de un patio central. La parte comercial del edificio se ubicaba en el bajo, en el primer piso se destinaba al domicilio familiar, en la segunda planta solían vivir los criados y empleados y, en lo alto, en las terrazas se construyeron las torres. Estas edificaciones, por su morfología, se clasificaron en cuatro clases: de garita (que consiste, como su propio nombre indica, en la construcción de un pequeño habitáculo que sirve de resguardo en la azotea; de terraza (que es muy básica y es tan solo una torre cuadrangular); de sillón (cuya superficie es también cuadrada, pero con un alineamiento o respaldo posterior que le asemeja a un sillón); y por último unas torres híbridas que combinan elementos de las anteriormente mencionadas.

Llegamos a la calle Marques Real del Tesoro y, tal como dijo Paco, nos dimos de bruces con la Torre Tavira. “Esta torre fue construida en el siglo XVIII y mantienen, en lo esencial el estilo barroco típico de las ciudades portuarias mediterráneas. Le llaman así en honor al teniente de fragata de la Armada Antonio Tavira, el pionero de los vigías de la torre y se erige en la cota más elevada de Cádiz: unos 50 metros sobre el nivel del mar” comentó Paco mientras entrábamos por la puerta después de sacar las correspondientes entradas. Subimos hasta la cámara oscura donde nos hablaron de las características de estos artefactos parientes mágicos de la tecnología empleada por hechiceros y brujas, y después estuvimos contemplando la ciudad desde el mirador donde Paco, como solía hacer asiduamente hizo varias fotos.



Mi Relación epistolar con Francisco Herrera Rodríguez y su amor por los libros y la fotografía

No exagero en absoluto al sostener que la persona con la que más me he intercambiado correspondencia ha sido Paco. No recuerdo cuando empecé el “carteo” de la forma más tradicional, pero hace muchos, pero que muchos años. Los motivos que inspiraban aquellos breves manuscritos -ambos, tal vez, recelábamos de cansar al respectivo destinatario- eran de lo más diverso: noticias sobre un congreso, un evento académico como una tesis (Paco estuvo integrando el tribunal de mi tesis doctoral en Alicante donde tuvo un papel brillante destacando por su profundo conocimiento de la temática)² y luego participó en muchas otras de las que “de cuando” en cuando me hablaba. Aunque estos temas fueron reduciéndose al mínimo hasta desaparecer de las misivas.

La literatura, el arte y las cosas de la vida (buenas y menos buenas) fueron cogiendo el relevo poco a poco en nuestras cartas. Cuando hoy pienso en la causa de esta relación epistolar, me percató de que tal vez lo que realmente ocurría es que necesitábamos tomar aire y salir de la rutina académica que, de alguna forma y a pesar de constituir un privilegio, no estaba ni está exenta de cierta pesadez burocrática. No en vano Paco era un humanista de primera³ y como sostenía Terencio nada de lo humano le era ajeno, y ese radical conocimiento de la naturaleza humana se encuentra casi más y mejor en los libros que en una realidad cotidiana enturbiada por las más-caras que nos habitan en el día a día.

En esas cartas Paco me contaba cosas, sobre todo, concernientes a eventos literarios. Se pasaba horas en las librerías (sentía tanta pasión por las

² Todavía recuerdo con enorme cariño y nostalgia sobrevenida la comida en el Restaurante La Peña del Campello y como, por la excesiva prolongación de la tertulia en la sobremesa, Paco casi pierde el tren de vuelta: saltó prácticamente del coche en marcha porque se nos había pasado la hora. En aquel entonces todavía éramos jóvenes y estábamos algo más ágiles.

³ A estas alturas puedo afirmar que no he conocido a nadie que, como Paco, reuniera, simultáneamente, una exquisita sensibilidad que conjugaba en los tres tiempos con un humanismo radical (de profundidad) y de compleja comprensión tal como corren los vientos y las épocas.



librerías y sus libros como por los archivos y los legajos). Quizás una de las librerías más queridas por él fuera la de *Manuel de Falla* en la plaza de la Mina. Al menos en algunas de nuestras salidas me llevó allí y me presentó al librero (todo un artesano del libro).

También solía ir a muchas presentaciones de libros y charlaba con los presentadores y los autores. Luego me enviaba las novelas o poemarios dedicados por estos autores y me describía esquemáticamente las líneas maestras de la poesía de tal o la prosa de cual. Sería farragoso hacer un recuento exhaustivo de los novelistas y poetas que he llegado a conocer gracias a mi querido Paco, pero me resulta imposible no hacer siquiera una breve síntesis.

Ente los novelistas, destacaría a su querido Fernando Quiñones del que poseo una larga relación de relatos y novelas gracias a su generosidad: *Libro de relatos*, *La gran temporada* (donde se integran una serie de relatos inspirados en la tauromaquia), *Cinco historias del vino*, *La guerra, el mar y otros excesos*, *El amor de soledad Acosta* (que había editado en Aguaclara un amigo mío: Luis T. Bonmati), etcétera (Imagen 3). Los relatos del jerezano Evaristo Montaña llegaron a sorprenderme en un momento especial de mi vida...al menos tan especial como el título de su libro titulado: *Cuentos de un Inconsciente*.



Imagen 3 Paco y Pepe flanqueando a Fernando Quiñones



Fotografía realizada por Mari Carmen

Los poemas de otro jerezano, Mauricio Gil con su impactante *Declaración de un vencido* me dejaron una huella a la que todavía se le puede seguir el rastro. Otro poemario *Los huecos de la memoria* del gaditano de adopción Rafael de Cózar confesando en un verso disgregado del territorio poético que él también es un fantasma (memorable). Otro gaditano que fabricaba versos artesanalmente, Jesús Fernández Palacios, escribió *Poemías*, sin que lo supiera del todo, con la única finalidad de que Paco me mandara su hermoso poemario.

Paco, incansable en su labor de catequista literario para conmigo, también me introdujo en el género aforístico mandándome el compendio de aforismos titulado *Aerolitos Completos* del heterodoxo funámbulo y asceta
<https://culturacuidados.ua.es>



gaditano Carlos Edmundo de Ory. Sobre poetas y su poesía he llegado a conocer gracias a Paco autores: José Saborit (con quien Paco se encontró en la feria del libro de Cádiz hace unos años) enviándome su poemario: *La misma Savia*; Víctor Rodríguez con su colección de poemas *Despegue*. Un libro extraño de difícil catalogación es el que me envió hará un par de años cuyo título ya lo pone a uno en guardia respecto a lo que se puede esperar: *La trilogía de las vidas standars* del también gaditano y bohemio poco dado a los procesos de adaptación y convencionalismos Eloy Gómez Rube. Por último, en mi encuentro postrero con Paco en Cádiz, en la librería de Manuel Falla, Paco me obsequió un libro de ensayo que se centraba en una añeja y singular tradición de una buena parte de la tropa literaria: la vinculación entre el alcohol y la creación literaria. Lógicamente se titulaba *Alcohol y literatura* (publicado por la editorial *Menoscuarto* y Javier Barreiro era su autor).

En este mal llamado intercambio, yo le remitía ondanadas de poetas cartageneros como el poemario *Las lágrimas de Ahab o el Museo de Cera* de mi admirado José María Álvarez (mi poeta preferido junto con Thomas Eliot), o también varios poemarios de otro entrañable amigo y poeta cartagenero: Antonio Marín Albalate. En una ocasión le envié un poemario de Alejandra Pizarnik (creo que fue uno de los que más le atrajo) porque tiempo después escribió sobre la misma Pizarnik, Virginia Wolf y Anne Sexton (todas poetisas que acabaron suicidándose).

Breve síntesis sobre la actividad literaria de Francisco Herrera-Rodríguez

Pero, Francisco escribió mucho más de lo que publicó. Era una persona muy exigente consigo misma y él mismo se ponía el listón muy alto en todo lo que acometía, aunque siempre derrochando pasión por el empeño en el que estuviera inmerso. Como se verá más adelante, Paco sentía un gran amor por la literatura y dedicó buena parte de su tiempo a la lectura de novelas, poesías, ensayos y aforismos. Así, pues, ni la narrativa ni la actividad estética le fueron ajenas, plasmando una significativa muestra de sus observaciones, descripciones y sentimientos más esenciales en un buen número de excelentes relatos y poesías.



Quizás uno de las obras más difícil de clasificar y más querida de Paco (la dedicó a su mujer Mari Carmen) sea la titulada *Biombos y espejos*, pues en la misma tenían cabida tanto microrrelatos relatos como poesía, aforismos y reflexiones sobre la temática más diversa. Él mismo describe esta obra como: “En estas páginas se presentan prosas, aforismos, reflexiones y microrrelatos que tratan sobre la muerte, el amor, la soledad, la pobreza, la injusticia, la enfermedad, la música, el cine, la literatura y la vida en la ciudad” (Herrera-Rodríguez, 2020).

A Alejandra Pizarnik le dedicó este poema: *Flora, Alejandra, siempre Pizarnik/nunca Andrea/ como te nombró la que no/te quería./ Te quedas sin isla y saltas sin/paracaídas a la sombra de los/pronombres./ El alba clareó el árbol de/Diana. Camisa en llamas* (Herrera, 2020, 43).

A Caballero Bonald (otro de sus poetas preferidos) le dedicó esta reflexión en la que intervienen los estorninos de Eritheia, Hume y del hablar de pájaros y árboles: *Los estorninos arbolizan en el/ atardecer de Eritheia, mañana verán el/amanecer de la Argónida. El mosquitero/ de Hume merodea los álamos, aparece en/las altas ramas y se esconde. Pájaros,/pájaros que burlan al tiempo, que burlan/al olvido. Nadie se da cuenta de que/pájaros y árboles hablan sin que nadie los/escuche* (Herrera-Rodríguez, 2020, 43).

A los mendigos se dirige Paco en otro fragmento de sus *Biombos y espejos*: *Mendigos/Enero sin casa, aljibe sin agua,/puentes rotos en el Aquerón del infierno,/ojos que desde el suelo ven zapatos/veloces que se encaminan hacia una nada/con eventos, llena de contraseñas, de/cajeros automáticos y tardes de/dominicos encendidas con luces de/farmacia, esas luces que no tienen la/dignidad de los faros* (Herrera Rodríguez, 2020, 44).

Sobre la Libertad nos donó esta reflexión poética: El hombre construyó una barbacana/ alrededor de su casa, no para espantar a/los lobos sino para los hombres que/asedian los cantiles del invierno./ Sólo/libertad soñando (Herrera-Rodríguez, 2020, 51).

A su amigo Pepe Siles le dedicó su *A Persiles de Kartápolis: Persiles bajaba a la calle con la peseta/materna y la toalla en la mano para/comprar el hielo, ese*



*hielo duro y blanco/que roto a trozos conservaba como podía/los alimentos en ne-
 ras amarillentas y/de bisagras oxidadas. En los días de/amígdalas y fiebre sacaba la
 caja del/cartón de los tebeos, siempre los mismos,/pero en cada postración sin cole-
 gio/parecía que contenían historias nunca/leídas. Luego se pobló la casa con los/rui-
 dos y luces de un artefacto con carta/de ajuste que solo entendía ese hombre/sabio
 que siempre venía por las tardes a/orientar las veletas de las azoteas, a lo/justo para
 escuchar los tiros virginianos/y ver las colisiones submarinas. Pero la/calle tiraba
 del niño Persiles, solitario,/buscador temprano de muelles, del/barcos, de marineros
 tristes con anises/peleones en el aliento. Luego, de vuelta/a casa, el niño miraba las
 estrellas detrás/de los visillos y escuchaba las voces de/los vecinos que codificaban
 su destino/entre los cacharros de las cocinas y las/luces de los patios. Así nació el
 poeta/Persiles, en una Kartápolis de piteras/ardientes, luces doradas, iglesias/ultra-
 marinas, edificios oficiales de/navegantes y barcos de toda índole,/algunos con no
 muy buenas intenciones./Así se le cortaron los labios al poeta, con/los vientos me-
 diterráneos y los soles/eternos de ítacas perdidas tierra adentro.*

Otra de las creaciones de Paco: *El río de Heráclito*, integra de nuevo un surtido de géneros (aforismo, prosa, poesía) incitando a la reflexión sobre los más variados temas. En uno de los poemas celebra el Funes hipermnésico de Borges que es incapaz de dormir y, consiguientemente, de olvidar...no se puede permitir ni el más mínimo hueco de desmemoria: *Escucho la noche con la paciencia y la condena/de un Funes memorioso; suena el fragor/de las lanzas, el roce mecánico de las flores, el/canto hipotecado de los pájaros y los crujidos/de esqueletos presuntuosos que en su boca llevan malvas falsas* (Herrera-Rodríguez, 2017a, 36)

De la aguda capacidad de observación de Paco nos ha legado, entre otros, relatos como el descrito en *Camino Soria* que el mismo describe como un ejemplo de: *“Josep Pla nos enseñó que la vida en todas sus dimensiones cabe en un autobús, por eso el viajero mira a los árboles del camino, pero también a los corazones dolientes y alegres que le acompañan. Las historias que ve y escucha son arrolladoras, como decía María Zambrano de los personajes de Galdós, salvo que aquí en el autobús el viajero siente la devastación y la gloria de la vida en carne viva”*. El relato se inicia con esta contundente descripción de una mujer subiéndose al autobús: *El autobús paró y se subieron varios viajeros, entre ellos*



una mujer con el pelo arruinado, la falda muy corta y penumbra de alcohol en la mirada (...)" (Herrera-Rodríguez, 2015, 34).

En un homenaje sentido a García Márquez, Paco exterioriza los sentimientos y pensamientos que le generó la lectura del autor colombiano:

Gabo se ha echado un rato a dormir y el Magdalena macondece con la luz y el fervor de los bananos que calientan las fábricas de hielo del Caribe. Macondece en el mundo y Gabo aparece en los cañaverales del sueño con sonrisa de niño eterno y le envía la carta esperada al viejo coronel y reescribe otro final para Ángela Vicario y Santiago Nasar. Gabo viaja en tren cuatro días con sus noches y en cada macondecer le entrega a Isabel las llaves oxidadas del Universo y una flor roja que la hace dueña de todos los agostos. Macondece en alta mar y Gabo le pone en los labios al náufrago panela y dulce de guayaba. Gabo se marca una cumbia en Cartagena de Indias y las putas tristes resucitan de los amores cansados, y la Cándida Eréndira huye con Ulises por los médanos callados que la alejan de una abuela inmisericorde. Macondece en Aracataca y Amaranta teje lienzos de amor en vez de mortajas. Gabo se ha echado a dormir un rato, feliz e indocumentado, Florentino Ariza y Fermina Daza custodian sus sueños de una América justa y libre. Macondece y a Gabo, orfebre eterno, le sorprende un nuevo día haciendo pescaditos de oro que alegran los años y las soledades de los hombres mortales (Herrera, 2014, 121-122).

En *Donde habita el olvido no hay rosas rojas* Francisco Herrera-Rodríguez elabora un tan brevísimo como intenso relato, sumergiéndonos de lleno en la constante menos retórica de la realidad: su carácter efímero y, a veces, baldío. Francisco Herrera teje una narración cuyo hilo conductor es la fragilidad de la memoria; o lo que es aún más contundente y casi desalentador: la fortaleza de la desmemoria. Una llamada a la reflexión sobre las consecuencias que, en la vida y en la muerte del ser humano (ese animal que camina erguido con el fatuo orgullo de su autoproclamada condición de racional), puede tener tanta capacidad de olvido (Herrera-Rodríguez, 2015,12).



Los dibujos y la fotografía como complemento en las creaciones científicas y literarias de Francisco Herrera-Rodríguez

Como se ha mencionado, Francisco Herrera Rodríguez sentía una atracción especial por el dibujo, la pintura y la fotografía, por lo que era bastante frecuente que intercalara entre sus textos científicos o literarios diferentes dibujos, fotografía o pinturas. Así, por ejemplo, en sus *Enfermedades de Sísifo* ilustró las aportaciones de diferentes autores (relacionando la literatura con la enfermedad) con sus respectivos retratos o caricaturas empleando diferentes técnicas en su elaboración: rotulador, lápiz, lápiz y pastel, tinta, etc. De esta forma el afortunado lector que tenga la oportunidad de leer este proverbial ensayo donde se integran literatura, medicina y enfermería, podrá disfrutar observando los rasgos personales de sus autores según la perspectiva de Francisco Herrera-Rodríguez: Graham Greene (Imagen 4), Gregorio Marañón (Imagen 5), José Luis Sampedro (imagen 6), Luis Sánchez Granjel (Imagen 7), Daniel Defoe (Imagen 8), Miguel de Unamuno (Imagen 9), Walt Whitman (Imagen 10). Paco también solía acompañar sus reseñas con dibujos; sirvan de ejemplo los dedicados a Gabriel García Márquez en la reseña Macondece (Imagen 11), y el dibujo integrado en la reseña de la novela de José Siles *Kartápolis* (Imagen 12).



Cultura de los Cuidados. 3º Cuatrimestre 2023. Año XXVII. nº 67

Imagen 4 Graham Greene. Dibujo a tinta de Francisco Herrera-Rodríguez



Fuente: Dibujado por Francisco Herrera y publicado en Enfermedades de Sísifo

Imagen 5 Gregorio Marañón. Caricatura a lápiz de Francisco Herrera-Rodríguez

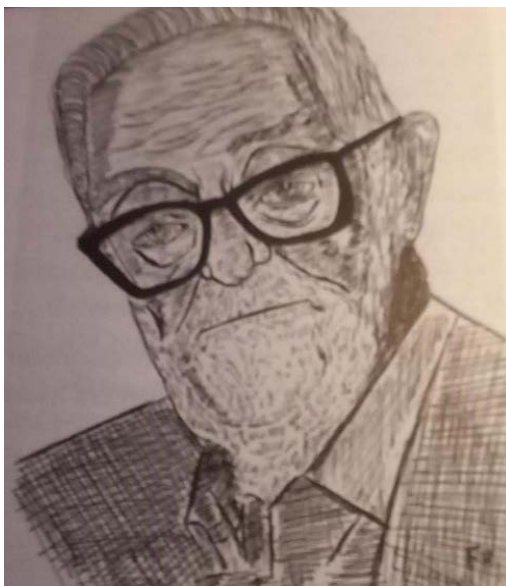


Fuente: Dibujado por Francisco Herrera Rodríguez y publicado en Enfermedades de Sísifo



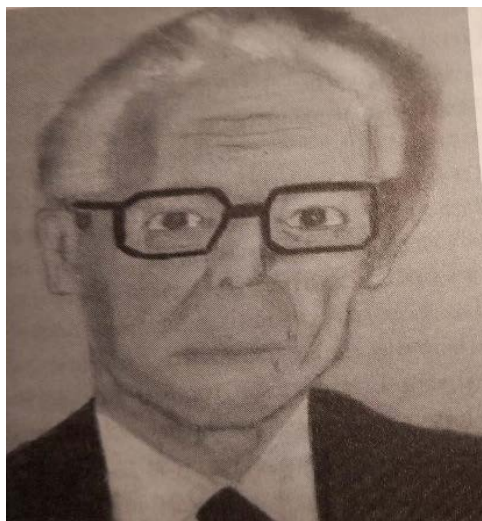
Cultura de los Cuidados. 3º Cuatrimestre 2023. Año XXVII. nº 67

Imagen 6 José Luis Sampedro dibujado a tinta por Francisco Herrera-Rodríguez



Fuente: Dibujado por Francisco Herrera Rodríguez y publicado en Enfermedades de Sísifo

Imagen 7 Luis Sánchez Granjel dibujado y pintado a pastel y lápiz por Francisco Herrera-Rodríguez



Fuente: Dibujado por Francisco Herrera Rodríguez y publicado en Enfermedades de Sísifo



Imagen 8 Caricatura a tinta de Daniel Defoe por Francisco Herrera-

Rodríguez



Fuente: Dibujado por Francisco Herrera Rodríguez y publicado en Enfermedades de Sisifo

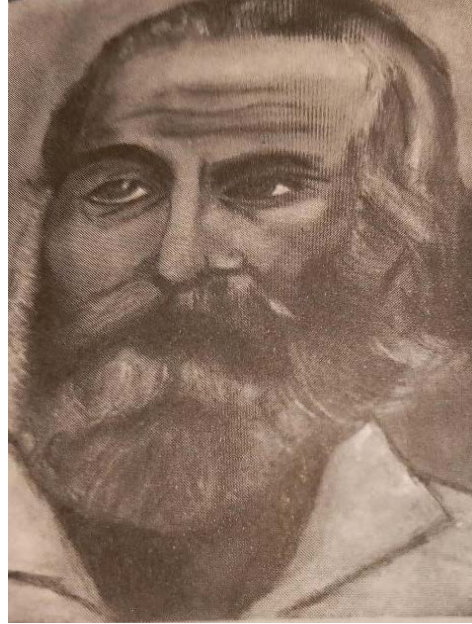
Imagen 9 Caricatura a lápiz de Miguel de Unamuno por Francisco Herrera-Rodríguez



Fuente: Dibujado por Francisco Herrera Rodríguez y publicado en Enfermedades de Sisifo



Imagen 10 Caricatura a lápiz y pastel de Walt Whitman por Francisco Herrera-Rodríguez



Fuente: Dibujado por Francisco Herrera Rodríguez y publicado en Enfermedades de Sísifo

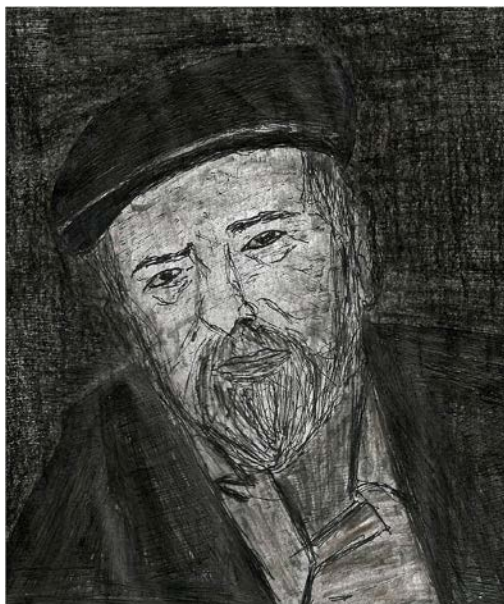
Imagen 11 Caricatura a rotulador de Gabriel García Márquez por Francisco Herrera-Rodríguez



Fuente: Dibujado por Francisco Herrera Rodríguez y publicado en "Macondece". En: Herrera Rodríguez, F. (2014) Macondece. Cultura de los Cuidados (Edición digital) 18, 40. <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.40.16>>



Imagen 12 Caricatura a lápiz y rotulador de José Siles



Fuente: Dibujo a lápiz y rotulador por Francisco Herrera-Rodríguez y publicado en “Match point en Kartápolis o el arte de novelar de José Siles” En: Herrera-Rodríguez, F. (2017). Kartápolis. La enfermera del San Simón. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 21(49). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.49.23>

Otra de las facetas que Francisco Herrera-Rodríguez compatibilizaba con su actividad investigadora y literaria era la fotografía. Era raro ver a Paco paseando sin ir pertrechado con su cámara fotográfica o, últimamente, con su Tablet, artilugio hartamente eficaz con el que inmortalizaba momentos dejándose llevar por su creatividad. Su necesidad de expresar los sentimientos y estimular las emociones del restringido auditorio que tal vez un día tuviera el privilegio de contemplar las imágenes apesadas para siempre por Paco, es posible que pudieran -pudiéramos- llegar a compartir las emociones, ideas y sentimientos del fotógrafo. Paco deseaba plasmar los trozos de realidad que le surgían tras cada esquina de su Gades porque para él los bancos, el mar, las farolas, la balaustrada, las gaviotas, las pateras incrustadas en la arena de las playas o las veletas sujetas en lo alto de los tejados; tenían un significado (Panofski, 2004) que iba más allá de la evidencia pura. Las imágenes captadas por el objetivo de Paco solían trascender la fachada impostada de la mera apariencia para profundizar en los símbolos y rituales que habitaban escondidos en los entresijos de los espacios foto-



grafiados...unos entornos -los distintos emplazamientos en Cádiz- que incidieron determinadamente en la interpretación de la imagen como obra de arte, porque toda interpretación tiene un componente histórico consustancial con las experiencias vividas por el autor, por Paco (Panofski, 2004).

Así, nos encontramos con su bahía gaditana en el atardecer mágico en *Ora Gades* (Imagen 13); o el perfilado muralla del Campo sur acariciado por un mar casi nocturno que, a la luz de la luna y las farolas, claudica pacíficamente y se torna amigable y doméstico (Imagen 14). Mención especial merece *Disidencia* una fotografía en la que los espectadores llegan a sentir piedad ante la única farola de las cinco que integran la composición cuya mirada -bocabajo- se revuelve causando un cisma que representa la rebeldía y la desobediencia individual respecto al grupo (Imagen 15). En *Patera en Trafalgar* el fotógrafo muestra el objeto abandonado, varado en una inmensa playa después de haber acometido su misión (Imagen 16); En *Todavía sirve* el fotógrafo captura un momento de tierna vulnerabilidad en la que una silla de enea descuajeringada inspira la duda sobre su utilidad, es decir, sobre su existencia. Esa silla parece condenada al exilio, a la basura o para alimentar el fuego de la chimenea. Sin embargo, el sugerente título: “Todavía sirve” constituye toda una llamada de atención sobre varias e interesantes asuntos: el reciclado, el respeto y la nostalgia por los muebles que nos han servido durante años, la existencia – o no- de una relación afectiva y estética con las cosas, los muebles, las lámparas, etcétera, pero especialmente con los objetos que un buen día empezamos a ver como antiguallas y que denominamos “rancios” integrando la lista de espera de las cosas que están a punto de desvanecerse para siempre de nuestra cotidianeidad: como es el caso de las sillas de enea (Imagen 17).

En “Volando voy”, una veleta con forma de burro enclavado en lo alto de un tejado constituye otra de las imágenes capturadas por Paco quien tal vez se quedó perplejo ante el atrevimiento de situar semejante pollino en un lugar tan preferente y tradicionalmente ocupado por aves de ágil dinamismo y con ese típico carácter bravío que simula estar en pendenciera animadversión con los vientos (Imagen 18). Por último, en “Pepe Siles en Gades” el fotógrafo fabrica el futuro recuerdo del amigo apostado a estribor



de una de las pateras “yacentes” que siguen descansando *sine die* tras haber cumplido su cometido cruzando el estrecho desde tierras agrícanas (Imagen 19).

Imagen 13 Ora Gades. Fotografía de la Bahía de Cádiz



Fuente: Fotografía original de Francisco Herrera Rodríguez



Imagen 14 Cosas de marzo.



Fuente: Fotografía original de Francisco Herrera Rodríguez

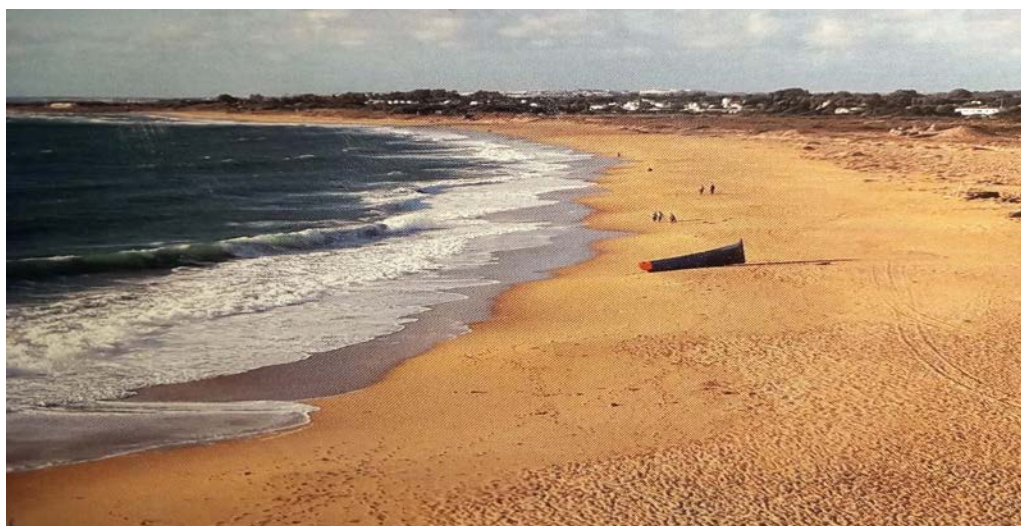
Imagen 15 Disidencia



Fuente: Fotografía original de Francisco Herrera Rodríguez



Imagen 16 Patera en Trafalgar



Fuente: Fotografía original de Francisco Herrera Rodríguez

Imagen 17 Todavía sirve



Fuente: Fotografía original de Francisco Herrera Rodríguez



Imagen 18 Volando voy



Fuente: Fotografía original de Francisco Herrera Rodríguez

Imagen 19 Pepe Siles en Gades



Fuente: Fotografía original de Francisco Herrera Rodríguez



Francisco Herrera Rodríguez y su actividad como exegeta de obras científicas y literarias

Pero además de autor de relatos, poemas y aforismos, Paco tuvo tiempo y cariño para dedicarse a la confección de reseñas. Paco llegó a escribir exégesis de obras científicas y literarias (poesía y narrativa). Alrededor de medio centenar de reseñas se pueden localizar en diferentes revistas (Llul, La revista del Puerto, Index, Cultura de los Cuidados, etc.) que permitían esta suerte de género tan vinculado a la crítica. Por ejemplo, en 2003 escribió una reseña con la que disfrutó mucho porque sintetizaba dos de sus pasiones: la literatura (en este caso el teatro) y la historia de la medicina encarnada en Federico Rubio y Galí quien, a la sazón había escrito una obra dramática: *Paz. Comedia dramática*. de Federico Rubio y Gali (Herrera-Rodríguez, 2003). Otra reseña muy característica del gusto de nuestro autor gaditano es la que dedicó a sus paseos por la Cádiz literaria (Herrera, 2004).

En la exégesis de *Diario de un hombre pálido* de Juan Gracia Armendáriz, donde el autor destilaba las influencias de uno de los monstruos literarios más idolatrados por Paco: Francisco Umbral (especialmente por su *Mortal y Rosa*) y describía sus experiencias vividas como enfermo renal (diálisis, trasplantes), Paco vio reflejadas sus vivencias con la enfermedad renal de su padre (Herrera-Rodríguez, 2011a).

En su reseña sobre la novela *La Venus de Donegal*, de José Siles, Paco reivindica el pensamiento crítico en el *omphalos* mismo de la Academia: “Hay cánones y dogmas intocables en el mundo académico que tienen supremos inquisidores que velan perpetuamente por la norma; por eso cada vez que aparezcan ante nuestros ojos algunas hipótesis eruditas, o algún personaje postizamente acartonado con mucho o poco poder habrá que acordarse de la prima segunda de Cervantes. En cuanto a los grandes temas de investigación habrá que buscar también a esta prima segunda, por lo menos nos distraeremos y sobre todo, como decía Voltaire, nos ejercitaremos. Hay que inventarse pasiones para ejercitarse decía el francés; sigue, Siles, por favor, inventándote pasiones en forma de novela o de poesía, así te ejercitas tú y



nos hace a los demás la vida menos postiza de lo que es (...)” (Herrera-Rodríguez, 2012, 95).

Paco escribió una reseña de una autobiografía o diario de una persona enferma que se rebela contra su enfermedad: “(...) un libro olvidado, poco leído y que lamentablemente ha sido poco estudiado; nos estamos refiriendo a *Diario de una rebeldía* de la periodista Cristina de Areilza, que cuando supo que estaba muy enferma aplicó la fórmula de Goethe, *si llevas un monstruo dentro, ¡redáctalo!*. O como decía Shakespeare en *Hamlet: los males desesperados exigen desesperados remedios, o jamás se curan*. No cabe duda de que la escritura y las palabras son terapias más radicales de lo que pensamos, en el caso de Cristina de Areilza un esperanzado remedio, hasta el punto de que lo subraya desde la elección de la frase cervantina que sirve de proemio al Diario: *Llevo la vida sobre el deseo que tengo de vivir (...)*” (Herrera-Rodríguez, 2014, 140).

Otra de las reseñas que llaman poderosamente la atención es la que escribió Paco sobre los cuentos de Evaristo Montaña, otro de sus escritores predilectos: “(...) En los sueños de Evaristo Montaña resucita del mundo de los muertos Perseveranda Peña; las princesas se despiertan con un beso pero remolonean y reivindicán media horita más de almohada y edredón; se produce la kafkiana metamorfosis de un hombre en dibujo animado; se hacen sueños por encargo a los amigos pavimentando playas con losetas de gres; en el mercadillo de Oneirokritiká un hombre con bigotes dalinianos vende pescadillas de su propio huerto, recién recogidas del árbol; los dioses sueñan a los hombres y se acarician el loto que les crece en el ombligo. Y el vino de Rodas y el gárum de Gades convierten al soñador en Luciano. Humor, surrealismo, erotismo y una prosa limpia con imágenes poéticas y metáforas que conmueven al lector y le hacen cobrar conciencia que está ante un escritor que viene de una estirpe literaria importante (...)” (Herrera-Rodríguez, 2018, 175).

Pero a veces la pulsión del historiador era tan grande y poderosa, sobre todo cuando se asociaba con su pasión por la literatura que lo que en un principio estaba destinado a ser poco más que una nota o crítica se acababa



convirtiéndose en un largo y profundo artículo. Tal es el caso de Gerardo Diego y los Juegos Florales en honor a San Juan de Dios. En este artículo se estudia el contexto en que fue presentado el poema “Amor de Caridad” de Gerardo Diego, dedicado a San Juan de Dios, con el cual el poeta santandereño ganó en 1950 los Juegos Florales, celebrados en Granada, con motivo del IV centenario de la muerte del santo (Herrera-Rodríguez, 2018a).

Así, pues, queda patente que Francisco Herrera-Rodríguez se empleó a fondo en el peliagudo arte de la crítica literaria y, como se ha mencionado anteriormente, llegó a aproximadamente escribir medio centenar de reseñas. Entre ellas se encuentran las que hizo a algunas de mis novelas: *La Venus de Donegal*, *Kartápolis* (que incluso me presentó junto con Francisco Glicerio Conde en el Ateneo literario, artístico y científico de Cádiz en marzo del 2018) (Imagen

Imagen 20: Francisco Herrera presentando *Kartápolis* en el Ateneo Literario, artístico y científico de Cádiz



Fuente: Fotografía del archivo del Ateneo Literario, artístico y científico de Cádiz.

y a varios de mis poemarios: *Los tripulantes del Líricus*, *La estructura del Aire* y *El desamparo del Tabú en flor*. También escribió con gran dedicación y cariño algunos prólogos de libros de historia de la enfermería. El primero



en 2011 con motivo de Historia de la enfermería que vio la luz ese año y, especialmente sentido por mí, el prólogo a un libro de historia cultural que está aún en imprenta y que lamentablemente no podrá ver publicado. Como reflejan estos datos, nuestra relación era de una amistad que invadía todos los frentes: ocio, cultura, literatura, arte, historia, poesía, etc.

Por mi parte, yo le dediqué algunos de mis poemas y, sobre todo, íntegramente, mi último poemario. En *La estructura del Aire* apareció por arte de magia un poema dedicado a nuestro Paco: “Noche Tempestuosa: Por rendijas, grietas y hendiduras/ de casas supuestamente herméticas/por poros abiertos en las noches de invierno/ en paredes recién encaladas/ penetra el aire...perforador de existencias. /Penetra el aire vestido de luto/atrayendo las rendijas de las puertas/ provocando el estremecimiento de ventanales/y apagando el fuego trémulo/ penetra el aire disfrazado de viento ...enfurecido (...)” (Siles, 2019, 32).

En *El desamparo del tabú en flor*, poemario absolutamente dedicado a mi querido Paco, aparece en la dedicatoria:

A Francisco Herrera Rodríguez/ Hermeneuta infatigable de tótems y tabúes/ Apologista de faros deslumbrantes/Derrochador de humanismo al “pom-pom/ Inveterado paseante de sus calles gaditanas/ Genio de la amistad con ton y más son (Siles, 2022,24).

Para concluir diré que siempre admiré su humanismo impregnado de bondad, cercanía y sostenida sensibilidad. También sentí una envidia sana por la inmarchitable curiosidad y la voluntad con la que, Francisco Herrera-Rodríguez, intentaba satisfacer ese afán de conocimiento que la existencia le interpuso en el curso de su ejemplar vida. Hasta siempre querido Paco.

CONCLUSIONES

Al tratarse de un artículo centrado en la subjetividad, el ejercicio evocatorio y el análisis de materiales escritos e iconográficos, en su mayor parte indisolublemente vinculados a la memoria de los momentos compartidos



con Francisco Herrera-Rodríguez, no es recomendable interpretar los resultados de forma formularia -científicamente convencional- pues esto supondría cometer una desconsideración respecto a su naturaleza: se trata de una reflexión rememorativa de alta carga subjetiva.

La subjetividad forma parte indisoluble de la realidad y, generalmente, los comportamientos humanos se derivan de raíces subjetivas tales como los sentimientos (auténticos activadores de la motivación). Tal es el caso de estas experiencias integradas en las vivencias compartidas con Francisco Herrera-Rodríguez.

A la luz de las evocaciones traídas a colación en este texto, se ha evidenciado que las vivencias compartidas con el profesor e investigador Francisco Herrera-Rodríguez constituyen una fuente de gran riqueza experiencial y afectiva que han influido -y lo seguirán haciendo- en los conocimientos y habilidades investigadoras de diferentes generaciones de historiadores de la medicina y la enfermería.

La visión transdisciplinar de Francisco Herrera Rodríguez queda patente en la utilización de herramientas que como la literatura, el dibujo, la pintura y la fotografía ofrecen contrapuntos y complementan los enfoques mediante los que los investigadores analizan los datos extraídos de documentos históricos tradicionales.

El aspecto más significativo de su aportación a la historia de la medicina y la historia de la enfermería, además de la calidad y excelencia de sus trabajos, estriba en el profundo humanismo con el que Francisco Herrera-Rodríguez ha llevado a cabo sus diferentes investigaciones.

BIBLIOGRAFÍA

Herrera-Rodríguez, F. (2018a). Gerardo Diego y los Juegos Florales en honor a San Juan de Dios en la revista "Paz y Caridad" (Granada, 1950). *Cultura de los Cuidados*, 22(52),16-39. <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.52.02>

Herrera-Rodríguez, F.(2012) La Venus de Donegal. *Cultura de los Cuidados*,16(33), 90-93. <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2012.33.12>



- Herrera Rodríguez, F. (2014). Cristina de Areilza: Diario de una Rebeldía. *Cultura de los Cuidados*, 18, 38, 1490-144. <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.38.16>
- Herrera-Rodríguez, F. (2003). Paz Comedia dramática (de Federico Rubio y Gali). *Revista de historia de El Puerto*. Puerto de Santa María: Concejalía de Cultura y Fundación Pedro Muñoz Seca.
- Herrera-Rodríguez, F. (2011a). Diario de un hombre pálido de Juan Gracia Armendáriz. *Cultura de los Cuidados*, 15(31), 35-40. <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2011.31.16>
- Herrera-Rodríguez, F. (2015). Donde habita el olvido no hay rosas rojas. *Cultura de los Cuidados*, 19(42), 12-14. <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.42.02>
- Herrera-Rodríguez, F. (2004). El Cádiz romántico: un paseo literario *Llull: Revista de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas*, 27(59), 511-513.
- Herrera-Rodríguez, F. (2018). Sueños y literatura en “Cuentos de un Inconsciente” de Evaristo Montañó. *Cultura de los Cuidados*, 22(51), 178-181. <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.51.20>.
- Herrera Rodríguez, F. (2014) Macondece. *Cultura de los Cuidados*, 18(40), 121-122. <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.40.16>
- Herrera-Rodríguez, F. (2011). *Las enfermedades de Sísifo. Reflexiones sobre literatura medicina y sociedad*. Cádiz: Rimada.
- Herrera-Rodríguez, F. (2017). Un recuerdo emocionado para Anastasio Rojo Vega (1954-2017). *Cultura de los Cuidados*, 21(48), 242-244. <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.48.26>
- Herrera-Rodríguez, F. (2015). Camino Soria. *Cultura de los Cuidados*, 19(43), 34. <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.43.04>
- Herrera-Rodríguez, F., y Lasarte-Calderay, J.E. (1996). La prensa andaluza de los practicantes y matronas (1916-1939). I Congreso Nacional de Historia de Enfermería, 169-174
- Herrera Rodríguez, F. (2020). Biombos y espejos. *Cultura de los Cuidados*, 24 (56), 42-75. <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.56.04>
- Herrera-Rodríguez, F. (2017a). El río de Heráclito. *Cultura de los Cuidados*, 21(49),35-40. <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.49.04>
- Herrera Rodríguez, F. y Urkia Etxabe, J.M. (2015). *Literatura y medicina en la obra del profesor Luis Sánchez Granjel*. Salamanca: Colegio Oficial de Médicos de Salamanca
- Panofski, E. (2004). *El significado en las artes visuales*. Madrid: Alianza.



Siles, J. (2019). *La estructura del aire*. Madrid: Verbum.

Siles, J. (2023). *Historia cultural de los cuidados*, Madrid: Universitas.

Siles, J. (2019). La enfermería basada en la narrativa (EBN), la poesía de los cuidados (PC) y la sociopoética (SP) como instrumentos de humanización y calidad de los cuidados, En Siles, J. & Solano, C. (Eds.) *Pensamiento crítico, autoevaluación y estética en la práctica clínica de enfermería*. Barcelona: Octaedro, pp.13-29.

Siles, J. (2021). Hasta siempre Francisca: Un sentido adiós a una pionera de la historia de la enfermería en España. *Cultura de los Cuidados*, 25(NºEsp2). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.esp2.09>

Siles, J. (2022). *El desamparo del tabú en flor*. Madrid: Verbum.



Aprendizaje generado a partir de la pandemia COVID-19 en enfermeras

Learning generated from the COVID-19 pandemy among nurses

Aprendizados gerados a partir da pandemia da COVID-19 entre enfermeiros

Pedro Henrique de Oliveira Marques Vidal¹, José Pedro Rodrigues Gonçalves², Tarciso Feijó da Silva³, Paula Isabella Marujo Nunes da Fonseca⁴, Ana Cláudia Pereira Terças-Trettel⁵ & Vagner Ferreira do Nascimento^{6*}

¹ Acadêmico de Enfermagem, Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4538-5138>; Correo electrónico: pedro.vidal@unemat.br

² Doutor em Ciências Humanas pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8065-7189>; Correo electrónico: jpedrog@gmail.com

³ Doutor em Enfermagem, Docente Adjunto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5623-7475>; Correo electrónico: tarcisofeijo@yahoo.com.br

⁴ Doutora em Enfermagem Psiquiátrica e Transplantes, Docente Adjunta da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8524-0147>; Correo electrónico: paulaisabella-marujo@gmail.com

⁵ Doutora em Medicina Tropical, Docente Adjunta da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8761-3325>; Correo electrónico: ana.claudia@unemat.br

⁶ Doutor em Bioética, Docente Adjunto da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3355-163X>; Correo electrónico: vagnernascimento@unemat.br

Cómo citar este artículo: Marques-Vidal, P.H.O., Rodrigues-Gonçalves. J.P., Silva, T.F., Nunes da Fonseca, P.I.M., Terças-Trette, A.C.P., & Ferreira do Nascimento, V. (2023). Aprendizaje generado a partir de la pandemia COVID-19 en enfermeras. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(67). <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.23297>

Received: 10/07/2023

Accepted: 28/09/2023.



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

***Correspondência:** Vagner Ferreira do Nascimento. Rua Moreira Cabral n.475, Campinas, Barra do Garças-MT, CEP 78600-156.

Correo electrónico de contacto: vagnernascimento@unemat.br

Abstract: Introduction: Brazilian nursing seems to have reached important levels of learning during the pandemic, not only because of the need to control the circulation of the new coronavirus and care for the sick. Objective: To know the learning generated from the COVID-19 pandemic



among nurses. Methods: exploratory and qualitative study, carried out in August and September 2021, with tertiary health care nurses who were on the front line during the pandemic, in the State of Mato Grosso, Brazil. Individual interviews were carried out, based on guiding questions. For data analysis, the collective subject discourse was used. Results: As learnings generated, the participants pointed out professional aspects (theoretical/practical), as well as personal aspects (reflection of the value of the human being, family and professional fulfillment). Conclusion: The learning provided by the pandemic, while contributing to the perception that in the face of insecurity and uncertainty it is possible to learn and develop, highlights the strength of nurses, who were initially weakened during the pandemic, but which potentiated the sensitivity to new discoveries, confrontations and strengthening of their individual and collective resources.

Keywords: COVID-19; nursing; emotion; self-directed learning as topic.

Resumen: Introducción: La enfermería brasileña parece haber alcanzado importantes niveles de aprendizaje durante la pandemia, no solo por la necesidad de controlar la circulación del nuevo coronavirus y cuidar a los enfermos. Objetivo: Conocer los aprendizajes generados a partir de la pandemia de COVID-19 entre las enfermeras. Métodos: estudio exploratorio y cualitativo, realizado en agosto y septiembre de 2021, con enfermeros de tercer nivel de salud que estuvieron en primera línea durante la pandemia, en el Estado de Mato Grosso, Brasil. Se realizaron entrevistas individuales, a partir de preguntas orientadoras. Para el análisis de los datos se utilizó el discurso del sujeto colectivo. Resultados: Como aprendizajes generados, los participantes señalaron aspectos profesionales (teórico/práctico), así como aspectos personales (reflejo del valor del ser humano, familia y realización profesional). Conclusión: Los aprendizajes proporcionados por la pandemia, si bien contribuye a la percepción de que ante la inseguridad y la incertidumbre es posible aprender y desarrollarse, enfatiza la condición de fortaleza del enfermero, que inicialmente durante la pandemia se vio debilitado, pero que se potenció la sensibilidad a nuevos descubrimientos, confrontaciones y fortalecimiento de sus recursos individuales y colectivos.

Palabras-clave: COVID-19; enfermería; emociones; autoaprendizaje como asunto.

Resumo: Introdução: A enfermagem brasileira parece ter alcançado importantes níveis de aprendizados durante a pandemia, não somente por necessidade de controle da circulação do novo coronavírus e do cuidado aos doentes. Objetivo: Conhecer os aprendizados gerados a partir da pandemia da COVID-19 entre enfermeiros. Métodos: estudo exploratório e qualitativo, realizado em agosto e setembro de 2021, com enfermeiros da atenção terciária a saúde que estavam na linha de frente durante a pandemia, no Estado de Mato Grosso, Brasil. Procedeu-se entrevistas individuais, baseado em questões norteadoras. Para a análise dos dados, utilizou-se o discurso do sujeito coletivo. Resultados: Como aprendizados gerados, os participantes apontaram aspectos profissionais (teórico/prático), bem



como aspectos pessoais (reflexão do valor do ser humano, família e realização profissional). Conclusão: Os aprendizados oportunizados pela pandemia, ao mesmo tempo em que contribui para a percepção de que diante da insegurança e incerteza é possível aprender e desenvolver, ressalta a condição de fortaleza do enfermeiro, que inicialmente durante a pandemia foram fragilizados, mas que potencializou a sensibilidade para novas descobertas, enfrentamentos e fortalecimento de seus recursos individuais e coletivos.

Palavras-chave: COVID-19; enfermagem; emoções; autoaprendizagem como assunto.

INTRODUÇÃO

O novo coronavírus que deu origem a doença COVID-19 foi identificado no final do ano de 2019, em Wuhan, na China. Atualmente, constitui-se o agente responsável pelo maior desafio sanitário do século (Werneck & Carvalho, 2020). Em 11 de março de 2020, a partir de um cenário epidemiológico de alta expansão, transmissibilidade, incidência e óbitos, decretou-se a pandemia da COVID-19 (OPAS, 2020).

Nesse período, o Brasil esteve em uma posição desfavorável em relação ao adoecimento e óbitos de profissionais da saúde quando comparado aos demais países da América Latina, com destaque para o adoecimento e óbito dos profissionais de enfermagem (Nascimento, Hattori, & Terças-Trettel, 2020). A atuação desses profissionais, por vezes, ocorreu com escalas de trabalho extenuantes, com racionamento e inadequação de equipamentos de proteção individual (EPI) e exigências ocupacionais que os privavam de atender suas necessidades humanas básicas como alimentação/hidratação, eliminações fisiológicas e descanso (Cavalcante, Carvalho-dos-Santos, & Bremm, 2020).

Em 2020, mesmo o Brasil sendo considerado por muitos meses como o epicentro da COVID-19 nas Américas e tendo o maior contingente de profissionais de enfermagem nesse continente, poucos recursos foram investidos no atendimento das demandas e condições dignas de trabalho desses profissionais (Campos & Leitão, 2021). Não obstante, além da precarização e exposição a danos de diversas naturezas, os profissionais de enfermagem



ainda perceberam com maior intensidade as desigualdades regionais e distribuição não equitativa de recursos humanos, reforçando problemas históricos de dimensionamento, sobrecarga de trabalho e multivínculo profissional (Santos, Manzano, & Krein, 2021).

Adicionalmente, em 2021, a enfermagem atuou bravamente na prevenção da COVID-19 com as ações de imunização e educação em saúde, num cenário ainda imerso pelo fenômeno da infodemia, fake news, movimentos antivacinas e negacionismo de autoridades (Taschner, 2021), gestores, inclusive de alguns profissionais que desacreditavam as pesquisas e os avanços científicos e tecnológicos, de modo que permanecer nessa luta pessoal e profissional em prol da saúde da população, gerou sensação de tristeza, frustração, desânimo, entre outros prejuízos à saúde física e mental que já os acompanhavam desde o início da pandemia (Miranda, Yamamura, & Pereira, 2021; Acioli, Santos, Santos, Souza, & Silva, 2022). Ainda assim, a enfermagem conseguiu responder aos desafios impostos pela pandemia (Oliveira, Freitas, Araújo, & Gomes, 2021), mesmo observando muitos adoecimentos nesse processo (Rezer & Faustino, 2022; Fernandes et al, 2022).

Após três anos pandêmicos, a enfermagem brasileira parece ter alcançado importantes níveis de aprendizado, que pode estar implicando em comportamentos individuais e profissionais peculiares. Assim, torna-se relevante identificar os aspectos que possam ter contribuído para o crescimento e avanço desses profissionais de enfermagem. Diante disso, o estudo teve como objetivo conhecer os aprendizados gerados a partir da pandemia da COVID-19 entre enfermeiros.

MÉTODOS

Trata-se de estudo exploratório e qualitativo, seguindo o guideline Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ). A adoção do COREQ, deve-se a orientação dos pesquisadores à garantia de rigor metodológico para pesquisa dessa natureza. O estudo foi realizado com enfermeiros da Atenção Terciária à Saúde, em um município de Mato Grosso,



Brasil. A escolha desse município ocorreu por sediar uma regional de saúde, ser referência para atendimento de casos graves de COVID-19 e por permanecer com classificação de risco muito alto de transmissão para a COVID-19 por mais de sete meses consecutivos.

Foram incluídos no estudo, enfermeiros que atuaram na linha de frente, em setores de urgência/emergência, internamento ou UTI de serviços públicos, no período de março a dezembro de 2020. A escolha desse período inicial ocorreu porque, em março de 2020, foi notificado o primeiro caso de COVID-19 em Mato Grosso. Foram excluídos os profissionais que estavam de licença e afastamento neste período investigado. A amostragem do estudo foi não probabilística, por conveniência e o tamanho amostral se deu pela saturação dos dados, após atingir o objetivo do estudo.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de agosto e setembro de 2021, pelo próprio pesquisador, profissional de enfermagem, do sexo masculino. Os participantes foram acionados por contato telefônico pelo pesquisador, através dos números disponibilizados pelos serviços de saúde no qual atuavam. Os interessados em participar receberam, leram e ficaram cientes do conteúdo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A partir do aceite, que ocorreu por duas formas (envio de áudio ou mensagem de texto confirmando) foi encaminhado online via aplicativo de mensagem WhatsApp, duas questões norteadoras “O que foi possível aprender com a pandemia de COVID-19?” e “O que você levará de aprendizado da pandemia de COVID-19?”. Os participantes tiveram 72 horas para realizarem a devolutiva, através de mensagem de texto ou áudio, pelo próprio aplicativo. Todos os enfermeiros convidados a integrar o estudo, participaram sem desistências.

O material foi acondicionado em banco digital, com posterior transcrição e sistematização. Na análise dos dados, utilizou-se o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). A criação dos DSC compreendeu as Expressões-Chave (ECH). Já as Ideias Centrais (IC) indicam o sentido de cada um dos discursos analisados. Assim, seguiu-se quatro etapas: seleção das ECH de cada discurso; identificação da IC de cada uma dessas ECH; identificação de IC



semelhantes ou complementares; junção de ECH referentes às IC, e construção final do discurso do sujeito coletivo (Lefreve & Lefreve, 2006). A escolha do DSC, deve-se a possibilidade de acessar saberes, considerando os participantes como detentores de um caráter racional e cognitivo compartilhado.

Este estudo respeitou todos os aspectos éticos em pesquisa, conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Estado de Mato Grosso (CEP/UNEMAT), com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n. 28214720.9.0000.5166 e parecer de aprovação n. 3.903.714/2020.

Participaram do estudo, 11 enfermeiros com faixa etária entre 24 e 45 anos. Dentre eles, prevaleceu o sexo feminino (n=6). Os resultados do estudo estão dispostos em quadros, formados por duas colunas, contendo a IC numerada por ordem de apresentação no quadro, com as ECH e composição do DSC.

O Quadro 1 apresenta as IC e os DSC dos participantes da pesquisa, a partir da resposta ao questionamento que buscou identificar os aprendizados gerados durante a pandemia.

Conforme os discursos, a pandemia proporcionou novos aprendizados, tanto nos aspectos pessoais (reflexão do valor do ser humano, família e realização profissional) como profissionais (saberes teóricos e práticos). Citaram a realização de procedimentos que se tornaram rotina nas unidades, incluindo atualizações sobre o manuseio dos sistemas de notificações, que antes da pandemia eram pouco utilizados, porém com o aumento do número dos casos de síndrome respiratória se tornaram frequentes.



Quadro 1 - Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo dos participantes da pesquisa, em resposta ao questionamento: O que foi possível aprender com a pandemia de COVID-19? Região Médio Norte de Mato Grosso, Brasil. (n=11)*

IC	DSC
IC-1 (n=4)**: Oportunidade de novos aprendizados	Foi grande o aprendizado, tive uma sequência de aprendizados práticos e filosóficos, desacreditando tudo aquilo que a gente sabia sobre UTI, uma nova visão sobre as coisas no contexto de infecções hospitalares e procedimentos. Foi muito gratificante porque foi uma área que eu não sabia que iria gostar tanto. Aprendi também a mexer com alguns sistemas, o sistema de notificação, o sivep gripe, entre outros que não eram comuns na nossa rotina. Agora nos últimos meses estou aprendendo sobre a coleta do exame, Rt-pcr, e coletar <i>swab</i> , que não era algo comum, e não foi algo que aprendi na faculdade, aprendi agora na pandemia mesmo.
IC-2 (n=3)**: Preparo emocional	O maior desafio é com relação às mortes. Nesse período, vários profissionais ficaram inseguros, e com medo. Vimos muitos casos graves e óbitos, e isso mexeu muito com o psicológico. A pandemia também trouxe muito conflito em relação a humanização em tentar lidar com a situação num contexto geral.
IC-3 (n=3)**: Valorização da família e empatia	Me ensinou a amar mais a família, o próximo, porque é um momento muito delicado, onde muitas pessoas perdem seus familiares e pessoas do seu rol de convivência, um momento triste. A partir da pandemia, comecei a ficar mais próximo da minha família e conseqüente amar mais o próximo. Como pessoa, eu percebi que quando acontece situações como esta que estamos vivendo, as pessoas ficam mais empáticas e conseguem se colocar no lugar do outro, sentir a dor e desespero do outro.
IC-4 (n=1)**: Valorização profissional	A pandemia me ensinou que a área da saúde está muito mais requisitada, principalmente a enfermagem, que é parte fundamental e pode interferir até na evolução do paciente. Então hoje, eu vejo que nós temos esse reconhecimento dentro do ambiente, onde se combate o coronavírus.

Fonte: Os autores, 2022. *Quantitativo de participantes do estudo. **Quantitativo de Expressões-Chave.

Apontam que o aumento do fluxo de pacientes necessitando de tratamento intensivo e/ou evoluindo para óbito associado a grande pressão emocional sobre os profissionais de enfermagem, também serviu como aprendizado e amadurecimento emocional, além da melhora do pensamento crítico, incluindo o sentimento de valorização pela própria família e pessoas do entorno.

O Quadro 2 apresenta as IC e os DSC, a partir das respostas ao questionamento que buscou identificar o que levarão como aprendizado após a pandemia.



Quadro 2 - Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo dos participantes da pesquisa, em resposta ao questionamento: O que você levará de aprendizado da pandemia de Covid-19? Região Médio Norte de Mato Grosso, Brasil. (n=11)*

IC	DSC
IC-1 (n=4)**: Aprimoramento constante	O que eu levo de aprendizado é que todo dia a gente tem que se esforçar mais na assistência, estudar todo dia, estar aptos para novos conhecimentos porque tudo que vivemos foi diferente, a gente tem que buscar um atendimento cada dia melhor. Estou aprendendo todos os dias com as situações, principalmente as vitoriosas diante do vírus.
IC-2 (n=2)**: Esperança	Atuando na linha de frente uma das principais coisas que vou levar, é a esperança de que amanhã é um novo dia, nada é impossível, e, que a primeira coisa que a gente tem que ter é fé.
IC-3 (n=3)**: Impotência	Aprendi que muitas vezes a gente vai se despedir, sem saber quando voltar e talvez não voltar, essas foram as lições mais difíceis para mim, muito difícil perder um paciente, acho que todo mundo chegou um dia que disse, eu estou cansado não sirvo mais para isso. Eu me senti muito culpado, embora não tenha tido culpa, mas a gente se sente muito impotente.
IC-4 (n=1)**: Humanização	O aprendizado pós-pandemia é ímpar, lidei com situações que nunca tinha passado, lidar com essa situação que é o ser humano como paciente no leito, e lidar com a situação da família, que nos últimos tempos estava próxima ao paciente no tratamento, e a pandemia mirou toda essa estrutura, ela desmembrou essa humanização onde os clientes recebiam os familiares no acompanhamento de sua melhora no leito ou UTI, é uma coisa que mexe muito com seu psicológico. São pessoas que você não conhece, situações que você não conhece, nem sempre eu consigo saber qual é a dor do outro, mas a partir do momento que eu me coloco no lugar dele, que eu vejo o paciente e imagino que pode ser um familiar meu, pode ser um dos meus, é totalmente diferente.

Fonte: Os autores, 2022. *Quantitativo de participantes do estudo. **Quantitativo de Expressões-Chave.

Os participantes indicam que levarão de aprendizado a certeza sobre a necessidade de aprimorar-se constantemente e a experiência no enfrentamento de inúmeras circunstâncias, sem preparo prévio, porém sem desistência, mesmo que em muitos momentos destes, a imprevisibilidade dos acontecimentos tenha gerado sensação de impotência.

Pelos discursos, também levarão a esperança em cenários epidemiológicos mais positivos, constituindo um importante pilar para a perseverança, não apenas durante a pandemia, mas como recurso para se tornarem resilientes diante dos momentos complexos e desafiadores da profissão. Nesse



processo, estarão abastecidos pelo sentimento de empatia, assim como a importância da humanização na assistência à saúde e o ato de humanizar, que sofreu importante transformação na relação profissional-paciente-família.

DISCUSSÃO

Observa-se uma dissintonia entre um saber construído nas práticas usuais com aqueles incorporados em tempo de turbulência, como no caso da pandemia. O que deve ter feito a diferença foi a incorporação durante esse aprendizado necessariamente acelerado, de um componente, muitas vezes, alijado do processo de ensino/aprendizagem – o que chamamos de ‘sentires’, o lado psico-sensorial, quando o afetivo/emocional potencializa a capacidade de incorporação de novos conhecimentos que, quando acoplados em um conjunto maior, tornam-se saberes, que podem ser designados como um “saber-fazer” profissional.

Nos discursos, há descrição de um importante aprendizado nesse período, os saberes técnicos, adquiridos em treinamentos disponibilizados pelas instituições, realidade também identificada em outros contextos assistenciais, não somente para fins de cuidado direto ao paciente, mas à dinâmica do processo de trabalho diante da ampliação de leitos e demanda crescente de pacientes (Candaten, Moretti, & Schmitz, 2021). No entanto, apesar de a necessidade de capacitações da equipe de enfermagem ser consenso na literatura, sobretudo no momento da pandemia, estudo realizado com enfermeiros de 18 Estados brasileiros, verificou que os profissionais de enfermagem não receberam treinamentos em suficiência e qualidade, para o desenvolvimento das competências necessárias para a atenção em saúde no enfrentamento da COVID-19 e para satisfazer as demandas de atualização profissional (Silva, Lima, Dourado, Pinho, & Andrade, 2022).

Todavia, a preocupação em se contaminarem com um vírus altamente agressivo e sem uma clareza até então de toda extensão do processo fisiopatológico, pode ter induzido a sensibilização da mente, e ter possibilitado a “impregnação” dessa experiência, novos aprendizados. Algo a ser inclu-



ído até mesmo como um processo de autodefesa, já que, sabendo fazer melhor tecnicamente, diminuiria a probabilidade da contaminação. Pode-se, ainda, incorporar este processo no conjunto de impressões permanentes que Edgar Morin chama de imprinting, que são responsáveis pela normalização, reprodução das ideias e domesticação das ações (Morin, 2000).

Contudo, a cobrança da sociedade em estarem a todo momento à disposição, preparados tecnicamente e responsáveis em salvar vidas, em meio ao avanço da pandemia, além de ter causado agravos psicológicos nos profissionais de enfermagem (Mazzo, Arpini, & Schleder, 2021), oportunizou autoconhecimento, resgatou valores internos, reforçou a capacidade de expressão dos afetos e permitiu reflexões importantes acerca da atuação e da gestão das práticas da enfermagem (Nascimento, Hattori, & Terças-Trettel, 2020). Por outro lado, apesar de todas as emoções vivenciadas, o aprendizado dos enfermeiros esteve mais relacionado a consciência das perdas do que a condição de estarem preparados para lidarem emocionalmente com as questões subjetivas da pandemia, a exemplo dos variados tipos de luto (Rente & Mehry, 2020).

Não obstante, a insegurança tida como algo que limita as ações e por vezes paralisa, ao que se observa na pandemia, agiu como força motriz, motivou o medo e uma reação que induziu a superação (não só o medo pessoal, mas também o medo de perder pacientes considerados graves, notadamente aqueles entubados e com COVID-19 longa). Esse anseio em não perder a luta para o vírus, parece ter se tornado quase uma obsessão, o que infundiu mais determinação por aprendizados, fundamentado na empatia (Santos, Santos, & Araújo, 2021). E esse ser empático, tão presente e pulsante no cuidado de enfermagem, em estudo realizado na China com 150 enfermeiros em hospital exclusivo para pacientes com COVID-19, gerou maiores benefícios ao considerar a família nesse processo (Liu et al, 2021).

Estudo realizado em Mato Grosso, nos primeiros meses da pandemia, identificou-se que entre as necessidades pessoais de enfermeiros, estavam as necessidades sociais, como aquelas ligadas ao afeto com a família (Nas-



cimento, Hattori, & Terças-Trettel, 2020), na época ainda vivenciando o isolamento social, num cenário com desconhecimento sobre o tratamento da COVID-19 e sem vacinas disponíveis. Essa necessidade, somada a infinidade de vítimas dessa doença, pode ter despertado nesses profissionais a percepção da grande vulnerabilidade do ser humano e o estreito limiar entre a vida e a morte (Cardoso, Martins, Ribeiro, Pereira, Pires, & Santos, 2020), aprendendo que a proximidade, atenção e amor à família é um importante bem a ser valorizado. Entre outros aspectos, acredita-se que as necessidades pessoais dos enfermeiros durante a pandemia implicaram na forma de conceber os saberes nesse período, e em consequência, nos modos de ver e realizar o cuidado de enfermagem.

Esses profissionais que também se perceberam vulneráveis pela ausência de reconhecimento profissional, passaram a se orgulhar da escolha profissional quando, diante de todos, foi meritoriamente difundido pela mídia, a importância e o valor humano-social da enfermagem. No entanto, isso por si só não evitou a sensação de desrespeito institucional e governamental, o assédio moral, nem a violação dos direitos (Santos, Lima, Barbosa, Silva, & Andrade, 2020). Ainda assim, ao reconhecer a importância da enfermagem em um cenário global, não é difícil compreender o que isso representou para cada um desses profissionais, assim como verificado em estudo com 1806 enfermeiros poloneses, no qual o sentimento de valorização aumentou a autoestima e a disposição para o exercício profissional (Kupcewicz & Józwik, 2020).

Quanto ao aprendizado que será levado dessa pandemia, os discursos enaltecem o aprimoramento constante, o que demonstra a transformação de uma prática profissional em uma práxis, aquilo que Gadamer explica, em que mesmo toda práxis esteja incluída a aplicação científica, ambas não são idênticas, já que práxis não significa apenas a exequibilidade daquilo tudo que se possa fazer. Práxis é sempre também escolha e decisão entre possibilidades (Gadamer, 2006).



Esse aprimoramento profissional do enfermeiro ocorre de forma concomitantemente com o exercício do cuidado. Na medida que ele se aproxima e cuida, acaba por utilizar os conhecimentos técnico-científicos e as tecnologias que absorveu ao longo de sua formação para o desenvolvimento de suas habilidades (Perissé, Perissé, Fonseca, & Sampaio, 2019). No contexto da pandemia, esses profissionais perceberam que o conhecimento que adquiriram durante a formação acadêmica não foi capaz de gerenciar em sua totalidade o cuidado em saúde, e viram a necessidade contínua de se atualizarem, até pela velocidade de descobertas e/ou experiências exitosas que alteravam constantemente as medidas protetivas, protocolos e terapêuticas no início da pandemia (Backes, Higashi, Damiani, Mendes, Sampaio, & Soares, 2021).

Permanecer investindo nos estudos apresentou outra face desse período pandêmico, a manifestação de expectativas positivas dos profissionais, uma esperança após um longo período de aprendizagem e dedicação profissional. Estudo asiático com 40 enfermeiros que estiveram na linha de frente revelou que ao assumirem o desafio de atuarem numa pandemia, foram forçados a aprender e se adaptar às mudanças, ao passo que, enquanto ganhavam confiança com a prática, adquiriram uma maior consciência do presente e de perspectivas futuras (Yip, Yip, & Tsui, 2021). No Brasil, um estudo convida a repensar as prioridades durante a pandemia, reforçando a necessidade de procurar meios para manter a mente e o coração mais tranquilos, uma vez que, mesmo os cuidados durante esse período tenham se estendido às várias esferas sociais e, por vezes, não conseguindo atender a todas as demandas, esses esforços devem perseverar, pensando em novos dias e gerações (Guenther, 2020).

Esbarraram, porém, na sensação de impotência e culpa ante os fatos ocorridos, em que mesmo munidos com outros recursos para assistir diversos tipos de evoluções de pacientes com COVID-19, viam-se pequenos diante da gravidade de uma doença desconhecida (Quaresma, Freitas Y Cahu, 2022). Estudos internacionais identificaram que nos primeiros meses



de 2020, a percepção de impotência dos profissionais associava-se a insuficiência de força de trabalho, insumos e materiais para atender o número crescente de doentes (Ingravallo, 2020), e na sequência, viram-se impotentes diante do processo de morte e morrer de pacientes e pares (Galehdar, Kamran, Toulabi, & Heydari, 2020). Entretanto, nestes estudos, a impotência não foi tratada como um tipo aprendido.

Houve um discurso relacionado a capacidade de externar um cuidado mais humano. A humanização aposta no reposicionamento dos sujeitos, em sua capacidade inventiva e na importância da construção de redes de cuidados compartilhados. Ela traz relevo para os direitos dos usuários e trabalhadores de saúde, com a potencialização da capacidade de criação que constitui o humano, valorizando sua autonomia em uma configuração coletiva dos processos de atenção e gestão (Silva, & Sei, 2021).

Durante a pandemia diferentes iniciativas surgiram na intenção de dar conta e de manter um cuidado humanizado, pautado na ética e na responsabilização. Destaque pode ser dado para as ações dos gestores da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia responsáveis pelas unidades de saúde durante a pandemia da COVID-19 (Ramos, Almeida, Bowe, Moura, Adorno, & Lemons, 2021) e as conduzidas por enfermeiros que atuaram na gestão e no cuidado ao paciente crítico acometido por COVID-19 no Ceará (Sousa, Vasconcelos, Albuquerque, Arruda, Lopes, & Pereira Neto, 2021). Esses profissionais, mesmo diante da existência de poucos recursos e das adversidades com as quais estavam lidando, empenharam esforços e viram a possibilidade de implementar a humanização da assistência.

A humanização já implica em aprendizado pelos processos de inclusão, acesso, acolhimento e co-responsabilização que ela envolve. Os profissionais ao relatarem levá-la como um aprendizado afirmam estarem ainda mais engajados com as prioridades que ela absorve, tais como a valorização com dimensão subjetiva e social de todas as práticas de atenção e gestão no SUS, apreço ao fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, com fomento a transversalidade e a grupalidade, apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e



com a produção dos sujeitos e o compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde a partir do estímulo a processos de educação permanente (Ferreira, & Artmann, 2018).

Observa-se que os aprendizados desses profissionais não se restringiram a esfera técnico-científica e aos saberes construídos a partir da dialogicidade acadêmica que foram tão exaltados pela sociedade, mas às experiências de ser um trabalhador da saúde durante uma pandemia, e ver a necessidade de aprendizado e aprender a partir de motivações pessoais que foram afloradas especialmente diante da dor, das perdas, do clamor social e ao caos sanitário. Ademais, o rompimento com a rotina e a necessidade de transição de práticas de cuidado já consolidadas trouxeram novas formas de pensar a profissão e o cuidar do ser humano, bem como o compromisso, a responsabilidade e a importância de ser enfermeiro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho da enfermagem no contexto da pandemia mostrou essencial para a garantia do cuidado integral à saúde e gestão da assistência, obtendo expressão científica, política e sócio-humanitária. Nesse estudo, os enfermeiros indicam que a pandemia gerou novos aprendizados, tanto nos aspectos pessoais como profissionais, e despertou para a necessidade constante de aprimoramento de suas práticas, com investimentos em prol do cuidado humanizado, mesmo que em muitos casos, a gravidade da COVID-19 tenha levado a percepção de impotência.

Ao trazer relevo para os aprendizados oportunizados pela pandemia, ao mesmo tempo em que contribui para a percepção de que diante da insegurança e incerteza é possível aprender e desenvolver, ressalta a condição de fortaleza dos enfermeiros, que inicialmente durante a pandemia foram



fragilizados, mas que potencializou a sensibilidade para novas descobertas, enfrentamentos e fortalecimento de seus recursos individuais e coletivos, incluindo a busca de estratégias para gerir o cuidado de si e do outro.

Ressalta-se algumas limitações do estudo, como a inclusão de enfermeiros de vários setores hospitalares (dada a envergadura e complexidade das formas de aprendizagem e repercussões da pandemia da COVID-19 nos diversos contextos assistenciais) e o viés de memória desses participantes, uma vez que, a multiplicidade de aprendizados pode não ter sido expressa em sua totalidade. Em contrapartida, o estudo revelou importantes legados profissionais e pessoais de enfermeiros adquiridos a partir da pandemia da COVID-19, que servirá de subsídios para o enfrentamento de novos desafios no cuidado do ser humano no pós-pandemia. Ainda assim, há necessidade de novos estudos sobre a temática, incluindo a participação de órgãos de representação da categoria.

BIBLIOGRAFÍA

Acioli, D.M.N., Santos, A.A.P., Santos, J.A.M., Souza, I.P., & Silva, R.K.L. (2022). Impactos da COVID-19 para enfermeiros. *Rev. Enferm. UERJ*, 30, e63904. Recuperado de <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/63904>

Backes, M.T.S., Higashi, G.D.C., Damiani, P.R., Mendes, J.S., Sampaio, L.S., & Soares, G.L. (2021). Condições de trabalho dos profissionais de enfermagem no enfrentamento da pandemia da covid-19. *Rev. Gaúch. Enferm.*, 42 (esp), e20200339. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200339>

Campos, A.C.V., & Leitão, L. P. C. (2021). Letalidade da COVID-19 entre profissionais de saúde no Pará, Brasil. *J. Health NPEPS*, 6 (1), 22-34. <http://dx.doi.org/10.30681/252610105190>

Candaten, A.E, Moretti, M.M.S., Schmitz, T.S.D., et al. (2021). O desafio da ampliação de leitos de CTI durante a pandemia por COVID-19: Panorama do Serviço de enfermagem em terapia intensiva. *Res. soc. dev.*, 10 (9), e18810917908. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i9.17908>



Cardoso, M.F.P.T., Martins, M.M.F.P.S., Ribeiro, O.M.P.L., Pereira, V.L.S.C., Pires, R.M.F., & Santos, M.R. (2020). Atitude dos enfermeiros gestores face à morte: repercussões da pandemia por COVID-19. *J. Health NPEPS*, 5 (2), 42-59. <https://doi.org/10.30681/252610104960>

Cavalcante, J.R., Cardoso-dos-Santos, A.C., & Bremm JM, et al. (2020). COVID-19 no Brasil: evolução da epidemia até a semana epidemiológica 20 de 2020. *Epidemiol. serv. saúde*, 29, e2020376. Recuperado de <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000400010>

Fernandes, L.M.S., Silva, J.D.L., Moreira, C.A.M., Cavalcanti, L.B.M, Barbosa, O.N, Silva, C.T.X. (2022). Qualidade de vida de um grupo de elite da polícia militar no período pandêmico. *J. Health NPEPS*, 7(2), e6556. <http://dx.doi.org/10.30681/252610106556>

Ferreira, L.R., Artmann, E. (2018). Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 23 (5), 1437-1450. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.14162016>

Gadamer, H.G. (2006). *O caráter oculto da saúde*. Petrópolis: Vozes.

Galehdar, N., Kamran, A., Toulabi, T., & Heydari, H. (2020). Exploring nurses' experiences of psychological distress during care of patients with COVID-19: A qualitative study. *BMC psychiatry*, 20 (1). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02898-1>

Guenther, M. (2020). Como será o amanhã? O mundo pós-pandemia. *Rev bras educ ambiente*, 15 (4), 31-44. <https://doi.org/10.34024/revbea.2020.v15.10766>

Ingravallo, F. (2020). Death in the era of the COVID-19 pandemic. *Lancet Public Health*, 5 (5), e258. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30079-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30079-7)

Kupcewicz, A., & Józwick, M. (2020). Association of burnout syndrome and global self-esteem among Polish nurses. *Arch. med. sci.*, 16 (1), 135-145. <https://doi.org/10.5114/aoms.2019.88626>

Lefreve, F., & Lefreve, A.M.C. (2006). O sujeito coletivo que fala. *Interface*, 10 (20), 517-524. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832006000200017>

Liu, Q., Tao, J., Gao, L., et al. (2021). Attitudes of Front-Line Nurses Toward Hospice Care During the COVID-19 Pandemic. *Am. j. hosp. palliat. care.*, 38 (2), 204-210. <https://doi.org/10.1177/1049909120968533>

Mazzo, D.M., Arpini, M., & Schleder, J.C. (2021). Efeitos da pandemia na saúde mental de pacientes em reabilitação. *J. Health NPEPS*, 6 (2), 24-40. <http://dx.doi.org/10.30681/252610105481>

Miranda, F.B., Yamamura, M., Pereira, S.S., et al. (2021). Psychological distress among nursing professionals during the COVID-19 pandemic: Scoping Review. *Esc. Anna Nery*, 25 (spe), e20200363. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0363>

Morin, E. (2000). *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. São Paulo: Cortez.



Nascimento, V.F., Hattori, T.Y., & Terças-Trettel, A.C.P. (2020). Necessidades pessoais de enfermeiros durante a pandemia da COVID-19 em Mato Grosso. *Enferm. Foco*, 11 (1), 141-145. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.ESP.3595>

Oliveira, K.K.D., Freitas R. J. M., Araújo J.L., & Gomes, J.G.N. (2021). Nursing Now e o papel da enfermagem no contexto da pandemia e do trabalho atual. *Rev. Gaúch. Enferm*, 42, e20200120. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/qHtdSSQTsfqbkzjSQj-PPgtB/?lang=pt>

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. (2020). *OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia, Brasília*. Recuperado de <https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic>

Perissé, L., Perissé, B.T, Fonseca, C.S.G., & Sampaio, C.E.P. (2019). Desafios e limitações do enfermeiro inerentes à incorporação de novas tecnologias. *Rev. Enferm. Atual In Derme*, 87 (25). <https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.87-n.25-art.208>

Quaresma, R.F., Freitas, T.G., & Cahu, I.T.M.S. (2022). Os impactos na saúde mental dos enfermeiros de porto velho no enfrentamento da pandemia da COVID-19. *Rev. ibero-am humanidad. ciênc. educ.*, 8 (5), 2883-2901. <https://doi.org/10.51891/rease.v8i5.5854>

Ramos, A.C.C., Almeida, B.G., Bowes, E.C.S., Moura, L.P., Adorno, R.S.B., & Lemons, S.C. (2021). A arte de humanizar em tempos de pandemia: a experiência da SESAB na produção do acolhimento. *Rev. Baiana Saúde Pública*, 45 (2), 201-216. https://doi.org/10.22278/2318-2660.2021.v45.nEspecial_2.a3486

Rezer, F., Faustino W. R. (2022). Síndrome de burnout em enfermeiros antes e durante a pandemia da COVID-19. *J. Health NPEPS*, 7 (2), e6193. <http://dx.doi.org/10.30681/252610106193>

Santos, A.L., Manzano, M., & Krein, A. (2021). Heterogeneidade da distribuição dos profissionais de saúde no Brasil e a pandemia Covid-19. *Cad. desenvolv.*, 16 (28), 197-219. Recuperado de <http://www.cadernosdodesenvolvimento.org.br/ojs-2.4.8/index.php/cdes/article/view/557/pdf>

Santos, G.B.M., Lima, R.C.D., Barbosa, J.P.M., Silva, M.C., & Andrade, M.A.C. (2020). Cuidado de si: trabalhadoras da saúde em tempos de pandemia pela Covid-19. *Trab. educ. saúde*, 18 (3), e00300132. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00300>

Santos, J.M.S., Santos, A.G., & Araújo, R.J.S. (2021). Assistência humanizada durante a pandemia em um hospital universitário. *Gep News*, 5 (1), 182-189. Recuperado de <https://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/view/12895>

Silva, A.C.M., Sei, M.B. (2021). Humanização na formação acadêmica em saúde: perspectiva de egressos de um projeto de extensão. *Rev. Psicol. Saúde*, 13 (3), 3-18. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v13i3.1269>



Silva, M.A.S, Lima, M.C.L., Dourado, C.A.R.O., Pinho, C.M., & Andrade, M.S. (2022). Bi-
ossegurança dos profissionais de enfermagem no enfrentamento da COVID-19. *Rev. Bras.
Enferm.*, 75, e20201104. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1104>

Sousa, J.V.T., Vasconcelos, A.M.B., Albuquerque, I.M.N., Arruda, L.P., Lopes, R.E., & Pe-
reira Neto, A. (2021). Práticas de promoção da saúde diante da covid-19: humanização em
unidade de terapia intensiva. *Sanare*, 20 (2), 115-120. [https://doi.org/10.36925/sa-
nare.v20i2.1517](https://doi.org/10.36925/sa-
nare.v20i2.1517)

Taschner, N.P. (2021). Vaccine hesitancy: old story, same mistakes. *J Health NPEPS*, 6 (2),
e5876. <http://dx.doi.org/10.30681/252610105876>

Werneck, G.L., & Carvalho, M.S. (2020). A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de
uma crise sanitária anunciada. *Cad. Saúde Pública*, 36, e00068820.
<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00068820>

Yip, Y.C., Yip, K.H., & Tsui, W.K. (2021). The Transformational Experience of Junior
Nurses Resulting from Providing Care to COVID-19 Patients: From Facing Hurdles to
Achieving Psychological Growth. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18 (14), 7383.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18147383>



Cuidado de la familia al niño en una Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica

Care of the family to the child in a Pediatric Intensive Care Unit

Cuidado da família à criança em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

**Valéria Oliveira Severo¹, Viviane Marten Milbrath², Jéssica Stragliotto Bazzan³,
Vera Lucia Freitag^{4*}, Ruth Irmgard Bartschi Gabatz⁵ & Vanessa Acosta Alves⁶**

¹Enfermeira. Egressa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (FEn/UFPel). Orcid: -; Correo electrónico: valeria-severo@hotmail.com

²Docente da FEn/UFPel e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf/UFPel). Doutora em Enfermagem. Enfermeira. Pelotas – RS (Brasil). Orcid:-; Correo electrónico: vivianemarten@hotmail.com

³Doutoranda em Ciências do PPGEnf/UFPel. Enfermeira. Pelotas – RS (Brasil). Orcid: -; Correo electrónico: jessica_bazzan@hotmail.com

Cómo citar este artículo: Severo, O. S., Milbrath, V. M., Bazzan, J. S., Freitag, V. L., Gabatz, R. I. B., & Alves, V. A. (2023). Cuidado de la familia al niño en una Unidad de Terapia Intensiva *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(67).<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.13142>

Received: 13/06/2023

Accepted: 23/09/2023.



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

⁴Docente da Universidade de Cruz Alta (UNICRUZ). Doutora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGEnf/UFRGS). Enfermeira. Porto Alegre – RS (Brasil). Orcid: -; Correo electrónico: verafreitag@hotmail.com

⁵Docente da FEn/UFPel. Doutora em Enfermagem. Enfermeira. Pelotas – RS (Brasil). Orcid:-; Correo electrónico: r.gabatz@yahoo.com.br

⁶Mestranda do PPGEnf/UFPel. Enfermeira. Pelotas – RS (Brasil). Orcid:-; Correo electrónico: vanessaacostaalves@hotmail.com

***Correspondencia:** Vera Lucia Freitag. Rua Dorvalino Amaral, nº 033. Bairro Centro. Cidade: Jaticaba – Rio Grande do Sul – Brasil.
Correo electrónico de contacto: verafreitag@hotmail.com

Abstract: This study aimed to know the care provided by the family member to the child admitted to the Pediatric Intensive Care Unit (PICU). This is a descriptive and exploratory research with a qualitative approach, developed in a PICU of a hospital in the south of Rio Grande



do Sul / Brazil. Fifteen family caregivers participated. The collection took place between December 2017 and January 2018, through a semistructured interview that occurred after the approval of the Research Ethics Committee of the Faculty of Medicine of the Federal University of Pelotas (UFPel), under the opinion nº 2,416,925. The data were interpreted according to the thematic content analysis. Two categories were elaborated: Care provided by family members within a PICU; Relationship established by the health team of the PICU with the family caregiver and the child. The family offers the child a care based on love, affection and warmth, exposed when performing actions such as changing diapers, assisting in bathing and dressing. Likewise, the care received by the family members by the health team proved to be important to facilitate the process of adaptation to the situation lived and the continuity of the care of the family member to the child. In this sense, it can be seen that health professionals, especially nursing, may be conducting a therapeutic listening in their daily care, with a view to effective communication in which both speak the same language, valuing the meanings and meanings attributed by the family to this experience.

Keywords: Child Hospitalized; Intensive Care Units, Pediatric, Family, Nurse Practitioners, Care.

Resumen: Este estudio tiene el objetivo de conocer el cuidado dispensado por el familiar al niño internado en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP). Se trata de una investigación descriptiva y exploratoria con abordaje cualitativo, desarrollada en una UTIP de un hospital del sur de Rio Grande do Sul / Brasil. Participaron 15 familiares cuidadores de niños. La recolección ocurrió entre diciembre / 2017 a enero / 2018, por medio de una entrevista semiestructurada que ocurrió después de la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Pelotas (UFPel), bajo el parecer nº 2.416.925. Los datos fueron interpretados según el análisis de contenido temático. Se elaboró dos categorías: el cuidado prestado por los familiares dentro de una UTIP; Relación establecida por el equipo de salud de la UTIP con el familiar cuidador y el niño. La familia ofrece al niño un cuidado basado en el amor, cariño y calidez, expuestos al realizar acciones como cambiar los pañales, auxiliar en el baño y en curativos. De la misma forma el cuidado recibido por los familiares por parte del equipo de salud se mostró importante para facilitar el proceso de adaptación a la situación vivida y la continuidad del cuidado del familiar al niño. En este sentido se percibe que los profesionales de salud, en especial la enfermería podrá estar realizando en su cuidado diario una escucha terapéutica, con vistas a una comunicación efectiva en que ambos hablen el mismo lenguaje, valorizando los sentidos y los significados atribuidos por la familia a esa vivencia.

Palabras clave: Niño Hospitalizado; Unidades de Cuidado Intensivo Pediátrico; Familia; Enfermeras Practicantes; Cuidado.

Resumo: Este estudo objetivou conhecer o cuidado prestado pelo familiar a criança internada na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP). Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória com abordagem qualitativa, desenvolvida em uma UTIP de um hospital do sul do Rio Grande do Sul/Brasil. Participaram 15 familiares cuidadores de crianças. A coleta ocorreu entre dezembro/2017 a janeiro/2018, por meio de uma entrevista

<https://culturacuidados.ua.es>



semiestruturada que ocorreu após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), sob o parecer nº 2.416.925. Os dados foram interpretados segundo a análise de conteúdo temática. Elaborou-se duas categorias: O cuidado prestado pelos familiares dentro de uma UTIP; Relação estabelecida pela equipe de saúde da UTIP com o familiar cuidador e a criança. A família oferece a criança um cuidado baseado no amor, carinho e aconchego, expostos ao realizar ações como trocar as fraldas, auxiliar no banho e em curativos. Da mesma forma o cuidado recebido pelos familiares por parte da equipe de saúde se mostrou importante para facilitar o processo de adaptação a situação vivida e a continuidade do cuidado do familiar a criança. Neste sentido percebe-se que os profissionais de saúde, em especial a enfermagem poderá estar realizando em seu cuidado diário uma escuta terapêutica, com vistas a uma comunicação efetiva em que ambos falem a mesma linguagem, valorizando os sentidos e os significados atribuídos pela família a essa vivência.

Palavras chave: Criança hospitalizada; Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica; Família; Profissionais de Enfermagem; Cuidado.

INTRODUÇÃO

O processo de adoecimento de um filho faz com que a família vivencie uma situação ainda desconhecida, definido por diversos sentimentos, tais como a ansiedade, o medo e a culpa, o que requer à família um processo de adaptação para realizar o cuidado e traz consigo, conseqüentemente, uma modificação na organização do cotidiano familiar conforme o grau de complexidade da enfermidade, (Santos et al. 2014). Já a hospitalização é configurada como um momento de muitos outros fatores que predispõe ao estresse e ao temor, fato ainda mais visível quando se trata de uma internação em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), o que, por sua vez, leva a ansiedade e ao sofrimento, pois é associada à separação, à perda de autonomia, à dor e a lesões corporais (Farias et al, 2017).

Nesta conjuntura, o cuidado à criança em uma UTIP exige dos profissionais de enfermagem conhecimento técnico e científico, além disso, disponibilidade física e emocional, ética e respeito pela vida humana, não somente relacionado à criança, mas também à família, visto que esta pode passar pelos mesmos sentimentos que a criança e é fundamental no cuidado. Assim, a competência técnico-assistencial, atenção ativa e dinâmica, resguardadas de sensibilidade fazem parte do ser/fazer enfermagem (Braga



et al.; 2015). Nesse sentido, destaca-se que o atendimento pela equipe de saúde não deve direcionar-se apenas a criança, mas também a família, o qual, torna a assistência mais ampla, com maior número de fatores a serem observados, por vezes, tornando-se um dificultador ao processo para a equipe.

Assim sendo, é importante pensar na importância da unidade familiar na formação e no cuidado prestado a criança. Já que a família tem a função de intermediar os interesses e as necessidades de seus membros, ofertando cuidados e amor em todas as fases da vida (Meireles; Teixeira, 2014; Waldow, 2014). Dessa maneira, se faz essencial que a unidade familiar receba dos profissionais da equipe de saúde o apoio necessário e o cuidado terapêutico humanizado, já que os familiares percebem a internação da criança na UTIP por meio da relação com os profissionais da equipe e do cuidado empregado a ela. Uma vez que a tecnologia e a dedicação são valorizadas, mas, acima de tudo, as atitudes de respeito e consideração, são fundamentais (Villa et al., 2017).

Todavia, este processo implica na reorganização do processo de trabalho e no entendimento da dinâmica das relações estabelecidas entre os envolvidos no processo de cuidar. Esse que, por vezes, pode ser prejudicado se as famílias tiverem limitações no acompanhamento a criança, o que deve ser realizado em tempo integral. Deste modo, ressalta-se que a família, se bem orientada e assistida, torna-se uma importante aliada no cuidado à criança durante esse o período de hospitalização na UTIP, uma vez que representa a referência e a fonte de segurança e apoio na adaptação e aceitação da criança à situação vivenciada, (Villa et al., 2017). A

Diante do exposto, surge o interesse em realizar a pesquisa em torno dessa temática, uma vez que foi observada a necessidade de compreender a maneira como o familiar cuidador da criança vivencia o período de internação na UTIP. Além disso, outro fator precursor à essa inquietude, foi compreender com maior acurácia as questões acerca do intensivismo pediátrico.



Nesse contexto, para identificar a percepção dos cuidadores familiares sobre sua vivência durante a internação da criança em uma UTIP, este estudo teve como objetivo conhecer o cuidado prestado pelo familiar a criança internada na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória com abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória teve como principal objetivo possibilitar maior aproximação da problemática investigada no estudo, com o intuito de torná-la mais explícita ou ainda construir hipóteses em seu entorno (Gil, 2014). Enquanto isso, a pesquisa descritiva constituiu-se em observar, registrar, analisar e correlacionar as características com o fenômeno ou processo, sem alterá-los, buscando desvelar com precisão, os fatos e fenômenos da realidade (Pevorano, 2014). A abordagem qualitativa baseia-se na concepção de que o conhecimento sobre os seres humanos, somente se faz possível a partir da descrição da experiência pessoal da maneira que foi vivenciada, trabalhando com os significados, motivos, crenças, valores, interesses e princípios das pessoas (Minayo, 2013).

O cenário da pesquisa foi uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um hospital de ensino do sul do Rio Grande do Sul, Brasil. Essa unidade é composta por 10 leitos, sendo destinados a internações pelo Sistema Único de Saúde (SUS), convênios e particulares. É caracterizada por receber crianças de 29 dias a 12 anos incompletos.

Os participantes do estudo foram 15 familiares cuidadores de crianças internadas na UTIP e que se enquadraram nos critérios de inclusão: ser familiar cuidador principal de uma criança internada na UTIP, por no mínimo, três dias. Foram excluídos os familiares de crianças com doença terminal; os familiares de crianças que permaneceram internadas na UTIP por um período inferior a três dias e crianças advindas da UTI neonatal e/ou que nunca estiveram em seu domicílio e familiares menores de 18 anos.



Todos os preceitos éticos definidos pela Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde foram respeitados, garantindo os direitos e os deveres dos participantes da pesquisa, da comunidade científica e do Estado, assegurando os privilégios e a exposição mínima a riscos e danos aos participantes da pesquisa (Brasil, 2012). Para tanto, observou-se a voluntariedade da participação e o anonimato, identificando os participantes com a consoante “F” acompanhada por números sequenciais (F1, F2, F3...). Destaca-se que a coleta dos dados só ocorreu após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, cujo parecer foi emitido em 05 de dezembro de 2017, sob o número 2.416.925.

A coleta dos dados ocorreu no período de dezembro de 2017 a janeiro de 2018, por meio de uma entrevista semiestruturada, conduzida por meio de um roteiro com questões relacionadas a vivência da internação na UTI pediátrica. As questões utilizadas para a construção desse manuscrito foram: como foi para você vivência do cuidado a criança na UTIP? e como foi para você a relação com a equipe de saúde da UTI?

As entrevistas tiveram a duração média de 20 minutos cada participante, sendo que todos os convidados participaram da pesquisa. Os dados oriundos dessas entrevistas foram interpretados baseando-se no método de análise de conteúdo temática, seguindo-se três etapas: pré-análise - leitura e organização das informações que serão analisadas e interpretadas; exploração dos dados - leitura aprofundada dos textos selecionados com o intuito de identificar os aspectos relevantes; e tratamento dos resultados - discussão dos dados obtidos, confrontando-os com os achados científicos da literatura (Minayo, 2013).

A partir da interpretação dos dados elaborou-se duas categorias temáticas: O cuidado prestado pelos familiares dentro de uma UTIP; Relação estabelecida pela equipe de saúde da UTIP com o familiar cuidador e a criança.



RESULTADOS

Para realização do estudo foram entrevistados 15 familiares cuidadores de crianças internadas na UTIP, com faixa etária entre 19 e 58 anos. Em relação ao estado civil, nove solteiros, dois em união estável, três casados e um divorciado. Quanto a moradia, 11 famílias possuíam casa própria, três alugam o imóvel, e um reside em casa cedida no terreno de familiares. As cidades das quais eram provenientes foram, oito do município do estudo, seis de municípios circunvizinhos e um do estado de Santa Catarina.

A maioria dos entrevistados foram mães das crianças internadas na UTIP, sendo 11 mães, dois pais e duas avós maternas que mantêm a guarda da criança. O grau de escolaridade constatado foram seis familiares com ensino fundamental incompleto, dois com ensino fundamental completo, quatro com ensino médio completo, dois com ensino superior completo e pós-graduado.

A partir da análise dos dados obtidos nas entrevistas emergiu a seguinte categoria temática: O cuidado prestado pelos familiares dentro de uma UTIP

O cuidado prestado pelos familiares dentro de uma UTIP

Com olhar voltado para o cuidado integral às crianças dentro da UTIP, apresenta-se falas dos familiares frente a sua liberdade em poder estar ao lado da criança durante a internação, se caracterizando como parte fundamental ao cuidado durante esse período dentro da UTIP.

[...] eu estou sempre aqui e sempre tenho a liberdade de entrar, desde que não tenha nenhuma outra criança em atendimento, em procedimento. Mas eu posso interagir e entrar a hora que eu quiser (F3).



Foi bem tranquila, gostei bastante do pessoal. Muito bom o atendimento. [...] Aqui do hospital eu gostei bastante, não tenho do que reclamar. (F9)

Tive acesso livre, pude ficar junto a todo momento. E, dentro do necessário, tudo que teve ao meu alcance eu pude ajudar (F10).

Perto do que eu imaginava, aqui é completamente diferente. É muito bom o atendimento de vocês, vocês são bem dedicadas às crianças, tratam elas igualmente né. E eu acho que isso é essencial também para as crianças né, vocês sendo bem atenciosas e tudo. Para mim é muito bom. (F14)

Os participantes expõem que o cuidado pode ser realizado de diversas maneiras, de acordo com o estado de saúde da criança e de que forma são permitidos pela equipe de saúde. Percebe-se que quando inseridos em alguma atividade relacionada a melhora da criança, os familiares empenham-se em desenvolvê-la da melhor maneira possível.

Eu estou sempre do lado dela, não deixo ela. Posso cuidar dela normalmente, sem nenhuma restrição, estou sempre com ela (F2)

Eu fiquei sempre com ele, praticamente. E eu conversava com ele, dava força para ele [...] quando ele foi entubado, elas (equipe de enfermagem) trocavam fralda, davam banho nele, mas antes era tudo eu que fazia. Eu pude cuidar (F4).

Ela (criança) tem muita, muita dor, por causa dos drenos. Então aqui, é tentar dar confiança para ela [...] de grandes interações mais é a alimentação. Ontem eu ajudei a fazer o curativo [...] segurei a gaze para [...] auxiliar de enfermagem que estava fazendo o curativo dela, do dreno (F6).

Ajudei, no que pude ajudei, ajudava os enfermeiros também a levantar ela, já que, os movimentos estavam bem complicados. E eu ficava ali com ela. Comida também, agora que ela está comendo. (F7)



Eu tenho toda a liberdade com ele, claro, que tem algumas coisas que não me pertencem para fazer, mas às vezes trocar uma fralda [...] eles (equipe de enfermagem) me dão toda a liberdade de ter um contato com ele que eu não tinha antes, então para mim é bom, para ele é bom (F12).

Alguns familiares não puderam efetuar o cuidado manual, com a troca de fraldas, banho, etc. Entendem como essencial para a evolução do tratamento da criança que outra forma de cuidado é a conversa, a presença, um abraço e o carinho.

Ah, eu cuidei conversando, acalmando ela, explicando o que estava acontecendo, porque ela estava com aqueles aparelhos todos [...] eu pude ficar com ele o tempo todo [...] se precisasse de um abraço, chegar perto, dar um beijinho, acalmar [...] eu posso fazer isso. E estou com ele, acalmando mesmo, porque ele está muito nervoso, precisando de carinho, precisando de cuidado, e eu estou com ele, do lado dele ali (F13).

A gente aqui é mais carinho, é a segurança, é acompanhar, mostrar que tu estás presente. Porque eu acho que é importante, a criança sente apesar de ser um bebê, ele sente que a mãe e o pai tão ali e que tão do lado dele, é um apoio (F1).

Ah, sempre do lado dela, eu nunca arredei o pé do lado dela [...] sempre buscando participar mais, entender o porquê, e os procedimentos todos que fizeram com ela (F8).

Relação estabelecida pela equipe de saúde da UTIP com o familiar cuidador e a criança

Diante da internação na UTIP, o familiar pode ser afetado por seus medos e a culpa por julgar ser responsável pela ocorrência da doença na criança, os familiares mostram em suas falas como a equipe de saúde atua percebendo a realidade da família e buscando a compreensão de seus sentimentos advindos da hospitalização e suas implicações.



A minha relação com eles é super boa, [...] todo mundo me tratou bem [...] me explicam tudo direitinho (F2).

Muito boa. Eu acho que foi e está sendo, eles estão sendo muito atenciosos (F5).

[...] das meninas aqui da enfermagem, tem tudo, tem acesso a gente, são acessíveis de conversar com elas. Por isso que é bom ela (criança) estar aqui [...] tem tudo ao alcance e também tem a equipe que é bem próxima, então deixa a gente mais tranquilo (F6).

Eu acho que foi uma das melhores relações que eu tive, além de eles serem bem compreensivos, porque a gente está nervosa (F8).

[...] eu não tenho queixa nenhuma, [...] é muita atenção, muito carinho, muita dedicação e todos ali estão de parabéns (F12).

Os familiares expressam terem sido tratados com muito carinho, atenção, compreensão e dedicação durante a internação na UTIP. Outro ponto abordado, é a prestação de informações e orientações quanto ao cuidado à criança prestado pela equipe de saúde durante o tratamento, sendo considerado um ponto positivo na vivência dos familiares.

Eles falam que vão fazer os remédios, os medicamentos e que ela está melhorando. Quando está piorando, eles falam que está piorando (F5).

[...] tanto da parte da enfermagem como da parte médica. Sempre tão informando, isso aí eu não tenho queixa (F11).

[...] tudo que eles explicam, eles explicam da maneira que eu entendo (F12).

[...] eu fui muito bem informada e me apoiaram muito. Eu tive total confiança. E foi muito bom, eles me falaram tudo o que eu precisava e me acalmaram muito (F13).

[...] informação muito boa [...] sempre tinha alguém na volta para me dar uma palavra que me acalmasse. Eu me senti muito bem, muito à vontade (F15).

DISCUSSÃO



O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) garante os direitos e os deveres de todas as crianças em situação de vulnerabilidade ou não, sendo assim, as crianças e adolescentes até 18 anos têm o direito de permanecer com acompanhantes continuamente, tendo em vista que a presença dos pais ou responsáveis garante a permanência do vínculo, facilitando a recuperação da saúde da criança (Brasil, 2016). Destaca-se desta maneira que o hospital está cumprindo com a legislação.

A presença do familiar durante a internação da criança na UTIP se destaca como fator colaborativo para a recuperação da saúde da criança, facilita a aceitação por parte desta, visto que acompanham todo o processo da assistência (Soares, Brito & Carvalho, 2014; Ramos et al. 2016). Além disso, a presença do familiar com a criança preserva o vínculo desta com a família, pois atenua os efeitos causados pela ruptura da convivência familiar, colabora com a integralidade da assistência, auxiliando na adaptação da criança ao ambiente da UTIP, facilitando sua adesão ao tratamento e proporcionando a formação de vínculo da equipe, criança e família (Peixoto, Passos & Brito, 2017).

O cuidado em saúde significa oferecer atenção, acolher, respeitar o ser em sua singularidade. É considerado uma dimensão do princípio da integralidade em saúde, a qual deve permear todas as práticas em saúde. Nessa perspectiva, visando o bem-estar e integralidade do cuidado à criança, evidencia-se o direito da criança de acompanhamento em tempo integral de um responsável, garantido pelo ECA, e pela lei 206 de setembro de 2009 (Brasil, 2009; Brasil, 2016).

Para a criança, a família é a principal fonte de apoio e segurança. Dessa maneira, destaca-se a relevância da participação do familiar no cuidado de saúde prestado à criança, visando favorecer o desenvolvimento psicossocial da mesma. Para o familiar, participar do cuidado, além de colaborar com a recuperação da criança, ameniza o sentimento de culpa pelo seu adoecimento, além de ser uma maneira de manter a sua autonomia sobre o cuidado à criança (Ramos et al., 2016).



A possibilidade de o familiar cuidador desenvolver o cuidado à criança durante a internação na UTIP é uma estratégia que pode ser adotada para que esse período seja vivenciado de maneira a não desencadear traumas à criança e nem em seu familiar. Por isso, há a valorização do elemento educativo dentro da unidade, quanto ao cuidado que deverá ser oferecido. Os familiares quando orientados pelos profissionais de saúde em relação as necessidades da criança naquele momento, podem prestar um cuidado adequado à criança e sentem-se incentivados para desenvolvê-lo (Gomes et al., 2014).

Todavia, durante a internação da criança pela UTIP, não basta o familiar acompanhar durante a internação, se faz necessário inseri-lo no cuidado, cabendo à equipe oferecer condições para tanto, com o objetivo de auxiliar na recuperação da criança. A melhor maneira de o familiar enfrentar a realidade da internação da criança na UTIP é ser inserido no cuidado (Pêgo, Barros, 2017). Os depoimentos demonstram que o familiar cuidador sentiu-se acolhido pela equipe de saúde o que facilitou que ele realizasse o cuidado a criança e se sentisse mais seguro frente a toda situação vivenciada.

Como exposto nas falas, os familiares têm experiências positivas quando contribuem com o cuidado, demonstram confiança e satisfação por auxiliarem na recuperação da criança, e assim, valorizam a equipe de saúde e suas atividades. Ressalta-se neste sentido, a comunicação, esta permeia todo o cuidado oferecido a criança. Neste sentido, estudo desenvolvido na Suécia que objetivou descrever as experiências de comunicação dos pais com a equipe da UTIN, os resultados mostraram que os pais experimentam a comunicação com a equipe como essencial para o gerenciamento de sua situação. A comunicação eficaz proporciona alívio aos pais em suas circunstâncias difíceis. Portanto, a equipe deve propor-se a auxiliar os pais a lidar com suas dificuldades emocionais (Wigert, Blom & Bry, 2014), visto que a família quando em uma situação de UTIP com o filho, sem comunicação, além de sentirem a separação, não sabem do diagnóstico sofrem pela angústia da criança (Hagstrom, 2017).



Esta comunicação eficaz, além de empoderar a participação do familiar no cuidado à criança internada na UTIP auxilia em diversos aspectos, como na formação de vínculo, contribui com a redução do tempo de internação da criança e facilita para que o cuidado seja continuado após a alta hospitalar. Sendo assim, acredita-se na importância da presença do familiar no cuidado à criança, contudo, são necessários esclarecimentos e orientações adequados para as dúvidas que surgem, por isso a equipe deve estar sensível para perceber e atender as necessidades apresentadas pelo familiar cuidador, pois esse precisa se sentir apoiado e seguro para desempenhar sua tarefa (Ramos et al. 2016; Pêgo, Barros, 2017).

A sensibilização dos profissionais em relação a inserção do cuidador familiar na UTIP, fornecendo informações, sanando dúvidas acerca do cuidado que deve ser oferecido, fornece segurança para desempenhá-lo. Adotar essa atitude proporciona o fortalecimento de vínculo com a criança e contribui para sua recuperação, além de fazer com que o familiar se sinta útil nesse período, uma vez que estará inserido no contexto vivenciado pela criança, como participante da evolução e não apenas como coadjuvante.

Nessa perspectiva, cabe à equipe de saúde investigar de que maneira os familiares gostariam de prestar seu cuidado à criança, para juntos, determinarem a melhor maneira de realizá-lo, apoiando a família com informações claras, visualizando a importância de introduzi-lo nos cuidados prestados ao filho, visto que esta decisão auxilia no alívio do estresse em decorrência da internação, além de amenizarem sentimentos de impotência, angústia e medo que afloram nesse período e preserva o vínculo entre ambos.

No momento em que a família se depara com a hospitalização da criança em uma UTIP, ela se vê necessitada de informações claras e objetivas provenientes dos profissionais de saúde, sobre o quadro apresentado pela criança. Quando o familiar tem suas dúvidas sanadas, a sua inserção no cuidado se dá de forma natural, ele torna-se ciente de sua autonomia e sente-se seguro para tanto (Pozzatti et al., 2017).



Sendo assim, os profissionais que compõe a equipe de saúde da UTIP formam uma rede de apoio no âmbito hospitalar, e são capazes de tornar a experiência dos familiares e da criança durante a internação menos traumática, ao atenderem a díade criança/familiar cuidadora de maneira atenta, integral e humana, procurando desvelar as possibilidades de ajudá-los (Molina, Higarashi & Marcon, 2014). Salienta-se que tal atitude reflete diretamente na criança trazendo sentimentos positivos de segurança, confiança, proteção e estabelecendo mecanismos para o enfrentamento da doença e da hospitalização como observados no resultado deste estudo.

Pensando assim, cabe aos profissionais estabelecerem uma relação baseada na empatia junto aos familiares cuidadores, favorecendo a participação desses no cuidado à criança. Essa ação possibilita o enfrentamento e o alívio do sofrimento da criança e de seu familiar, minimizando o estresse emocional, levando em consideração a perspectiva de cuidado ao familiar como recurso de cuidado a criança, pois este vivencia um momento difícil, sente incertezas em relação ao prognóstico, infecção hospitalar, sequelas decorrentes dos procedimentos médicos e ainda a possibilidade de morte que permeia o imaginário de uma internação em UTI (Gomes et al. 2014).

Neste sentido, a equipe de saúde, em especial a enfermagem, a qual permanece a maior parte do tempo no cuidado a criança, poderá utilizar-se de iniciativas que contribuam para isso, como a assistência ao familiar em suas dúvidas, oferecer apoio e estimular o desenvolvimento de seus cuidados. Para que a inserção dos familiares no contexto de cuidado à criança seja viável, a comunicação é fundamental, pois é por meio dele que a equipe se relaciona com os familiares e com a criança, estabelecendo vínculos e valorizando a presença do familiar no ambiente da UTIP.

A relação a ser estabelecida entre a equipe de saúde e os familiares cuidadores de crianças internadas na UTIP, deve ser baseada na compreensão do significado que o familiar atribui em vivenciar um período de dificuldade permeado pela insegurança e pelo medo em um ambiente desconhecido (Pozzatti et al. 2017), demonstrando interesse por desvelar e atender as



necessidades de cada ser em sua singularidade. Sendo assim, se faz necessário, que no cenário da UTIP, a equipe demonstre-se disponível e acessível para estabelecer uma relação efetiva junto aos familiares (Morais, Costa, 2009), visando a assistência integral, além do reestabelecimento e bem-estar da criança.

Sendo assim, os resultados corroboram com a literatura, pois os familiares cuidadores sente-se acolhidos pelos profissionais da equipe de saúde da UTIP, que esclarecem suas dúvidas e atendem suas necessidades, bem como as da criança com (Pêgo, Barros, 2017). As informações e as orientações que os familiares recebem sobre o quadro clínico da criança e as condutas adotadas junto a ela, são garantidas pelo direito do familiar responsável a essas informações, visto que também colaboraram para o seu envolvimento no cuidado à criança, bem como na aproximação com a equipe de saúde. Sendo assim, a comunicação eficaz entre os familiares e os profissionais da UTIP destaca-se como fundamental para possibilitar a esses que se sintam seguros no ambiente da UTIP, levando em consideração os sentimentos vivenciados e a vulnerabilidade imposta nesse período (Ramos et al. 2016).

Os resultados deste estudo, demonstraram que os familiares relatam satisfação em relação ao atendimento e às informações recebidas sobre a criança, além de referirem liberdade para questionar e sanar suas dúvidas, uma vez que a equipe se demonstra acessível. Este resultado corrobora, com estudo que dentre os resultados, desvelou que as informações oferecidas pelos profissionais reduzem os sintomas negativos relacionados a doença e a internação, visto que essas informações influenciam diretamente no cuidado do familiar à criança, colaborando com o enfrentamento das dificuldades impostas pela internação na UTIP, como também auxilia a atenuar o sentimento de ansiedade (Lançoni Júnior, Azevedo & Crepaldi, 2015).

Uma assistência humanizada por parte dos profissionais de saúde traduz-se em satisfação para o próprio profissional. Estudo que teve como objetivo analisar a visão da equipe de enfermagem sobre a humanização da



assistência às crianças e famílias na UTIP, destacou que as profissionais praticam uma assistência de enfermagem permeada por atitudes humanísticas com respeito, proporcionando o cuidado centrado na criança e sua família, apoiando, acolhendo, escutando com atenção e esclarecendo dúvidas (Rodrigues, Calegari, 2016).

Dessa maneira, cabe evidenciar que a comunicação do familiar com a equipe de saúde, com uma linguagem compreensível, minimizando o estresse e esclarecendo dúvidas, exerce grande influência sobre a perspectiva da participação do familiar no cuidar da criança, visto que é capaz de fortalecer as relações formando rede de apoio dentro da UTIP e assim encorajar o familiar a desenvolver sua autonomia no cuidado, acompanhando a criança, fornecendo-lhe segurança e apoio.

Por fim, este estudo identifica que em sua maioria o acompanhamento na UTIP foi realizado por mães e avós, o que mostra predominância do sexo feminino para o cuidado da criança enquanto sua internação. Corroborando estudo que teve o objetivo analisar a participação da família no processo de cuidado da criança hospitalizada, traçou o perfil dos acompanhantes demonstrando em sua totalidade mulheres dentre elas mães e irmãs (Menezes, Maia, 2020). Tal pesquisa percebe-se que o papel da mulher como cuidadora mantém-se na contemporaneidade, inclusive durante a hospitalização da criança em que os cuidados são mais intensos, mostrando o quanto está enraizado o papel que ao longo dos anos foi atribuído à mulher (Menezes, Maia, 2020).

Deste modo, entende-se uma forte influência cultural, em que o significado de ser mulher está ligado às características atribuídas ao ser mãe/cuidadora, o que avigora as relações desiguais de gênero. As mães é destinado o cuidado e a responsabilidade integral com os filhos e recai o peso dessa responsabilidade não só no sentido de terem que executar atividades práticas de cuidado, mas principalmente porque se espera delas tal compromisso (Menezes, Maia, 2020). Dessa forma, para a evolução do cuidado a criança internada na UTIP, com o olhar voltado para a continuidade do



vínculo também paterno, é importante que o cuidado também seja introjetado e/ou delegado ao papel masculino, havendo a necessidade de dividir funções com os pais, já que a responsabilidade também os cabe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao responder ao objetivo proposto foi possível conhecer o cuidado prestado pelo familiar cuidador à criança internada na UTI pediátrica reconhecendo que ele vivencia uma facilitação dessa experiência quando consegue permanecer ao lado da criança oferecendo-lhe amor, carinho e acolhimento, bem como, quando realiza outras ações de cuidado como trocar as fraldas, auxiliar no banho e em curativos. Da mesma forma o cuidado recebido pelos familiares por parte da equipe de saúde se mostrou importante para facilitar o processo de adaptação a situação vivida e a continuidade do cuidado do familiar a criança.

Em relação aos resultados do estudo embora destaque as vivências de um grupo restrito de cuidadores familiares, permite confirmar a importância da presença constante do cuidador junto a criança hospitalizada, pois essa presença da segurança tanto para cuidador quanto para a criança.

Outro ponto que merece destaque foi o cuidado recebido por parte dos profissionais, os cuidadores familiares sentiram-se seguros, uma vez que eram informados regularmente da situação de saúde da criança, seus progressos, retrocessos além de sentirem-se incluídos no cuidado diário, facilitando seu processo de adaptação.

Torna-se importante salientar a relevância da equipe de saúde da UTIP realizar um cuidado centrado na família, incluindo na no cuidado diário a criança realizando uma escuta terapêutica e uma comunicação efetiva em que ambos falem a mesma linguagem, valorizando os sentidos e os significados atribuídos pela família a essa vivência.

Sobre as limitações do estudo, identifica-se que a pesquisa foi realizada em uma UTIP, o que limita o acesso a mais participantes, podendo esta ser replicada em outros hospitais e com maior número de participantes.



REFERÊNCIAS

- Braga, L. C., de Sousa, F. G. M., Santos, M. H., & dos Santos, D. M. A. (2015). Demandas de atenção do enfermeiro em unidade de terapia intensiva pediátrica: uma investigação qualitativa. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 22(4), 52-57.
- Brasil. Acompanhamento Familiar Em Internamento Hospitalar (2009). *Lei 106/2009, de 14 de setembro*. Brasília,DF: Conselho Federal de Saúde.
- Brasil. Biblioteca Digital da Câmara dos Deputados. Estatuto da Criança e do Adolescente (2016). *Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990 e legislação correlatada. 9ª ed. 207p*.
- Brasil. (2012). Resolução 466/12. *Pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília, DF: Conselho Federal de Saúde.
- Gil, A. C. (2014). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.
- Gomes, G. C., Erdmann, A. L., de Oliveira, P. K., Xavier, D. M., Santos, S. S. C., & Farias, D. H. R. (2014). A família durante a internação hospitalar da criança: contribuições para a enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 18(2), 234-240.
- Gabatz, R. I. B., Terra, A. P., Couto, G. R., Milbrath, V. M., & Schwartz, E. (2017). A hospitalização na perspectiva da criança: uma revisão integrativa. *Revista de enfermagem UFPE on line*, 11(2), 703-711.
- Hagstrom, S. (2017). Family stress in pediatric critical care. *Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families*, 32, 32-40.
- Lançoni Júnior, A. C., dos Santos Azavedo, A. V., & Crepaldi, M. A. (2017). Comunicação entre equipe de saúde, família, criança em unidade de queimados. *Psicologia em Estudo*, 22(4), 623-634.
- Meireles, F. S., & Teixeira, S. M. (2014). As diversas faces da família contemporânea: conceitos e novas configurações. *Informe Econômico*, 16(31), 38.
- Minayo, M. C. O. (2013). *Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Menezes, M. S., & Maia, I. B. C. (2020). A participação da família no processo de cuidado da criança hospitalizada. *Serviço Social e Saúde*, 9, e020005.



- Molina, R. C. M., Higarashi, I. H., & Marcon, S. S. (2014). Importância atribuída à rede de suporte social por mães com filhos em unidade intensiva. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 18(1), 60-67.
- Morais, G. S. N., & Costa, S. F. G. (2009). Experiência existencial de mães de crianças hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(3), 639-646.
- Pêgo, C. O., & Barros, M. M. A. (2016). Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: expectativas e Sentimentos dos Pais da Criança Gravemente Enferma. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 21(1), 11-20.
- Peixoto, T. C., Passos, I. C. F., & Brito, M. J. M. (2017). Produção de subjetividades no trabalho em uma unidade de terapia intensiva Pediátrica. *Psicologia & Sociedade*, 29.
- Perovano, D.G. (2014). *Manual de Metodologia científica*. São Paulo: Editora Jurua.
- Pozzatti, R., Diaz, C. M. G., Backes, D. S., de Freitas, H. M. B., Costenaro, R. G. S., & Zamberlan, C. (2017). Enfrentamento da internação da criança em UTI-Ped pelo familiar/cuidador. *Disciplinarum Scientia | Saúde*, 18(1), 157-168.
- Ramos, D. Z., de Almeida Lima, C., Leal, A. L. R., do Prado, P. F., de Oliveira, V. V., de Souza, A. A. M., ... & de Souza Leite, M. T. (2016). A participação da família no cuidado às crianças internadas em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 29(2), 189-196.
- Rodrigues, A. C., & Calegari, T. (2016). Humanização da assistência na unidade de terapia intensiva pediátrica: perspectiva da equipe de enfermagem. *Revista Mineira de Enfermagem*, 20.
- Santos, L M., Valois, H. R., Santos, S. S. B. S., Carvalho, E. S. S., Santana, R. C. B., & Sampaio, S. S. (2014). Aplicabilidade de modelo teórico a famílias de crianças com doença crônica em cuidados intensivos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(2).
- Soares, J. D. A. D., de Brito, R. S., & de Carvalho, J. B. L. A presença do pai/acompanhante no âmbito hospitalar: revisão integrativa. *Revista de enfermagem UFPE on line*, 8(7), 2095-2106.
- Villa, L. L. D. O., Silva, J. C. D., Costa, F. R., & Camargo, C. L. D. (2017). A percepção do acompanhante sobre o atendimento humanizado em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 9(1), 187-192.
- Waldow, V. R. (2014). Cuidado colaborativo em instituições de saúde: a enfermeira como integradora. *Texto & Contexto Enfermagem*, 23(4).
- Wigert, H., Blom, M. D., Bry, K. (2014). Parents' experiences of communication with neonatal intensive-care unit staff: an interview study. *BMC pediatrics*, 14(1), 304.



El papel de los aliados para el desarrollo en respuesta a la pandemia de Covid-19 en Timor Leste

The role of development partners in Timor-Leste's Covid-19 Pandemic response

O papel dos parceiros de desenvolvimento na resposta à Pandemia Covid-19 de Timor-Leste

Arie Paksi^{1*}, Zach Dickson², Jesús-Alberto Valero-Matas³

^{1*}Corresponding Author Arie Paksi is a Lecturer at the Department of International Relations, Faculty of Social and Political Science at Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. Jl. Brawijaya, Tamantirto, Kasihan, Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta 55183. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7738-6851>;

Correo electrónico: ariekusumapaksi@umy.ac.id

²Zach Dickson is a Ph.D. Candidate at the School of Social and Political Sciences, University of Glasgow. 28 Bute Gardens, Glasgow G12 8RS. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9462-2980>; Correo electrónico: z.dickson.1@research.gla.ac.uk

³Jesús-Alberto Valero-Matas is a Professor of Sociology at the University of Valladolid. Faculty of Education at Palencia. Avda de Madrid, 50, 34004 Palencia Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7330-1635>;

Correo electrónico: javalero@uva.es

Abstract: The Covid-19 pandemic presents unprecedented challenges around the world and Timor-Leste is no exception. Despite volatile economic performance, consistent low levels of health spending, and bureaucratic fragility associated with young democratic institutions, Timor-Leste is one of the few nations that has mitigated the virus effectively. We consider the first-hand accounts of healthcare and NGO workers, community leaders, and Ministry of Health officials responding to the Covid-19 pandemic in assessing the effectiveness of 'South-South' development partnerships and co-operation. Our analysis of interview data collected during April and May show that Timor-Leste's success in responding to the pandemic is a product of the continuing efforts of genuine partnerships and international aid. We

<https://culturacuidados.ua.es>



Cómo citar este artículo: Paksi, A., Dickson, Z., & Valero-Matas, J.A. (2023). El papel de los aliados para el desarrollo en respuesta a la pandemia de Covid-19 en Timor Oriental. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(67).<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.22911>

Received: 03/06/2023

Accepted: 21/08/2023.



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

argue that despite criticism of the development effectiveness agenda following the 2011 Busan Forum, on-the-ground accounts in Timor-Leste display the value of unconditional partnerships, mutually defined goals, and development

cooperation in combatting the pandemic. This research contributes to the literature on development effectiveness and is the first of its kind characterising the Timorese response to the Covid-19 pandemic.

Keywords: Asia; Timor-Leste; covid-19; development partnership; international aid; donor support

Resumen: La pandemia de Covid-19 presenta desafíos sin precedentes en todo el mundo y Timor-Leste no es una excepción. A pesar del desempeño económico volátil, los bajos niveles constantes de gasto en salud y la fragilidad burocrática asociada con las instituciones democráticas jóvenes, Timor-Leste es una de las pocas naciones que ha mitigado el virus de manera efectiva. Consideramos los relatos de primera mano de trabajadores de la salud y de ONG, líderes comunitarios y funcionarios del Ministerio de Salud que respondieron a la pandemia de Covid-19 al evaluar la efectividad de las asociaciones y la cooperación para el desarrollo 'Sur-Sur'. Nuestro análisis de datos realizado durante abril y mayo, muestra que el éxito de Timor-Leste en respuesta a la pandemia es producto de los esfuerzos de asociaciones verdaderas y de la ayuda internacional. Argumentamos que, a pesar de las críticas a la agenda de eficacia del desarrollo después del Foro de Busan de 2011, los análisis sobre el terreno en Timor-Leste, muestran el valor de las alianzas incondicionales, los objetivos definidos mutuamente y la cooperación en la lucha contra la pandemia. Esta investigación contribuye a la literatura sobre la efectividad del desarrollo y es la primera de su tipo que caracteriza la respuesta timorese a la pandemia de Covid-19.

Palabras clave: Asia; Timor Oriental; Covid-19; asociación para el desarrollo; ayuda internacional; apoyo de donantes.

Resumo: A pandemia de Covid-19 apresenta desafios sem precedentes em todo o mundo e Timor-Leste não é exceção. Apesar do desempenho económico volátil, dos baixos níveis consistentes de gastos com saúde e da fragilidade burocrática associada a instituições democráticas jovens, Timor-Leste é uma das poucas nações que mitigaram o vírus de forma eficaz. Consideramos os relatos em primeira mão de trabalhadores de saúde e ONGs, líderes comunitários e funcionários do Ministério da Saúde que responderam à pandemia de Covid-19 ao avaliar a eficácia das parcerias e cooperação de desenvolvimento "Sul-Sul". A nossa análise dos dados das entrevistas recolhidos durante abril e maio mostra que o sucesso de Timor-Leste na resposta à pandemia é produto dos esforços contínuos de parcerias genuínas e ajuda internacional. Argumentamos que, apesar das críticas à agenda de eficácia do desenvolvimento após o Fórum de Busan de 2011, as contas no terreno em Timor-Leste mostram o valor de parcerias incondicionais, objetivos mutuamente definidos e cooperação para o desenvolvimento no combate à pandemia. Esta investigação contribui para a literatura sobre a eficácia do desenvolvimento e é a primeira do género a caracterizar a resposta timorese à pandemia de Covid-19.



Palavras-chave: Ásia; Timor-Leste; covid19; parceria de desenvolvimento; ajuda internacional; apoio do doador

INTRODUCTION

The Covid-19 pandemic presents unprecedented challenges around the world and Timor-Leste is no exception. On March 28th, President Lu-Olo declared a national emergency for the Timorese nation. With help from the World Health Organisation (WHO) and regional governments, Timor-Leste has contained the spread of Covid-19 remarkably well with only two dozen cases and not a single death related to the virus. Despite volatile economic performance, consistent low levels of health spending and bureaucratic fragility associated with young democratic institutions (Keefer, 2007), Timor-Leste is one of the few nations for which available data exists that has mitigated the virus so effectively (Worldometer, 2020).

To gain an ‘on-the-ground’ understanding of the role of development partners and international aid in Timor’s success in combatting the virus, we conducted a series of interviews with officials from the Timorese Ministry of Health, medical professionals with the national healthcare service, and local NGO workers and religious clergy. Our interview data provide a qualitative account that shows Timor-Leste has overcome significant material and personnel shortages with the help of international aid organisations and regional governments who are committed to the nation’s success.

We frame our analysis of Timor-Leste’s development and its response to the Covid-19 Pandemic as a model of development cooperation involving both traditional non-traditional donors. The development effectiveness agenda shifts the focus to recipient ownership and emphasises partnership and cooperation through horizontal relationships, mutual respect and accountability, and capacity building (Bergamaschi & Tickner, 2017; Eyben & Savage, 2013; Hayman, 2012). These principles are articulated in the Paris



Declaration and reaffirmed in the 2011 Busan Forum (Busan Partnership for Effective Development Co-Operation, 2011), both of which have influenced aid delivery since inception. Although development partners differ in their goals and maintain different types of relationships, there are common denominators for genuine partnerships which we find are fully displayed in foreign cooperation with Timor-Leste. We highlight these crucial elements throughout the article in relation to the first-hand accounts of frontline workers and officials involved in combatting the pandemic.

The article proceeds four sections. First, we outline the literature on effectiveness and development partnerships which then allows us to create a framework for genuine development partnerships. The second section gives context by providing a brief history of institutional development in Timor-Leste and some of the challenges the island nation has faced in its fight for independence. The third section highlights evidence of genuine development partnerships in Timor and the ways in which the ideas expressed at the Busan Forum emerge qualitatively. In this section, interview data are provided, and particular attention is paid to the accounts of front-line medical workers. The fourth section provides analysis, opportunities going forward and concluding remarks.

Development effectiveness

The 2011 Fourth High Level Forum on Aid Effectiveness in Busan provided was an assessment of the progress made on fulfilling the tenets of the 2005 Paris Declaration. The Paris Declaration aimed to improve development effectiveness by focusing on five pillars: Ownership, Alignment, Harmonisation, Managing for Results and Mutual Accountability (OECD, 2005). In addition to reaffirming the principles of the 2003 High Level Forum in Rome, the Paris Declaration attempted to align development practices with the UN's Millennium Development Goals (MDGs) with a particular focus on increasing the effectiveness of aid by strengthening governance and improving development performance (OECD, 2005). Although many of the same ideas are reaffirmed in the 2011 Busan Forum, a critical



junction exists. In 2011, OECD nations recognise the fundamental differences between North-South and South-South cooperation and highlight the latter's potential explicitly. While a common development agenda emerges, it is conceded that '[t]he nature, modalities and responsibilities that apply to South-South co-operation differ from those that apply to North-South co-operation' (OECD, 2011, para. 2). This change represented what has been called a shift from 'aid effectiveness' to 'development effectiveness' (Kim & Lee, 2013). The focus was no longer on the improving the effectiveness of the aid monies as an end goal; instead, the focus was directed at development through the most reasonable means available by 'focusing on results'. This shift represented the already changing dynamic of development cooperation outside the traditional conceptions of vertical partnerships and conditional relationships. Emerging nations such as the BRICS nations (Brazil, Russia, India, China, South Africa) had drawn from their past experiences as aid recipients to reimagine foreign aid and development around the ideas of solidarity and unconditionality (Bergamaschi et al., 2017; Quadir, 2013). This is evidenced by providing aid to advance the interests of the recipient nation without placing contingencies or conditions on the ways in which funding is allocated. Whereas past conditions may include the ideological or material interests of the donor, development aid from Southern nations attempts to place donor and recipient on equal footing by referring to the development relationship as one of 'cooperation' and 'equal partnership'. This departure in rhetoric may seem trivial, however, refusal to use the traditionally-dominant language of donor and recipient provides an alternative vision of development and is designed to foster horizontal relationships so that development goals will be reached (Olu et al., 2017).

Based on the Busan aid effectiveness document, there are several indicators of the extent to which donors' aid is aligned with country policies and systems and this include coordinating technical assistance with national development strategies for delivering an successful development programmes. Under this, both state and development partners should work in close coordination and collaboration (according to their roles) to address



development issues and agendas (Brown, 2020; Klingebiel & Janus, 2014). Thus, with these coordination and collaboration, some problems can be avoided and effectiveness of aid can be improved. For instance, an empirical study conducted by (Olivié & Pérez, 2016) found out that numbers of major development programmes on rebuilding health system in Afghanistan was lack of coordination between them and with national government and this has undermined development objectives and make development projects less cost-effective.

Development partnerships often include technical cooperation and capacity building. This can include knowledge and skills transfer between the partners through technical or medical training, or it can occur through awarding grants or scholarships for academic training. One example of such cooperation is Cuba's longstanding medical exchange program where medical professionals from Cuba are deployed to partner nations in Africa, Central and South America, and other areas in the Asian Pacific – and Timor-Leste specifically (Birn & Muntaner, 2019). Medical training and capacity building may seem obvious, but technical training between partners in other fields is also common as well. One example is India's involvement in providing human resource training through scholarships and professional training awards in African nations (King & King, 2019).

Conceptual framework

We frame our analysis of Timor-Leste's development and its response to the Covid-19 Pandemic as a model of development co-operation involving both traditional and non-traditional donors. Development partnerships are horizontal relationships based on transparency and aligned goals, mutual respect, and unconditionality. These principles take are observed in development partnerships between 'Southern' countries and are addressed to a certain degree in the 'development effectiveness' agenda resulting from the 2011 Busan Forum (OECD, 2011). Although development partners differ in their goals and maintain different types of relationships, there are common denominators for genuine partnerships. We identify the following themes that were both crucial in Timor-Leste's success in responding to the



pandemic and can serve as a bare minimum in genuine development partnerships:

- Mutual goals and transparency between all involved parties – including between donors, states, and non-governmental actors
- Ownership of the aid agenda by recipient countries – respect for sovereignty and perceived unconditionality of aid and support

Genuine development partners align mutual goals and share accountability, but donors acknowledge sovereignty by centering the recipient government as the key decision maker in development programmes and the development agenda. This allows members of the partnership to establish a relationship based on trust and gives the perception that aid is unconditional and is not tied to policy reforms such as with the vertical development relationships of the past. Genuine partnerships include actors at the national, subnational, and municipal level, and NGOs and local leaders also share a seat at the decision-making table. This fosters an environment of knowledge exchange and information sharing which is key to transparency and mutual respect. Genuine development partnerships can also feature other elements such as ‘time and commitment needed to build and maintain a strong partnership’ (Gordon Crawford, 2003), but the three principles we outline serve as a bare minimum for genuine partnership in our model and analysis.

Volatile economic performance, low levels of health spending, and bureaucratic fragility are all salient issues that plague Timor-Leste’s ability to deliver healthcare to its citizens, but genuine development partnership have strengthened Timor’s capacity to deal with exogenous shocks. To accomplish this, partnering donors focus on technical co-operation and supplying recipient nations with civil society experts, medical professionals, and technical training (Bry, 2016). Global South partners are uniquely qualified to provide technical expertise in areas of regional importance, such as with handling region-specific issues regarding climate change challenges and medical conditions. By increasing competency in these areas, partners



aim to offset the magnitude of exogenous shocks. This goal is also outlined in the 2011 Busan Forum. The report emphasises that ‘development strategies and programmes prioritise the building of resilience among people and societies at risk from shocks, especially in highly vulnerable settings such as small island developing states’ (Busan Partnership for Effective Development Co-Operation, 2011). The Covid-19 Global Pandemic represents an exogenous shock and an unprecedented global challenge, but Timor-Leste’s development partnerships build capacity to offset these challenges. Our analysis evaluates Timor’s response in relation to the ‘genuine partnership’ framework and the claims articulated within the development effectiveness agenda following the Busan Forum. In the next section, we highlight Timor-Leste’s tumultuous recent history and the challenges it has faced in developing institutions and a modern healthcare apparatus.

Background and healthcare development in Timor-Leste

Timor-Leste’s modern history has been shaped by foreign intervention and occupation. After over four centuries of colonial rule by Portugal, the Portuguese leftist Carnation Revolution led to Portugal’s withdrawal from Timor-Leste. Portugal’s withdrawal in 1974 created to a fracturing of the Timorese into two political movements: the União Democrática Timorese (UDT), which consisted of pro-Portuguese loyalists, local colonial administrative officials and conservative elites; and FRETILIN, a leftist revolutionary group consisting of lower-level officials, teachers, and an anti-elite class calling for social change and land reform (Jones, 2010). FRETILIN quickly rose in popularity by supporting trade unions and facilitating literacy and education courses for children. However, threatened by FRETILIN’s rise and the fear that communism would gain a foothold and spread to other Indonesian territories, Indonesia invaded Timor-Leste to squash its pro-independence ambitions by ousting leftist politicians and political parties altogether. Nearly a quarter of the population was murdered – either directly through mass executions, or indirectly as a result of starvation and 70 percent of Timor-Leste’s infrastructure was destroyed (CAVR, 2006; Heldal et al., 2007; Stead, 2015).



Indonesian occupation continued up until after the Independence Referendum in 1999 where over 78% voted for independence. Following the vote, aggression from Indonesian forces would cause the deaths of over 1000 Timorese people and the displacement of approximately 300,000 to rural areas of the island (CAVR, 2006). Conflict following the referendum gained attention from the international community and Timor became an immediate concern. Australia initiated a peacekeeping force, INTERFET (International Force in East Timor), which was later followed by UNTAET, the UN's transitional administration in Timor-Leste (CAVR, 2006). The UN's missions in Timor-Leste aimed at ensuring peace through its transition to independence, political freedoms and rights for the Timorese people, as well as other state building efforts aimed to increase institutional capacity (Smith, 2020). With assistance from the Australian government, Timor created a democratic constitution that established a semi-presidential model of government and expanded social and political rights to Timorese citizens, including free and competitive elections. Part of administrative development assistance from the UN and the Australian government included establishing a healthcare system with improved healthcare access and quality of care on the agenda (Paksi, 2020).

The newly independent Timorese government sought to rebuild its healthcare system; however, it had few financial resources to fund this venture, leaving future development of Timor-Leste in the hands of external donors. Armed conflict had destroyed public infrastructure (including health facilities) and many healthcare professionals (including many Indonesian doctors and senior health administrators) departed the country. Prior to the referendum, there were 160 doctors providing health services (Rosser & Bremner, 2015), but following the referendum, only 25 Timorese doctors and one specialist remained (Tulloch, 2003). This resulted in a complete collapse of the healthcare system and thus in the decline of healthcare for the Timorese people. According to a study conducted by the Asian Development Bank, only 24 percent of women in cities could access skilled



medical personnel when giving birth, while in rural areas, this statistic dropped to 12 percent; thus, maternal mortality rates reached 800 per 100,000 births. Meanwhile, over 40 percent of the population lived below the poverty line and women were particularly affected with 28 percent suffering from malnutrition and seven percent of these in need of treatment (Asian Development Bank, 2005).

Healthcare development in Timor began with the help of the European Union, AusAID and the World Bank, which assisted in establishing the Cabinet of Health Research and Development (CHRD) in Dili to conduct research for sustainable health development for the nation. Following this, aid assistance has come in the form of providing technical advice, capacity building and allocating healthcare personnel, and equipment and infrastructure for supporting healthcare service delivery (Paksi, 2020). Traditional donors such as Australian Aid (AusAID), a regional NGO, also contribute aid funding and provide medical training for Timorese medical professionals both in Timor and Australia. AusAID also allocated medical personnel and donated funding for medical facilities.

Additionally, development partnerships have played a crucial role in Timor-Leste since gaining independence, with many partners playing a supporting role continuously up to 2020 Pandemic. Since 2003, the Timorese and Cuban governments have developed partnership co-operation to improve health capacity within the country. This bilateral collaboration has been conducted in three ways: through sending Cuban health workers to Timor, through direct funding, and by offering scholarships to Timorese students to study medicine in Cuba.

At the national level, the capacity of Dili National Hospital lacks adequate space to accommodate surges. For example, the Timor Post, a local newspaper, reports that Dili National Hospital is often over its capacity to treat only 264 patients. This situation forces some patients to use additional beds and receive treatment in the hospital's halls (Post, 2016). Furthermore, Timor-Leste has no medical specialists for diseases like tumours and cancer.



Despite the country's nationalised healthcare service, disproportionate access plagues poorer patients who are only able to access healthcare service at about half the rate of wealthier patients (Price et al., 2016). While the 'state pays for a few well connected people to fly to overseas hospitals' (Scheiner, 2015), many of the Timorese are unable to access services within the country and do not have the financial means to go abroad (Quintão, 2016).

METHOD

This research has used qualitative approach to collect data from respondents. The characteristics of the research demanded this methodology. Well, it allowed us to obtain more information about our research (Busetto, Wick, & Gumbinger, 2020). However, the existence of COVID-19 when this research was conducted has complicated in-person qualitative data collection and this is due to social distancing and the prioritization of participants' and researchers' safety. Therefore this research gathered data through virtual method, Methodology used in other investigations such as the one carried out by Roberts, Pavlakis, & Richards (2021). For this semi-structured interviews via WhatsApp Video Calls (Seufert, Poignée, Hoßfeld, 2022; Boczek & Koppers, 2020) were conducted with Timorese officials, healthcare professionals, NGO workers and community leaders. The goal was to engage as many stakeholders as possible involved in the response to the COVID-19 Pandemic to provide an 'on the ground' qualitative account of the effectiveness of development partnerships.

By gathering information from different angles, we hoped to observe trends which could be weighed against official claims made by the government. Different interviewees were able to speak to different issues at various length, so we were also able to triangulate information between respondents from different agencies. Given the context and heightened demand due to the outbreak of the pandemic, we were able to conduct a total of Twelve interviews from April 26 to May 5, 2020. All interviews were



translated by one of the authors who is a native speaker. Interviewees include: five Ministry of Health officials; two hospital nurses; two religious officials; one hospital doctor; and two international NGO workers.

ANALYSIS AND DEVELOPMENT OF STUDY

Timorese response to the Covid-19 Pandemic. On March 28th, President Lu-Olo declared a national emergency in response to the Covid-19 pandemic. In addition to allocating \$250 million dollars from its petroleum fund for preparation and prevention (Media of Presidential Office, 2020), the government enacted a series of measures to prevent the spread of the virus. Mandatory social distancing and compulsory 14-day isolation for anyone suspected of exposure to the virus was authorised with the declaration. The Ministry of Health (MoH), with the support of development partners, responded in the same month by conducting a series of meetings to ensure preparedness for confirmed cases in the country. The first priority was to protect the territory from people who came from abroad and could bring the virus in. With assistance from the WHO, the MoH established health scanning and screening at all points of entry. This was quickly followed by a health awareness and public hygiene campaign to inform the Timorese people about the virus and preventative measures (WHO, 2020b). The MoH information campaign included social media, television, public training and workshops all aimed at spreading information about the virus and preventative measures (Respondent 4).

The MoH designated quarantine sites for individuals exposed to the virus, however, protests from the local communities in fear of close proximity to infected persons caused the team to forego the planned sites. The MoH instead seized control of hotel buildings to use as quarantine facilities. As per the initial plans, wards in Hospital Nacional Guido Valadares (HNGV) were identified for isolation and treatment facilities for Covid-19 suspected and confirmed cases. However, due to the overwhelming number of patients being treated for other illnesses, the MoH again decided to forego these plans. The MoH instead designated Vera Cruz Community Health



Centre in Metinaro as the sole isolation and quarantine facility. The MoH's intention is to further assess and upgrade the Centre for Covid-19 case management and quarantine purposes. Parallely, the Ministry of Public Works fast-tracked the rehabilitation of Lahane Hospital, which was not being used at the time. The intention is to use the hospital as an isolation site for the critical cases of Covid-19 (National Agency of Timor-Leste, 2020c).

The secondary agenda focused on preparations within the country. The Ministry of Health championed this two-part effort, and two teams were established to respond to the virus: The Inter-ministerial Commission to Combat Covid-19 and the Integrated Crisis Management Centre. The Inter-ministerial Commission to Combat Covid-19 was to be used as a 'situation room' and serve as an intermediary between the Integrated Crisis Management Centre and the Government. The Integrated Crisis Management Centre would focus efforts on the front lines and in the local communities (National Agency of Timor-Leste, 2020c).

The Ministry of Health's first task was to coordinate information and strategies amongst ministries, institutions, NGOs, Churches, Veteran groups, and cultural leaders. According to a senior member of the MoH, it was important to create a united front in combatting the virus. The first step in this objective was to unite the various leaders and create open lines of communication between officials. Outreach was confirmed by local religious leaders whose churches were employed to help distribute masks to police officers and the local community (Respondent 10).

The MoH made efforts to build and equip medical facilities in all 13 districts. One senior doctor working at a district hospital disclosed that facilities were not equipped to handle Covid-19 patients, but after a visit and assessment from the Ministry of Health, it was decided to convert an old hospital building next to his office into a small treatment facility for Covid-19 patients. He said that the old hospital had been used to isolate patients with Tuberculosis but is not functional in its current form:



Isolation is done behind there, in the old house [behind the hospital] but only specifically for the TB program. [...] Now the hospital is starting to be developed, last week the national team came from Dili and agreed to improve facilities in anticipation of the event of a Covid-19 explosion. But what will be used is the [...] building in front of the hospital because it is more feasible. And maybe it will provide between 8-10 beds. Later the [building] will be used for two special places for patients and one for the medical team. (Respondent 9).

Additionally, the Ministry of Health made efforts to improve capacity and increase the number of health personnel. One way shortages in personnel are being addressed is by asking for volunteers. A nurse in the Dili National Hospital stated that the government is querying unemployed Timorese residents for assistance as health worker volunteers and for other civil servant roles (Respondent 5). MoH also requested foreign support in anticipation of spikes in the virus:

The government has also requested the help of medical personnel from China and Cuba through the Foreign Ministry since January or February. We've been talking about that since the beginning of the year. For now, we are still anticipating the spread of Covid-19 from Indonesia because the number of positive Covid-19 patients is increasing while we only have general practitioners. While the number of specialist doctors is minimal. So, we need to anticipate this by asking for the help of specialist doctors from abroad. (Respondent 6)

b) International support. The World Health Organisation played a crucial role in Timor-Leste's administrative response. The WHO coordinated screening at land, sea, and airport entry points into the country. Temperature scanning was introduced at Dili International Airport as well as assistance with health screening and health declaration cards. The WHO concurrently with the Ministry of Health initiated a public awareness campaign aimed at informing Timorese citizens of hygiene and handwashing



procedures, and provided personal protective equipment and medical supplies. Timorese medical professionals received hands-on, interactive training in handling and treatment, as well as emergency response procedures to Covid-19. This included 150 doctors and nurses from the national hospital, Hospital Nacional Guido Valadares (HNGV) in Dili and the National Laboratory (NHL), and 40 emergency responders from Dili District (some of whom are clinical staff from the five Community Health Centres and ambulance crew) (WHO, 2020a). Additionally, the WHO provided personal protective equipment such as gloves, respirator masks, N95 masks, surgical masks, gowns and goggles (WHO, 2020c). All the while, the Victorian Infectious Disease Reference Laboratory in Melbourne, Australia provided parallel testing and laboratory support (WHO, 2020b).

Further donor support came from AusAID, and financial and personnel support came from China, Indonesia, Australia, and Cuba. These partners provided information, training and material aid that was and continues to be crucial for combatting Covid-19. Indeed, the MoH faces material and personnel shortages but the existence of international donors and development partners who can work collaboratively with the MoH are key to the success in preventing the spread of Covid-19 and strengthening the Timorese healthcare system. This argument is better articulated by a senior civil servant at the MoH:

We felt troubled because at that time there was a lack of personal protective equipment and sophisticated technology equipment in Timor-Leste to deal with Covid-19. But now it's more complete because there are [foreign] donors. (Respondent 6)

The training provided by the WHO was welcomed and multiple interviews revealed that it was regarded as the 'international standard' (Respondents 2, 3 and 5) that would not only benefit healthcare delivery during the pandemic, but also would allow for the transfer of knowledge between other health professionals. Consistent throughout the interviews was an appreciation for international aid and the World Health Organisation. One MoH official highlighted the role of international aid and the helpful contributions from foreign governments:



[...] the WHO has been helpful in providing information and guidelines. There has been material aid from China, and human aid from Cuba, and smaller amounts from Australia (government and grassroots) and other countries. (Respondent 11)

Although respondents were quick to point out that WHO and international assistance is very helpful, Timor-Leste not only lacks adequate hospital facilities and capacity for the outbreak, but it also lacks personal protective equipment for handling infected persons. A lack of medical personnel, financial support, administrative capacity and human resources (particularly health specialists), as well as transportation, all present challenges for the country. A senior doctor in a district hospital confirmed that both his hospital and the national hospital face similar problems. He pointed out that the national health sector has not received enough attention post-independence from the central government (Respondent 9). A MoH official echoed a similar sentiment:

PPE [personal protective equipment] is indeed limited because it has not been prepared. The government has allocated special budget for these supplies. [...] It seems like every country is the same, not yet ready to handle Covid-19. Preparation such as providing isolation and professional training is the first challenge that needs to be seen. Now we are thankful that there are not too many Covid-19 cases in Timor and there are no cases of community contaminations. (Respondent 7)

Other health officials and frontline medical personnel similarly emphasised that the government has made a strong effort to address personnel shortages but that there was still a lack of personal protective equipment:

Human resources are already there but tools are still a challenge for us. But with the help of aid from China we are grateful there are tools that help our work. The closure of the border has also been done so we feel safe because no one can go in and out (Timor-Leste) anymore. Medical staff and doctors are on standby at 13 municipalities. We only fear [shortages of] the tools. (Respondent 6)



Another element that was highlighted is a lack of localised testing. A nurse from Guido Valadares National Hospital said the lack of proper testing equipment made the job much harder in diagnosing and treating patients with Covid-19: we don't have laboratory facilities at our place. So, if we suspect Covid-19 symptoms, then we call the telephone number 119, and they transport the patient to quarantine first, then they process [the test]. (Respondent 2)

The nurse (Respondent 2) also gently reminded us of a point that often goes overlooked:

Even though we are nurses, this is the first time we have encountered Covid-19. So, we need help such as guidelines, personal protective equipment and effective assistance so that people can get used to a clean life with frequent hand washing, keeping their distance [social distancing] and also what to do when sneezing. So, we still need more help. [emphasis added]

CONCLUSION

This research is based on preliminary data and analysis and therefore has limitations. Covid-19 is an ongoing pandemic and this research is hopefully one of many contributions that explores healthcare delivery at various points throughout the process. While we attempted to capture the sentiment of interviewees to the best of our ability, translated interviews can pose problems in relaying the correct message. Finally, we are unable to make generalised claims that Timor's containment of the virus is the sole product of swift action and partner support; however, we have shown that these efforts taken in joint have undoubtedly strengthened the healthcare system and will provide long-lasting benefits for the Timorese people. This research shows the value of genuine development partnerships in Timor-Leste's response to an exogenous shock – the Covid-19 Pandemic. Our



goal was to gain an ‘on-the-ground’ view of development partnering and the ways in which frontline medical professionals would respond to the pandemic. We believe we have fulfilled this goal and have confirmed both the presence and importance of genuine development partnerships based on mutual goals, respect for sovereignty and unconditional partner support. In addition to supporting our framework, there are three points that were expressed repeatedly as crucial in preventing transmission of the virus that are worth elaborating upon. The Covid-19 Pandemic is an ongoing pandemic, the extent of which is yet to be determined; however, world leaders are beginning to see the shortcomings of delayed and ineffective and a reluctance to follow medical advice. The Timorese are an exception. Through swift and decisive policy action, effective communication and leveraging strong working relationships, Timor-Leste’s response to Covid-19 has been undeniably impressive.

Second, the value of partnership between the government and international institutions like the WHO, AusAid and regional actors cannot be overstated. Timor’s response to the pandemic was an extensive effort with many actors involved. The WHO played a significant role in the nation’s success by providing medical supplies, training, and technical expertise. Additionally, donors like Cuba and China were already assisting Timor through providing medical personnel, and these professionals were able to leverage their strong working relationships in accomplishing the common goal of treating patients with Covid-19. Finally, containing Covid-19 requires partnership and the co-operation of all members of society. Timor’s shared history of social welfare and community laid the foregrounds for the social cohesion necessary to combat the spread of the virus.

Our aim with this research was twofold. First, we wanted to amplify the voices of healthcare workers and actors directly involved in combatting the spread of Covid-19. Second, we attempted to show the effectiveness of genuine partnerships with regional actors, NGOs, and international institutions. The interviews conducted demonstrate that healthcare workers, although faced with significant challenges, felt well-supported and confident in partnering with foreign medical personnel. This shows the value of cohesive teamwork and the dedication of medical professionals during a time



of crisis. Although the role of aid and development partners is crucial for Timor-Leste, the ability of aid workers to collaborate and respond alongside local health professional is vital for service delivery and was central to the Timor's success.

At the time of writing all 24 patients that tested positive for Covid-19 in Timor-Leste have recovered, but the Timorese government must continue to invest in healthcare. As for any nation, protecting the health of citizens and future generations must be prioritised as part of an economic development agenda. The ways in which such development in Timor-Leste is best accomplished should be the focus of forthcoming research efforts following further data collection and provides a great opportunity for future investigation by other researchers.

REFERENCES

- Bergamaschi, I., Moore, P., & Tickner, A. B. (2017). *South-South Cooperation Beyond the Myths*. In *South-South Cooperation Beyond the Myths*. Palgrave: Macmillan.
- Bergamaschi, I., & Tickner, A. B. (2017). Introduction: South-South Cooperation Beyond the Myths—A Critical Analysis. In *South-South Cooperation Beyond the Myths*. Palgrave: Macmillan.
- Birn, A.-E., & Muntaner, C. (2019). Latin American social medicine across borders: South-South cooperation and the making of health solidarity. *Global Public Health*, 14(6-7), 817–834.
- Boczek, K & Koppers, L. (2020) What's New about Whatsapp for News? A Mixed-Method Study on News Outlets' Strategies for Using WhatsApp. *Digital Journalism*, 8:1, 126-144, DOI: 10.1080/21670811.2019.1692685
- Brown, S. (2020). The Rise and Fall of the Aid Effectiveness Norm. *European Journal of Development Research*, 32(4), 1230–1248.
- Bry, S. H. (2016). The Evolution of South-South Development Cooperation: Guiding Principles and Approaches. *The European Journal of Development Research*, 29, 160–175.
- Busetto, L., Wick, W., & Gumbinger, C. (2020). How to use and assess qualitative research methods. *Neurol. Res. Pract.* 2, 14. <https://doi.org/10.1186/s42466-020-00059-z>
- CAVR. (2006). *CVAR (Commission for Reception, Truth and Reconciliation in Timor-Leste)*.
- Crawford, G. (2003). Partnership or Power? Deconstructing the Partnership for Governance Reform in Indonesia. *Third World Quarterly*, 24(1), 139–159.



- Eyben, R., & Savage, L. (2013). Emerging and Submerging Powers: Imagined Geographies in the New Development Partnership at the Busan Fourth High Level Forum. *Journal of Development Studies*, 49(4), 457–469.
- Hayman, R. (2012). The Busan Partnership: Implications for Civil Society. *Policy Briefing Paper 29*. Oxford: International NGO Training and Research Centre.
- Heldal, E., Araujo, R. M. d., Martins, N., Sarmiento, J., & Lopez, C. (2007). The case of the Democratic Republic of Timor-Leste. *Bulletin of the World Health Organization*, 85(8).
- Hickling-Hudson, A., Gonzalez, J. C., & Preston, R. (2012). *The capacity to share: a study of Cuba's international cooperation in educational development*. Palgrave: Macmillian.
- Ingram, S., Kent, L., & McWilliam, A. (Eds.). *A New Era?: Timor-Leste after the UN* (pp. 73–102). Canberra: ANU Press.
- Jones, L. (2010). "(Post-)colonial state-building and state failure in East Timor: Bringing social conflict back in". *Conflict, Security and Development*, 10(4), 547–575.
- Keefer, P. (2007). "Clientelism, Credibility, and the Policy Choices of Young Democracies". *American Journal of Political Science*, 51(4), 804–821.
- Kim, E. M., & Lee, J. E. (2013). Busan and Beyond: South Korea and the transition from aid effectiveness to development effectiveness. *Journal of International Development*, 25, 787–801.
- King, K., & King, P. (2019). India's South-South Cooperation in Human Resource Development. *The Round Table*, 108(4), 399–409.
- Klingebiel, S., & Janus, H. (2014). Results-Based Aid: Potential and Limits of an Innovative Modality in Development Cooperation. *Revue Internationale de Politique de Développement*, 5.2.
- Lao Hamutuk. (2008). *Cooperation in health between Timor-Leste and Cuba*. Retrieved from <https://laohamutuk.org/>
- Lao Hamutuk. (2009). *How much money have international donors spent on and in Timor-Leste?* Retrieved from <https://laohamutuk.org/>
- Ministry of Finance Timor-Leste. (2014). *Timor-Leste national accounts 2000-2012*.
- OECD. (2005). *Paris Declaration on Aid Effectiveness*. Paris: OCDE.
- OCDE. (2011). *Fourth High Level Forum on Aid Effectiveness*. Paris: OECD. Retrieved: <https://www.oecd.org/dac/effectiveness/fourthhighlevelforumonaideffectiveness.htm>
- OECD (2011). *Busan Partnership for Effective Development Co-operation: Fourth High Level Forum on Aid Effectiveness*, Busan, Republic of Korea, 29 November - 1 December 2011, , Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/54de7baa-en>.
- Olivié, I., & Pérez, A. (2016). Why don't donor countries coordinate their aid? A case study of European donors in Morocco. *Progress in Development Studies*, 16(1), 52–64.
- Olu, O., Petu, A., Ovberedjo, M., & Muhongerwa, D. (2017). South-south cooperation as a mechanism to strengthen public health services in Africa: Experiences, challenges and a call for concerted action. *Pan African Medical Journal*, 28: 25-44.



- Paksi, A. K. (2020). The politics of ownership in policymaking: lessons from healthcare delivery in post-conflict Timor-Leste. *Third World Quarterly*, 41(6), 1–18.
- Paris Declaration and Accra Agenda for Action - OECD. (n.d.).
- Post, T. (2016). Pasiante kontinua toba iha kama koredor. *Timor Post*, 6. <https://www.lao-hamutuk.org/Bulletin/2008/Aug/LHBv9n2en.pdf>
- Price, J. A., Sousa Soares, A. I. F., Asante, A. D., Martins, J. S., Williams, K., & Wiseman, V. L. (2016). I go I die, I stay I die, better to stay and die in my house: understanding the barriers to accessing health care in Timor-Leste. *BMC Health Services Research*, 16(535).
- Quadir, F. (2013). Rising Donors and the New Narrative of “South-South” Cooperation: what prospects for changing the landscape of development assistance programmes? *Third World Quarterly*, 34(2), 321–338.
- Quintão, P. (2016). MS transfere ona pasiente 130 ba liur. *The Dili Weekly*.
- Rosser, A., & Bremner, S. (2015). The world bank’s health projects in timor-leste: The political economy of effective aid. *International Peacekeeping*, 22(4), 435–451.
- Roberts, J. K., Pavlakis, A. E., & Richards, M. P. (2021). It’s More Complicated Than It Seems: Virtual Qualitative Research in the COVID-19 Era. *International Journal of Qualitative Methods*. <https://doi.org/10.1177/16094069211002959>
- Scheiner, C. (2015). *Can the Petroleum Fund Exorcise the Resource Curse from Timor-Leste?*
- Seufert, A., Poignée, F., Hoßfeld, T. et al. (2022). Pandemic in the digital age: analyzing WhatsApp communication behavior before, during, and after the COVID-19 lockdown. *Humanit Soc Sci Commun* 9, 140. <https://doi.org/10.1057/s41599-022-01161-0>
- Smith, C. Q. (2020). Liberal and illiberal peace-building in East Timor and Papua: establishing order in a democratising state. *Conflict, Security and Development*, 20(1), 39–70.
- Stead, V. (2015). Homeland, territory, property: Contesting land, state, and nation in urban Timor-Leste. *Political Geography*, 45(May), 79–89.
- Tulloch, J. (2003). *Initial Steps in Rebuilding the Health Sector in East Timor*. In *Initial Steps in Rebuilding the Health Sector in East Timor*. National Academies Press.
- WHO. (2020a). *Novel Coronavirus. Situation Report – 205*, 205(6), 1–19.
- WHO. (2020b). *Novel Coronavirus (2019 – nCoV) Situation Report – 5*. WHO, February.
- WHO. (2020c). *Strategic Preparedness and Response Assistance for COVID-19*. 642.
- World Bank, The. (2019). *Hospital Beds per 100,000*. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.BEDS.ZS>
- Worldometer. (2020). *Coronavirus Cases*. In *Worldometer* (pp. 1–22).



HISTORIA

Cuidados en la Cataluña rural de postguerra. José Quílez, practicante de Almenar

Care in postwar rural Catalonia. José Quílez, practitioner from Almenar

Cuidado na Catalunha rural do pós-guerra. José Quílez, praticante de Almenar

Miquel Àngel Calderó Solé^{1*}, Carme Torres Penella² & Montserrat Gea Sánchez³

¹Departament d'Infermeria i Fisioteràpia. Universitat de Lleida. Associació Febe d'Història d'Infermeria en Llengua Catalana. Health Care Research Group (GRECS). IRBLleida, Lleida, 25198, Spain. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0546-3533>; Correo electrónico: miquelangel.caldero@udl.cat

²Departament d'Infermeria i Fisioteràpia. Universitat de Lleida. Associació Febe d'Història d'Infermeria en Llengua Catalana. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1979-5467>; Correo electrónico: carme.torres@udl.cat

³Departament d'Infermeria i Fisioteràpia. Universitat de Lleida. Health Care Research Group (GRECS). IRBLleida, Lleida, 25198, Spain. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5143-3314>; Correo electrónico: montse.gea@udl.cat

***Correspondencia:** Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Lleida. C/ Paer Casanovas, 37. Altillo. 25008 Lleida.

Correo electrónico de contacto: miquelangel.caldero@udl.cat



Cómo citar este artículo: Calderó Solé, M.A., Torres Penella, C. & Gea Sánchez, M. (2023). Cuidados en la Cataluña rural de postguerra. José Quílez, practicante de Almenar. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(67). <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.22040>

Received: 11/05/2023

Accepted: 22/08/2023.



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

Abstract: This paper aims to present the testimony of the midwife and practitioner José Quílez, who developed his professional practice in Almenar (small town in the province of Lleida), in order to show how the professional provision of care in rural postwar Catalonia was developed by this civil servant of the local administration. A qualitative study of historical research is developed using the biographical interview as a resource, framed in the phenomenological paradigm, using direct oral sources that have been triangulated with the interviewee's own written sources, bibliographic sources, as well as documentation from the archives of the Official College of Nurses of Lleida. The testimony highlights a noble character forged by the miseries of postwar Spain, which led to his emigration for work reasons from Aragon to Catalonia, where he had the opportunity to develop a solid family project, as well as a strong professional commitment in the provision of care, which is manifested in the rigor in the application of the protocols of the time, as well as the basic principles of ethics and privacy with which he attended to patients.

Key words: Practitioner; care; postwar; rural; historical memory.

Resumen: Este trabajo pretende dar a conocer el testimonio del comadrón y practicante José Quílez, que desarrolló su ejercicio profesional en Almenar (pequeño pueblo de la provincia de Lleida), con el fin de dar a conocer como se desarrollaba la prestación profesional de cuidados en la Cataluña rural de postguerra por parte de este funcionario de la administración local. Se desarrolla un estudio cualitativo de investigación histórica que utiliza la entrevista biográfica como recurso, enmarcado en el paradigma fenomenológico, utilizando fuentes orales directas que se han triangulado con fuentes escritas propias del entrevistado, bibliográficas, así como documentación del archivo del Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Lleida. Del testimonio destaca un carácter noble forjado por las miserias propias de la España de postguerra, que conllevaron a su emigración por motivos laborales desde tierras aragonesas a Cataluña, donde tuvo ocasión de desarrollar un proyecto familiar sólido, así como un fuerte compromiso profesional en la prestación de cuidados, que se manifiesta en el rigor en la aplicación de los protocolos de la época, así como los principios básicos de la ética y privacidad con la que atendía a los pacientes.

Palabras clave: Practicante; cuidados; postguerra; rural; memoria histórica.

Resumo: O objetivo deste estudo é apresentar o testemunho do par-teiro e praticante José Quílez, que exerceu a sua actividade profissional em Almenar (uma pequena aldeia na província de Lérida), a fim de mostrar como a prestação de cuidados profissionais na Catalunha rural do pós-guerra foi realizada por este funcionário público da administração local. É realizado um estudo de investigação histórica qualitativa utilizando a entrevista biográfica como recurso, enquadrado no paradigma fenomenológico, utilizando fontes orais directas que foram trianguladas com as próprias fontes escritas do entrevistado, fontes bibliográficas, bem como documentação dos arquivos do Colégio Oficial de <https://culturacuidados.ua.es>



Enfermeiras e Enfermeiros de Lleida. O testemunho destaca um carácter nobre forjado pelas misérias da Espanha do pós-guerra, que levou à sua emigração por razões de trabalho de Aragão para a Catalunha, onde teve a oportunidade de desenvolver um sólido projecto familiar, bem como um forte empenho profissional na prestação de cuidados, que se manifesta no rigor na aplicação dos protocolos da época, bem como nos princípios básicos de ética e privacidade com que atendeu os doentes.

Palavras-chave: Praticante; cuidado; pós-guerra; rural; memória histórica.

INTRODUCCIÓN

En revisión del archivo del Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Lleida nos sorprende el hallazgo de un expediente colegial activo de un practicante de 91 años, que ya sin ejercicio continuaba asumiendo sus obligaciones de cuota colegial como un enfermero más de la corporación, sin que existiera constancia que dicho practicante hubiera tenido una vinculación previa en órganos de gestión del propio colegio, que sugirieran una vinculación emocional a la corporación profesional. Dicho hallazgo generó en el equipo investigador las dudas, inquietud y necesidad de respuestas sobre el personaje.

La primera estrategia que se plantea para abordar el contexto profesional y personal del practicante José Quílez fue mediante entrevista personal, que ayudara a esclarecer las motivaciones de su colegiación continuada e ininterrumpida hasta el momento. También cabe reseñar la sorpresa con la que verificamos la coincidencia en el mismo profesional de haber cursado de manera simultánea los estudios de practicante y de comadrón, aunque finalmente el interesado no solicitara expedición del título de estos últimos estudios porque, al disponer de la titulación de practicante, la normativa ya le permitía la posibilidad de atención a los partos en poblaciones pequeñas (menos de 5.000 personas censadas).

La titulación de practicante gozó durante la primera mitad del siglo XX de gran prestigio profesional en pueblos y hospitales de España, y entre sus funciones establecidas se encontraba, entre muchas otras, la asistencia a



partos (RD 1 de febrero de 1902, Gaceta de Madrid). Tras más de medio siglo de ejercicio dentro de la familia de enfermería, desaparece al integrarse sus estudios en el Ayudante Técnico Sanitario, heredando la profesión enfermera un extraordinario y sorprendente legado histórico, que se convierte en fundamental para la reflexión sobre la evolución del cuidado y análisis actual de las aportaciones que este mismo confiere a los diversos ámbitos que conforman la salud.

Objetivo: Este estudio tiene por objetivo describir y dar visibilidad a los cuidados de enfermería en época de postguerra en un ámbito rural, mediante las experiencias personales y trayectoria profesional del practicante José Quílez, recogiendo el testimonio de todo aquello que ha vivido a lo largo de su carrera profesional y sin desmerecer, obviamente, las dimensiones curriculares o personales que le acompañaron a lo largo de su vida.

MATERIAL Y MÉTODO

Se plantea un estudio histórico de investigación cualitativa enmarcado en el paradigma fenomenológico, centrado en la historia oral, la observación y análisis documental y bibliografía. Esta aproximación fenomenológica nos permite explorar en la conciencia de la persona, entendiendo la esencia misma y el modo de percibir la vida a través de experiencias y los significados que la rodean (Fuster, 2019).

La técnica utilizada es el relato biográfico, documento que recoge la narración de una experiencia vivida por una persona y expresada con sus propias palabras (Amezcuá-Hueso, 2004). La información se obtuvo a través de entrevista, con ayuda de un guion previamente preparado que recogía las preguntas o temas esenciales a abordar.

La aproximación previa se realizó por contacto telefónico, exponiendo el valor de poder contactar con el interesado atendiendo la oportunidad que nos brindaba disponer de un testimonio vivo de la atención sanitaria rural



dispensada en época de franquismo y en ejercicio hasta bien entrada la democracia.

La entrevista se pudo llevar a cabo en abril de 2019 en el domicilio particular de José Quílez en la localidad de Almenar, atendiendo su delicado estado de salud y a fin de favorecer un entorno próximo y familiar en el que poder evocar los recuerdos. Nos recibió con entusiasmo y espíritu colaborador y nos facilitó acceso a su fondo fotográfico personal que permitiría dar soporte a su relato. Se solicitaron los consentimientos preceptivos para la grabación digital de la entrevista. Los encuentros se desarrollaron en un diálogo abierto, procurando obtener informaciones claras, concretas y precisas que pudieran, en parte, ser posteriormente contrastadas con otras fuentes. La entrevista se registró en su totalidad en grabadora digital, se realizó la transcripción literal de la misma, se procedió a la elaboración de las categorías temáticas y la construcción del relato biográfico siguiendo las normas del fondo Archivos de la Memoria (Amezcu-Hueso, 2004). El entrevistador anota en diario de campo las diferentes reacciones que se observan en el desarrollo de la entrevista a medida que esta discurre. El análisis del contenido se llevó a cabo por aproximación o en proceso para conseguir una mayor comprensión de los datos obtenidos, y finalmente se interpretan los resultados (Amezcu-Hueso 2009). También se ha llevado a cabo una selección, registro y análisis de los documentos personales y fotografías aportados por el entrevistado, así como los documentos, cartas y notas que se hallaban en su expediente colegial.

El equipo de investigación es conocedor de la delicada situación de salud por enfermedad del informante, quien, desgraciadamente, fallece en junio de 2019.

EXPOSICIÓN DE LOS RESULTADOS

Relato Biográfico

Infancia i familia



Nací en Zaragoza un 27 de octubre de 1927 y fui el mayor de cinco hermanos. Durante una larga época de mi infancia vivimos en la Basílica de Nuestra Señora del Pilar de esa ciudad, pues mi padre trabajaba de vigilante nocturno en el propio templo. Años más tarde realizaron obras en la fachada nueva y tapiaron ventanas y escaleras de las dependencias que habían sido nuestro domicilio y tuvimos que mudarnos a un edificio colindante.

Foto 1. José Quílez en su etapa escolar de infancia



Fuente: Archivo fotográfico familia Quílez

Mi padre aceptó el trabajo de vigilante porque anteriormente se dedicaba a la fabricación de baldosas, a fuerza de brazo, y casi cae enfermo por la dureza y las condiciones en las que se ejercía ese trabajo. Tenía una úlcera en el estómago y el trabajo nocturno en el templo era más tranquilo, por lo que optó por este segundo trabajo. Siempre nos decía: “los que trabajamos para curas, o enfermos o malos trabajadores.”

Mi madre era guarnicionera. Trabajaba en su pequeño taller en casa, y este hecho le permitía combinar el trabajo con el cuidado familiar.



Una madrugada de agosto de 1936, en una incursión del ejército republicano durante la Guerra Civil Española, bombardearon la Basílica del Pilar. Mi padre estaba presente en el templo, aunque no hubo que lamentar heridos ni fallecidos, pero sí muchos destrozos en la bóveda del edificio. Yo me encontraba en el pueblo de Pinseque, veraneando junto mis hermanos y con mi madre. A la mañana siguiente mi padre fue corriendo a coger el tren y venir hasta el pueblo para avisarnos que no le había pasado nada. La guerra me pilló de pequeño, pero nos afectó relativamente poco. Ningún familiar fue destacado al frente, por lo que sólo sabíamos que había guerra y poca cosa más. Por aquel entonces yo tenía 8 años y como estuvimos en la zona nacional no nos tocó nada

Experiencias pre-profesionales. El barbero practicante de Pinseque

Mi juventud antes de los estudios universitarios la pasé junto a mi tío Ramón. Ninguno de mis familiares directos se dedicó al ámbito sanitario, a excepción de él, el hermano de mi padre, que era barbero y practicante en el pueblo de Pinseque y de quien aprendí el amor a la profesión, la necesidad de estudio y todo lo que he sido como practicante.

En aquel pueblo el médico pasaba visita y poca cosa más. Toda la atención de urgencia y traumatismos la atendía el practicante, y yo ayudaba con las suturas a mi tío cuando acudía algún vecino con un tajo en la cabeza. También pasé mucho tiempo jugando a cartas con el médico del pueblo, que estaba enfermo, y le cubría si tenía que realizar desplazamientos a alguno de los pueblos colindantes para alguna asistencia. En algún período del verano tenía suplentes, pero a falta de estos me tocaba ayudar y me decía, “mira, han llamado de tal sitio, aquella mujer o aquel hombre padece de tal, tal y tal, o sea que fíjate a ver si es...”. Me daba una idea, pero era yo quien acudía a los domicilios de los enfermos.

El hijo del médico estudiaba también medicina, y en verano venía a pasar visita al pueblo a modo de aprendizaje, pero la verdad es que la práctica



médica no se le daba muy bien y yo que le acompañaba tenía que acabar diciéndole lo que tenía que hacer, preguntar o recetar en cada situación.

Estudios de practicante y comadrón

Acabado el bachillerato corto en el pueblo, me encontré que yo cumplía los años en el mes de octubre y no me dejaban empezar los estudios de practicante en la Universidad de Zaragoza, puesto que para el inicio del curso académico no disponía aún de la edad necesaria y reglamentaria para entrar en la Universidad, pero me aprobaron una instancia donde solicitaba el acceso y pude matricularme aún con los 18 años por cumplir y pude adelantarme un año al curso que por edad realmente me correspondería.

Estuve estudiando durante dos años, en los que realicé de manera simultánea los estudios de practicante y de comadrón. Las clases de practicante las realizábamos en la Facultad de Medicina, mientras que las clases de comadrón nos las daban en la Maternidad de Zaragoza, aunque nunca llegué a solicitar la expedición del título de comadrón, puesto que con el de practicante me servía para trabajar igual, ya que podía atender partos en poblaciones de menos de cinco mil habitantes. No tenía dinero y pensé que si más adelante llegaba el momento siempre podría solicitar el título. Así, en julio de 1947, aún sin cumplir los veinte años, me saqué el título de practicante.

El servicio militar. Primeras experiencias profesionales

A los veinte años mi primo se presentó voluntario para el servicio militar en aviación, a lo que yo le respondí, “pues yo también voy”. Finalmente, él no pudo entrar y yo sí. Pasé las pruebas de reconocimiento como cualquier otro recluta, aunque después en los trámites de afiliación se dieron cuenta que yo era practicante y la gente con profesión iba muy buscada en el servicio militar. Ni base aérea ni cuartel, me pasé los 2 años de servicio en la Policlínica militar de Zaragoza ciudad, o sea, en mi ciudad natal, en horario



de 8 a 15h. En aquel centro sanitario éramos 3 médicos y 2 practicantes, uno de los cuales yo, junto con mi compañero, Rafael Abad, que era una brigada que había accedido al cuerpo por oposición. En el servicio militar no tenías un sueldo propiamente dicho, únicamente una paga simbólica que no daba para nada, por lo que en aquel tiempo ejercí de practicante no remunerado para mandos y familiares del cuerpo.

Foto 2. José Quílez como practicante en el servicio militar



Fuente: Archivo fotográfico familia Quílez

En una ocasión nos desplazamos al campo de aviación de Bañoles, en Girona, para realizar los exámenes de reconocimiento a los nuevos reclutas. Las pruebas las hacíamos los practicantes, y yo me encargaba de revisar que los nuevos soldados no estuvieran herniados. En realidad, no fue un servicio militar pesado ni malo, teníamos que ir de bata blanca y mucha gente nos confundía con el dentista o el comandante médico y se cuadraban para saludarnos, cuando en realidad yo no tenía ninguna graduación militar.



Formando una familia numerosa

Me casé bien joven con Pilar, una chica muy guapa de Zaragoza. Ella paseaba con una amiga suya y en verla fue un flechazo, me dije “esta chica es la mía, pero para siempre”. Al principio de casados y durante cuatro años estuvimos en Lacorvilla, una pedanía de Luna en la comarca de las Cinco Villas de Zaragoza, y posteriormente nos trasladamos a vivir al pueblo de mi tío, Pinseque, otros cuatro años más, donde pude dedicarme al estudio y preparación de las oposiciones de APD (Asistencia Pública Domiciliaria). Con Pilar tuvimos 5 hijos.

Experiencia laboral - Practicante en Lacorvilla

Una vez concluido el servicio militar me comunicaron que había fallecido el practicante de Lacorvilla, que si quería ir yo. Era mi primer trabajo remunerado, ya sea en dinero o en especias, puesto que a veces los servicios se pagaban con trigo; y allí nos fuimos con mi mujer, en aquel pueblo en el que no había alcalde, ni cura, ni veterinario. Precisamente el veterinario de Valpalmas, que se encuentra a más de una hora caminando, me decía: “tengo que pinchar a un burro, por no subir, ¿me lo pincharás?”.

“(...) Y me harté de trabajar durante cuatro años de lunes a domingo, pinchando, atendiendo partos o afeitando barbas. El cura solo venía al pueblo los domingos y me reñía: “¡Que no se puede trabajar hoy!”, a lo que yo le contestaba y me ofrecía para arreglarle: “venga padre, que afeitar a un cura no es pecado.”

No había muchos libros que consultar por aquel entonces, pero pude comprar un ejemplar de Patología y terapéutica abreviada del Dr. Gómez Lucas, y aquel libro me sirvió para todo, puesto que en aquellas condiciones de aislamiento tenías que ser valiente y un poco espabilado. El médico no subía a Lacorvilla si no le daba yo el aviso de algún enfermo que lo necesitara. Tenía que mandarle una nota con lo que había, y según yo le indicara



subía o me mandaba medicación. Pocos vehículos había en la comarca, y cuando subíamos en coche era para coger un enfermo y llevarlo al hospital”.

Tengo la honra de poder decir que no fallé nunca en saber qué les pasaba a los enfermos. En una ocasión me llamaron por una fiebre muy alta en una chica joven que vino de Barcelona, donde trabajaba de sirvienta. Yo no ataba cabos y creía que la chica me mentía o algo sospechoso había de por medio, puesto que el caso revestía gravedad. Era un aborto provocado y la joven no se atrevía a decirme que le había pasado. Le mandé nota al médico, que subió al pueblo despotricando porque recientemente había denunciado otra interrupción de embarazo y había tenido follón con la familia. Subió las escaleras del domicilio jurando, y en llegar me dice: “¿Qué hago?. Si denuncio follón, y si no denuncio y me denuncia a mí la otra, follón.” A esas chicas el acto quirúrgico por el que interrumpían el embarazo lo hacían en Barcelona, y las mandaban corriendo para el pueblo, probablemente demasiado deprisa. Yo siempre procuré defender su privacidad, puesto que a la mañana siguiente las mujeres del pueblo siempre preguntaban qué era lo que tenía tal mozueta, a lo que yo les respondía que tenían un catarro muy fuerte. Ya sabían más que yo lo que tenían, pero por mi boca nunca salió media palabra.

Tras cuatro años en Lacorvilla salieron oposiciones de APD, y yo que era una calamidad ni me enteré. En aquel pueblo llevábamos una vida..., no hacíamos más que ir a cazar y farras, matar conejos a montones y comidas todos los días. Yo ya vi que en aquel pueblo no podía estudiar y me volví para Pinseque.

Experiencia laboral - Comadrón en Pinseque

Después del paso por Lacorvilla nos instalamos en Pinseque, donde pude prepararme las oposiciones a practicante y que aún tardaron cuatro años más en convocarse. Ayudaba a mi tío y realizábamos muchos partos, pues le venían de todos los pueblos de alrededor. Como no cobraba le venían todas las gitanas a dar a luz, y a mí me tocaba lavar a los recién nacidos



en una lata de sardinas, dentro de una choza y con la luz que daba una goma ardiendo, no había otra cosa. Atábamos los cordones umbilicales y esperábamos que dejaran de latir antes de cortarlos, era muy bonito, pero había que estar siempre atentos que no hubiera complicaciones o alguna hemorragia. Nos esperábamos las dos horas reglamentarias a que la partera expulsara la placenta y no la dejábamos sola en ningún momento.

Experiencia laboral - Practicante APD en Almenar

La superación de las oposiciones de APD en el año 1958 me permitieron acceder a mi plaza definitiva de practicante en Almenar. El examen fue en Madrid y aprobé, aunque no pude coger ninguna plaza en Aragón, pues ya estaba todo lleno. Me interesé entonces por las vacantes: Gandesa, Fatarella y Almenar, y me asignaron finalmente este último pueblo. Llegaba a este nuevo destino con más de diez años de experiencia como practicante en mis espaldas, pero los inicios fueron un desastre, “el desastre más gordo que he tenido en mi vida”. Previamente a mi llegada en Almenar la gente del pueblo no sabía que era un practicante, ni que funciones o competencias tenía asignadas. Por lo que pude saber, los inyectables los administraba una señora del pueblo conocida por “la Carrodilla”, y en mi presencia y delante de los pacientes, los médicos daban todo el trabajo a esa señora. “Ya pasará la Carrodilla a ponerle unas inyecciones”, les decían a los enfermos en mi presencia. Yo no sé quién era esa señora, supongo que no tenía titulación, lo desconozco. Al llegar estuve días y días que no hice nada, pasaban de mí, hasta que ya un día los dos médicos que había dijeron, “vamos a dejar que pinche el del seguro”, aunque de esos servicios había muy pocos y estaba mal pagado. No llegábamos ni al día quince, y si cobraba un duro de algún servicio privado puntual me venía corriendo a traerlos a casa para que mi mujer pudiera ir a comprar. Suerte teníamos de los paquetes que de vez en cuando mandaba mi tío Ramón desde Pinseque con matanza de tocino. El día que llegaba un paquete comíamos fuerte, pero hubo muchos días que lo pasamos mal y llegamos a tener que racionar la comida en casa. ¿De



dónde iba a sacar yo el dinero si aquí no me ayudaba nadie? Todos los médicos que había abusaron de mí. Les acompañaba a las visitas y les tenía que hacer las recetas, pero no fueron capaces de darme un pollo de los que les sobraban, de los que les había regalado la gente del pueblo, todo era para ellos.

Al tiempo me ofrecieron ir a Alfarrás, que hasta ese momento lo llevaba cubriendo la mujer de uno de los médicos; primero a las curas e inyectables en domicilios hasta que acabé haciendo también la consulta, pero a la hora de pagarme se portaron muy mal conmigo, más teniendo en cuenta que estuve mucho tiempo que iba andando hasta Alfarrás, hacía la faena y volvía, hasta que al tiempo un hombre me prestó una bicicleta. Fueron unos principios duros, pero realizaba cualquier trabajo donde había un duro que ganar, fui un buscavidas. Hasta las tres de la mañana también me iba a una fábrica de cajas de madera para la fruta que había aquí en el pueblo, y también de noche iba a cuidar pollos de engorde en una granja, en la que me tocaba dormir en el suelo, encima de la paja.

En una ocasión vino al pueblo un médico de color, natural de Haití. Se hospedaba en la fonda y para llamarlo la gente del pueblo me venían a mí, y yo pasaba a buscarlo antes de ir juntos a ver al enfermo, pero yo de eso no cobraba nada. Tras una temporada de marchó a su tierra y me dejó a mí solo pasando visita durante dos meses seguidos, y cuando había un caso grave se lo pasaba al otro médico. A la hora de pasar cuentas ese médico se quedó delante de mis narices el dinero de las visitas que yo había pasado, pero como no querías ponerte a malas con ellos me quedé con las ganas y con una sensación de practicante explotado.

Hay que tener en cuenta que de practicante en estos pueblos no librabas ningún día, éramos tan tontos que nunca guardábamos fiesta. Con el practicante de Alfarrás, Angel Chic, fuimos muy amigos y nos cubríamos uno al otro cuando alguno estaba enfermo, el servicio aquí era de guardia continua.



En Almenar no ejercí como comadrón propiamente, solo recuerdo el caso de un parto al que no dio tiempo de llegar a la comadrona y me avisaron a mí para la asistencia. Nació una niña bien sana que aun hoy cuando nos encontramos me lo recuerda.

Cuando ya construyeron el Centro de Atención Primaria en Almenar y nos integraron en la Seguridad Social nuestras condiciones laborales y económicas mejoraron notablemente. Pasamos de estar 24 horas de guardia y siempre disponibles a trabajar en un horario determinado y concreto. El sueldo también nos mejoró y gracias a ello pudimos pagar estudios a mis hijos.

Viudez, jubilación y volver a empezar

Ya con los hijos criados mi mujer Pilar sufrió un Ictus cerebral y estuvo cuatro años con necesidad de cuidados específicos, ingresada en varios centros sociosanitarios, hasta que falleció por complicaciones de la propia enfermedad. Pilar fue siempre una gran señora y dispuso del respeto ganado a pulso de los vecinos del pueblo.

Pocos años después me jubilé y desde entonces me he podido dedicar a viajar, junto con Angustias, mi actual pareja, con quien comparto cariño, amor y el placer por ver mundo.

DISCUSIÓN

El relato de José Quílez atraviesa periodos históricos muy convulsos de España. Nacido en la “dictadura con rey”, expresión acuñada por historiadores de la época por ser Alfonso XIII quien nombró a Primo de Rivera presidente del Gobierno, le siguió la Segunda República y la Guerra Civil, vivencia que felizmente no supuso ningún trauma familiar, y de nuevo otra



dictadura, la de Franco donde discurrió gran parte de su educación y preparación para el ejercicio profesional. Su trayectoria profesional la desarrolla en el entorno rural hasta bien entrada la democracia.

En su artículo sobre fuentes documentales para el estudio de la medicina rural durante el franquismo, Comelles y Barceló destacan la prioridad de recuperar la memoria oral en todos los territorios, mediante entrevistas en profundidad que se encuentren asociadas al trabajo sobre fondos documentales que aún conserven los informantes. En el caso de las profesiones sanitarias no se debe perder de vista el objetivo principal que es el de recoger el testimonio de todas las experiencias vividas a lo largo de su carrera profesional (Comelles y Barceló, 2020).

Los profesionales que ejercieron durante la dictadura, sobre todo en los años más duros tras la finalización de la contienda bélica civil, se encontraron con un país empobrecido, plagado de carestías, en el que el día a día exigía una misión de supervivencia, donde lo más importante era, tristemente, poder llevarse un trozo de pan a la boca.

Este escaparate de miseria se observó más en las zonas rurales, ya de por sí más depauperadas, con hándicaps estructurales y escasez de servicios básicos. En este contexto se desarrolla la adolescencia, formación e inicios de la vida profesional de José Quílez, y la importancia de preservar su memoria. (Del Arco, 2006)

Su motivación para devenir practicante fue por modelaje familiar, como en muchas sagas de sanitarios. Su tío era barbero practicante, una categoría profesional que tenía funciones sanitarias, reminiscencias del barbero-sanrador, o el barbero-cirujano. Desde la Edad Media en las barberías se cortaba el pelo, se afeitaba, se curaban heridas, se arrancaban muelas y se practicaban sangrías y a partir de los últimos años del siglo XIX se ponían inyecciones. En las primeras décadas del siglo XX el barbero dejó de estar asociado a actividades sanitarias de sangría o quirúrgica, sin embargo, continuaba constando como categoría profesional sanitaria en instituciones sanitarias y sociales (Casa Misericordia, 1934-37). Su aprendizaje en cuidados



fue el “aprender haciendo” un método cuyo valor radica en el fomento de la experimentación y la práctica completado y revalidado después por los estudios de la carrera de Practicante y Comadrón.

Cuando José Quílez obtuvo su plaza de practicante en propiedad, le fue imposible quedarse en sus natales tierras aragonesas. Criado en Zaragoza, formado en Pinseque y destinado en primera opción a Lacorvilla, su destino final era Cataluña e intentó, al menos, quedarse la plaza más próxima a Aragón, en este caso Almenar, que limita con la provincia de Huesca.

Al llegar sufrió el rechazo de la población, que lo recibió como si fuera un apestado dentro de una comunidad sana. Su presencia desbarató el “modus vivendi” sanitario de la localidad: los médicos no lo querían y ya había una practicante aficionada –un eufemismo para evitar denunciar un supuesto caso de intrusismo– que atendía a aquellas personas que así se lo requerían. Este escenario es el que se intentó regular mediante la Ley de Bases de Sanidad Nacional (Boletín Oficial del Estado de 25 de noviembre de 1944), que establece la colegiación obligatoria para ejercer, lo que supuso un golpe casi definitivo al intrusismo, que todavía constituía una amenaza para el colectivo, sobre todo en las zonas rurales. En suma, tenía plaza, pero no tenía trabajo y tampoco se podía ir.

Para Quílez, esa situación mezcla entre rocambolesca y surrealista, le obligó a pluriemplearse para que su familia pudiera comer. No eran tiempos en los que la queja y la protesta tuvieran un resultado positivo, por lo que se armó de pragmatismo y se remangó la camisa todo lo que hizo falta y más. Siempre se ha comentado que en aquella época un maestro rural pasaba más hambre que un maestro armero, pero parece ser que, para un practicante foráneo, todavía más.

Su necesidad generó esfuerzo y, este, le impregnó de resiliencia: de cada reprimenda o mala cara, aprendía alguna cosa. Solamente así se puede interpretar que, con el paso de los años, este se integrara con normalidad en los servicios sanitarios de la población como practicante. Para algunos de los que en su día le miraron con indiferencia y frialdad, con el tiempo esa



imagen se había transformado en confianza máxima hacia su capacidad y su cometido. La profesionalidad se había abierto camino y se había consolidado, como su relación con el vecindario.

José Quílez es un exponente del mundo de los practicantes (Blazquez, 2017), porque a esta facultad para resolver y sortear los escollos de la vida profesional, hay que añadir que mantuvo su colegiación durante toda su vida. Y sí, decimos vida, porque después de que se jubilara, mantuvo su cuota colegial durante más de 25 años, algo extraordinario, más si tenemos en cuenta de que nunca aspiró a un cargo colegial. Quílez entendía que el ser practicante no era sólo una profesión, sino un sacerdocio, un compromiso indeleble, que se tatúa: practicante se es siempre.

BIBLIOGRAFÍA, NORMATIVA Y REFERENCIAS

Assistència Social i Sanitària. Relació de funcionaris de beneficència i Assistència Social Personal subaltern y auxiliar. Casa de Misericòrdia 1934-37. Arxiu de la Diputació de Lleida (ADL). Signatura 1425.

Amezcuca, M y Hueso, C. (2004) Cómo elaborar un relato biográfico. Arch Memoria, 1. <http://hdl.handle.net/10481/50776>

Amezcuca, M y Hueso, C. (2009) Cómo analizar un relato biográfico. Arch Memoria, 6 (fasc. 3). <http://hdl.handle.net/10481/50929>

Blazquez, I. (2016). La socialización de los practicantes a través de los manuales del Dr. Felipe Sáenz de Cenzano 1907-1942. *Asclepio*, 68(1), 132.

Blázquez, I. (2017). Practicante: el nacimiento de una nueva profesión sanitaria en España. Madrid. Ed. CSIC Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Blázquez, I., Fernández, A., Becerril, N. y Subirón, A. B. (2020). La enseñanza de los primeros practicantes titulados por la Universidad de Zaragoza (1869-1879). *Temperamentvm*, 8(15), t7814.

Comelles, J. M. y Barceló, J. (2020). Fonts documentals per a l'estudi de la medicina rural durant el franquisme. *Gimbernat: Revista d'Història de la Medicina i de les Ciències de la Salut*, 73, 133-151.

Del Arco, M.A (2006). Morir de hambre. Autarquía, escasez y enfermedad en la España del primer Franquismo. *Pasado y Memoria. Revista de Historia Contemporánea*, 5, 241-258.



Fuster, D.E. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*, 7(1), 201-229.

<https://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>

Ley de Bases de Sanidad Nacional. *Boletín Oficial del Estado*, 331. 25 de noviembre de 1944.

Real Decreto sobre las materias de la enseñanza de practicantes. 1 febrero de 1902. Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes. *Gaceta de Madrid*, nº 32. p. 488.

Robles, B. (2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico. *Cuicuilco*, 18(52), 39-49. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592011000300004&lng=es&tlng=es.



Una Historia Social de la corporeidad: del cuerpo físico al cuerpo vivido

A Social History of corporeity: from the physical body to the living body

Uma História Social da corporeidade: do corpo físico ao corpo vivido

Juan José Labora González^{1*} & Enrique Fernández Vilas²

¹Profesor ayudante doctor. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Universidad de de Santiago de Compostela. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8684-3775>; Correo electrónico: juan.labora@usc.es

²Graduado en Ciencias Políticas y de la Administración. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Grupo Isopolis. Investigación Social y Políticas Públicas (GI-2142). Universidad de A Coruña. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3107-6337>; Correo electrónico: enriquefernandezvilas@gmail.com

*Correspondencia: Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Dr. Ángel Echeverri, s/n. CP. 15.782.

Santiago de Compostela, A Coruña

Correo electrónico de contacto: juan.labora@usc.es

Cómo citar este artículo: Labora González, J. J., & Fernández Vilas, E. (2023). Una Historia Social de la corporeidad: del cuerpo físico al cuerpo vivido. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(67). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.22251>

Received: 21/07/2023

Accepted: 12/09/2023.



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

Abstract: In this work, a review of the different perceptions of the body that different societies have had throughout history is carried out. It will be seen how, in some moments, positive meanings predominated in the social representation of the body, while at other times the body was perceived from a negative point of view. For the realization of this article qualitative research was carried out based on the review of documents of the history of thought and social theory on the construction of social representations of the body. For this, the theoretical framework of systemic constructivism has been used -in particular, the theory of social imaginaries of Juan Luis Pintos- and the notion of epistemological rupture of Gaston Bachelard. Special attention is also paid to the gender perspective when carrying out the study. It can be concluded that the social representations of the body have been affected by a process of secularization and medicalization, affecting in different ways the perception of the female body, than that of the male. Building throughout the time a



representation of the body as something changing and that assumes an identity role for people.

Keywords: Body; social imaginaries; medicalization; gender.

Resumen: En este trabajo se realiza una revisión de las distintas percepciones del cuerpo que han tenido diferentes sociedades a lo largo de la historia. Se verá cómo, en algunos momentos, predominaron en la representación social del cuerpo significados de tipo positivo, mientras que en otros momentos se percibió desde un punto de vista negativo. Para la realización de este artículo se llevó a cabo una investigación cualitativa basada en la revisión de documentos de la historia del pensamiento y de la teoría social sobre la construcción de las representaciones sociales del cuerpo. Para ello se ha utilizado el marco teórico del constructivismo de carácter sistémico -en concreto, la teoría de los imaginarios sociales de Juan Luis Pintos- y la noción de ruptura epistemológica de Gaston Bachelard. Se presta, además, una especial atención a la perspectiva de género a la hora de la realización del estudio. Se puede concluir que las representaciones sociales del cuerpo se han visto afectadas por un proceso de secularización y medicalización; afectando de modos distintos a la percepción del cuerpo femenino, que a la del masculino. Construyéndose a lo largo del tiempo una representación del cuerpo como algo cambiante y que asume un papel identitario para las personas.

Palabras clave: Cuerpo; imaginarios sociales; medicalización; género.

Resumo: Neste trabalho, é realizada uma revisão das diferentes percepções do corpo que as diferentes sociedades tiveram ao longo da história. Ver-se-á como, em alguns momentos, os significados positivos predominavam na representação social do corpo, enquanto noutras alturas o corpo era percebido de um ponto de vista negativo. Para a realização deste artigo foi realizada uma investigação qualitativa com base na revisão de documentos da história do pensamento e da teoria social sobre a construção de representações sociais do corpo. Para isso, o quadro teórico do construtivismo sistémico tem sido usado -em particular, a teoria dos imaginários sociais de Juan Luis Pintos -e a noção de ruptura epistemológica de Gaston Bachelard. É também dada especial atenção à perspectiva de género na realização do estudo. Pode concluir-se que as representações sociais do organismo foram afetadas por um processo de secularização e medicina; afetando de diferentes maneiras a percepção do corpo feminino, do que a do macho. Construindo ao longo do tempo uma representação do corpo como algo que muda e que assume um papel de identidade para as pessoas.

Palavras-chave: Corpo; imaginários sociais; medicina; género.

El cuerpo nos trasciende, y lo trascendemos. Algo, mucho, al hablar de él, se escapa: es intraducible, incomunicable, un vacío, una presencia sin peso ni medida, un abismo, una totalidad oscura que no admite ni ecos ni retornos. La historia de sus narrativas es la de los intentos de salvar ese vacío.

Mabel Moraña (2021, 14)



INTRODUÇÃO

El cuerpo puede ser percibido como la estructura externa de un organismo biológico que en un momento determinado de la vida de las personas puede llegar a alterarse, a enfermar. Generalmente, esto se muestra a través de un cuerpo deteriorado, pero al mismo tiempo, lo hará a través de una autoimagen y un autoconcepto también alterados. Esta percepción trastocada del propio cuerpo es lo que se “juega” en los procesos asistenciales con las personas enfermas. Juego que asume una estructura compleja y en el que participa de alguna manera, tanto el cuerpo de la persona paciente, como el cuerpo de la persona profesional que lo atiende; al mismo tiempo, en este proceso también intervienen los imaginarios sociales que orientan y de alguna manera construyen la percepción del cuerpo, tanto social como individualmente a través de los procesos de socialización, comunicación e interacción social.

Si giramos el foco de atención frente a lo que se dijo en el párrafo anterior, y en vez de observar el cuerpo como algo biológico lo observamos como entidad social, veremos toda una serie de procesos sociales que le afectan e influyen. En las sociedades occidentales contemporáneas las nuevas tecnologías de la información y la comunicación permiten, por una parte, la conexión constante y continua entre las personas. Por otra parte, los mensajes de los medios de comunicación, y de estas nuevas tecnologías de la información, refuerzan los cánones de belleza que asientan una imagen normativa de una delgadez extrema lo que puede influir tanto en una persona que se llegue a sentir mal con su cuerpo y pueda tener dificultades para desarrollar una identidad personal con la que se sienta cómoda y reconocida (Brumberg, 1998; Butler, 2004, 2016; Chernin, 1994; Gordon, 1994; Lawrence, 1998).

Así pues, el cuerpo puede ser considerado como uno de los elementos más complejos a analizar desde el punto de vista social, de hecho, históricamente le fueron asignadas una serie de metáforas muy distintas entre sí (ver tabla 1).



La dificultad de análisis del cuerpo, que se ha mencionado, se puede deber a varias causas: en primer lugar, el cuerpo forma parte de la reflexión humana desde los propios inicios de esta, por lo cual los imaginarios sociales del cuerpo tienen una larga historia. Aunque como dice Planella de manera muy gráfica “los trabajos sobre teoría del cuerpo se fueron haciendo a cuentagotas” (2006, p. 85). Además, la heterogeneidad de los imaginarios corporales de las distintas culturas, las distintas épocas, e incluso comunidades humanas, complica el acercamiento al cuerpo. Por otro lado, el abordaje del cuerpo se hace desde muchas disciplinas: la filosofía, la antropología, la sociología, la enfermería, la historia del arte, la medicina, la semiótica, etc. Además, esta heterogeneidad se mantiene en las teorías contemporáneas que hablan del mismo.

Tabla 1: Metáforas utilizadas para referirse al cuerpo humano

Delito (Toro, 2015)
Borrador (Le Breton, 2010)
Guerra (Le Breton, 2010; Nietzsche, 1994)
Prótesis del yo (Le Breton, 2010)
Pantalla (Le Breton, 2010)
Encarnación provisional (Le Breton, 2010)
El doble Cuerpo: Cuerpo individual/Cuerpo de rey (Hobbes, 2012)
El cuerpo social (Douglas, 1988)
Matriz Polimorfa (Merleau-Ponty, 1993)
Territorio en conflicto (Duch y Mèlich, 2005)
Obra (Lipovetsky, 2016)
Mundo (Sontag, 2021)

Fuente: Elaboración propia

Así pues, este trabajo se plantea como objetivos:

- Describir, e interpretar, los procesos sociales que afectaron a las representaciones sociales del cuerpo a lo largo del tiempo.
- Identificar los imaginarios sociales que orientaron la percepción social del cuerpo.
- Visibilizar los significados, y metáforas, asignados a las representaciones sociales del cuerpo.

METODOLOGÍA

Para la realización de este artículo se ha llevado a cabo una investigación cualitativa. Para la extracción de datos, se ha hecho uso de la técnica de la revisión bibliográfica documental (Ruiz e Ispizua, 1989; Valles, 2007). A la



hora del análisis, se han usado el análisis de contenido y el análisis del discurso, utilizando como método un análisis histórico-comparativo de la literatura sobre el cuerpo.

Para la selección de los datos e información a analizar se han utilizado como criterios de búsqueda: cuerpo, alma, cuerpo + medicina, cuerpo + teoría social, cuerpo + moral. Las búsquedas se realizaron tanto en soporte papel como a través de internet haciendo uso de los grandes bases de datos: Dialnet, Scopus, Web of Science.

La investigación se inscribe en el paradigma constructivista (Holstein y Gubrium, 2008), y se hace uso de la teoría de los imaginarios sociales (Labora, 2018a; Pintos, 2014; Torres, 2012). Asimismo, para operativizar dicho paradigma en los análisis llevados a cabo, se hace uso de la noción de ruptura epistemológica de Bachelard (1974, 1989).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La historia de la reflexión sobre el cuerpo se puede rastrear en la sociedad occidental hasta Homero (Laín, 1987; Snell, 2007). En el análisis del cuerpo en la Grecia clásica, lo primero que llama la atención, es la cantidad de términos que utilizaban para referirse a él. Vernant (2001) cita entre otros: *sôma* (usado en una primera época para referirse sólo al cadáver), *démas* (cuerpo, estatura, altura, armazón corporal), *khrós* (envoltura exterior, piel, pigmentación de la piel), *kára* (con significado de cabeza, pero usado metonímicamente para hablar del cuerpo, como se hacía también en el caso de *stêthos*, *êtor*, *kardia*, *phrén*, *prapídes*, *thymós*, *ménos*, *nóos*, etc.). Foucault (2010a), dirá que en la época de Homero no existía una palabra para referirse al cuerpo, para hablar de la unidad corporal “había brazos alzados, había pechos valerosos, había piernas ágiles, había cascos brillantes por encima de las cabezas: no había un cuerpo. La palabra griega que significa cuerpo no aparece en Homero sino para designar el cadáver” (2010a, pp. 16-17). Foucault (2010a) argumenta la dificultad de reconocer nuestro propio cuerpo que puede convertirse por ello en un no-lugar, al modo griego anteriormente explicado o a la manera que nos sucede a todos, y todas, en la infancia.



En realidad, Vernant señala que “durante la época arcaica la “corporeidad” griega no conoce todavía la separación entre alma y cuerpo; no establece tampoco ningún corte radical entre lo natural y lo sobrenatural” (2001, 17). Se genera así la idea de un cuerpo con las características y facultades de mayor calado -el cuerpo de las divinidades- y un subcuerpo humano (derivado y precario). Este siempre se entiende a partir de aquel, se caracteriza por estar incorporado a la naturaleza, y se define sobre todo a partir de su carácter efímero, de su caducidad, frente a la inmortalidad del cuerpo divino. Como dicen Duch y Mèlich “En el universo griego, el cuerpo humano sirve de soporte al cuerpo divino; prácticamente aquél es la única representación posible de este” (2005, p. 38). Pero ese cuerpo, aún en esta época temprana reúne la característica de ser un elemento construido socialmente. La belleza y el honor de los mejores (áristoi) están indisolublemente unidos, y se proyectan en el cuerpo, que metafóricamente adopta la forma de una pantalla en la que los valores sociales encarnan e incorporan un ideal social de vida y comportamiento: la admiración, la memoria como camino para alcanzar la inmortalidad, la moderación frente a la hybris, la templanza, etc. En definitiva, el modelo agonístico de una cultura de la vergüenza, característico de la sociedad de la Grecia antigua, frente al modelo judeocristiano típico de una cultura de la culpa (Dodds, 1994). En este sentido Vernant profundiza en la idea de que “Para referirse a la nobleza de espíritu, al corazón generoso con el que cuentan los mejores de entre todos, los áristoi, el griego dispone de la expresión kalòs kágarthos, que indica que la belleza física y la superioridad moral son indisociables” (2001, 26).

Pasado el tiempo surgen las reflexiones de Platón. Frente a la postura tradicional sobre el cuerpo que dominó en la Grecia arcaica, caracterizada por una explicación integral del mismo, en la obra del filósofo ateniense se asiste a los inicios de la explicación dualista de este. Platón ejemplifica, a lo largo de toda su producción, el dualismo de su teoría asignando diferentes significados al alma y al cuerpo que se organizan de forma dicotómica en parejas de significados opuestos (tabla 2). Esos significados se mantendrán a lo largo de la historia ya que el cuerpo se interpreta a menudo como fuente



de irracionalidad, perecedero (mortal, soluble) y como elemento que puede causar tensión.

Tabla 2: Significados asignados al cuerpo y al alma por Platón

Significados asignados al alma	Significados asignados al cuerpo
Semejante a lo divino	Semejante a lo humano
Inteligible	Irracional
Uniforme	Multiforme
Inmortal	Mortal
Indisoluble	Soluble
Idéntica a sí misma	Nunca idéntico a sí mismo
Combinación	Tensión
Armonía	Cohesión

Fuente: Elaboración propia.

Como es bien sabido, en Platón ejercieron una gran influencia las ideas de los órficos y los pitagóricos, a través de ellos asumirá como propia la interpretación del cuerpo como cárcel del alma (*sôma sêma*). Esta interpretación dual se trasladará a la historia de la reflexión sobre el cuerpo de las distintas personas autoras, que asignarán significados de tipo positivo o negativo al mismo.

El cuerpo, en Platón, suele aparecer explicado como elemento que impone una barrera, algún tipo de obstáculo tanto a nivel epistemológico como a nivel ético. En el Fedón, Platón nos dice que “en tanto que tengamos el cuerpo y nuestra alma esté contaminada por la ruindad de este, jamás conseguiremos suficientemente aquello que deseamos” (trad. en 1992a, p. 44), el objeto de deseo, según Platón, sería la verdad. El cuerpo, haciendo uso de nuestros sentidos, dificulta que alcancemos el verdadero conocimiento. El filósofo ateniese matiza que los sentidos nos engañan (Platón, trad. en 1992b). Sólo a través del uso del alma podremos alcanzar la sabiduría “Y así, cuando nos desprendamos de la insensatez del cuerpo, según lo probable estaremos en compañía de lo semejante y conoceremos por nosotros mismos todo lo puro, que eso es seguramente lo verdadero” (Platón, trad. en 1992a, p. 45).



Pero el cuerpo supone además otro problema añadido, ya que este sería la sede del mal y por eso este afectaría al alma. El deseo implicaría la imposibilidad del cuerpo para alcanzar un saber universal. Por lo que se dijo hasta ahora, queda claro que la reflexión sobre el cuerpo realizada desde la filosofía se va a vertebrar alrededor de la relación de este con el alma. En este sentido, la teoría aristotélica del cuerpo puede estar influida tanto por la teoría platónica como por las ideas hipocráticas. Por un lado, Aristóteles fue alumno de la Academia durante diecinueve años, hasta la muerte de Platón (Ross, 2013). Por otro lado, el padre del Estagirita, según las fuentes disponibles, fue médico en la corte del rey Amintas en Macedonia -el que con el paso de los años sería el abuelo de Alejandro Magno-, lo que lleva a comentar a Guthrie que “su inclinación por la ciencia y la medicina fue herencia de su padre y sus antepasados” (1993, p. 34). Todo esto configuró una mirada de tipo empirista a la hora de enfrentarse a sus investigaciones.

Si Platón desgranó una concepción dualista del cuerpo, con todo lo que eso significó para la posteridad, Aristóteles diseña una teoría del cuerpo monista, como señala Ross “Aristóteles no sostiene una teoría de la doble sustancia. El cuerpo y el alma no son sustancias, sino elementos inseparables de una sola sustancia” (Ross, 2013, p. 154). En primer lugar, deja claro que lo que debe estudiar el cuerpo y sus afecciones es lo físico, y no lo metafísico que se ocuparía “de las realidades que existen separadas en cuanto tales” (Aristóteles, trad. en 1988, p. 136). El filósofo explica que existirían una serie de afecciones comunes al alma y cuerpo, matizando que “En la mayoría de los casos se puede observar como el alma no hace ni padece nada sin el cuerpo, por ejemplo, encolerizarse, envalentonarse, apetecer, sentir” (Aristóteles, 1988, p. 134). Más tarde aclara que el cuerpo orgánico es por deducción una sustancia en potencia que encuentra en el alma su forma (eidos) o entelequia. El alma, pues, está indefectiblemente unida al cuerpo, formando con él una unidad indisoluble; y que, por lo tanto, termina con la muerte de la persona. E incluso le critica a los pitagóricos que unan el cuerpo y el alma “sin preocuparse de definir ni por qué ni la manera de ser del cuerpo” (Aristóteles, 1988, p. 151). Se puede concluir que el



cuerpo sería un elemento orgánico que sirve de base al alma, y que posee la vida en potencia (energeia).

El hombre máquina

Le Goff y Truong caracterizan a la sociedad medieval como una sociedad de tensiones, tensión entre Dios y el hombre, tensión entre el hombre y la mujer, tensión entre la ciudad y el campo, tensión entre lo alto y lo bajo, tensión entre la riqueza y la pobreza, tensión entre la razón y la fe, tensión entre la violencia y la paz. Pero una de las principales tensiones es la que se produce entre el cuerpo y el alma. Y más todavía en el interior del cuerpo mismo (2005, 12).

La figura de Eva, siguiendo los pasos de Pandora, abre la puerta a una verdadera metafísica de los sexos (Agacinski, 2007) en la que la mujer se mueve entre dos polos: Eva, la tentadora, y María, la redentora. La desnudez femenina está “del lado de lo salvaje y de la locura” (Le Goff y Troung, 2005, p. 118). Hasta el siglo XIII se hablaba de que los demonios tenían cuerpos. A partir de ese momento se discutirá si esto es así. Finalmente, Tomás de Aquino niega totalmente la corporalidad de los espíritus, ya sean angélicos o demoníacos. El razonamiento está claro “La reconciliación con Dios depende de un cuerpo encarnado; un demonio carece de este tipo de cuerpo; ergo un demonio no puede ser salvado” (Elliott, 1999, p. 137). Se abre una consideración de los cuerpos sutiles, o espirituales, y unos cuerpos encarnados origen de la lujuria y el pecado, expuestos por ello a valoraciones morales (Moraña, 2021). En concreto, se impone el imaginario social de la mujer venenosa “el apetito sexual, en la mujer se considera maléfico y con poder hechicero hacia el hombre, víctima de los deseos irrefrenables e, incluso, innatural (...). Además, se le atribuye a la menstruación todo tipo de propiedades, por lo general negativas, nocivas y venenosas” (Fernández, Coca y Pérez, 2016, p. 296). La mujer es situada como posible origen del mal de ojo, lo que colocó a las mujeres como posibles víctimas de acusaciones de brujería, proceso institucionalizado a través del *Malleus Malleficarum*; un manual publicado en 1487, ampliamente difundido, en el que “toda enfermedad, locura y desgracia inexplicadas se



asumía que era el resultado de espíritus malignos que habitaban el cuerpo de la víctima” (Ussher, 1991, pp. 44-45). Así pues, como dice Ussher (1991), en los siglos XIII y XIV tanto el alma como el cuerpo son aspectos a regular, tratar, juzgar y castigar por parte de la Iglesia.

En la Edad Moderna los imaginarios sociales que orientan las representaciones del cuerpo van a dar un giro de ciento ochenta grados (Ver tabla 3), ya que el Renacimiento va a cambiar la concepción de la medicina que dominaba desde la Grecia Antigua. Es decir, el modelo humoral que se puede encontrar en los escritos hipocráticos y que Galeno (trad. en 1997) recoge en el siglo II d. c. para iniciar el camino de la medicalización dejándose guiar por la anatomía (Porter y Vigarello, 2005).

En la teoría humoral el cuerpo se interpretaba como un compuesto de sangre, bilis -amarilla y negra- y flema (Porter y Vigarello, 2005). Estos cuatro fluidos y sus evoluciones explicaban la dinámica corporal. En el momento en que se producía un desequilibrio entre ellos se interpretaba que aparecía la enfermedad. Esta manera de interpretar la enfermedad como un desequilibrio entre determinadas sustancias o estructuras es una teoría de largo recorrido, de hecho, puede considerarse que hace aparición con Alcméon de Crotona en el siglo VI a. c., continuaría con Hipócrates en el siglo V a. c., y pasaría a través de Galeno, Isidoro de Sevilla y la medicina árabe hasta la Edad Media y el Renacimiento (Mejía, 2018). Incluso, algunos autores (GØtszche, 2016), interpretan determinados posicionamientos del modelo médico de la actualidad, en lo tocante a la enfermedad mental, como una renovación de la teoría de la enfermedad como desequilibrio.

Como señalan Porter y Vigarello (2005) la ruptura de este imaginario surge con la aparición en escena de Vesalio en el siglo XVI. En 1543 se publica *De humani corporis fabrica* (De la construcción del cuerpo humano), en esta obra Vesalio reclama un acercamiento más empirista al cuerpo, alejándose de criterios de tipo estrictamente teóricos o basados en el criterio de la autoridad de Galeno (Porter y Vigarello, 2005).



Tabla 3: Principales rupturas epistemológicas producidas en la percepción del cuerpo humano a lo largo de la historia

- **Monismo → Dualismo**
- **Sacralización → Secularización**
- **El cuerpo interpretado socialmente → Medicalización**
- **Cuerpo naturaleza (biológico) → Cuerpo social (imaginario)**
- **El cuerpo como algo dado, inalterable → El cuerpo como estructura en constante construcción**

Fuente: Elaboración propia a cargo del autor

En este sentido, se pueden mencionar dos cambios (Porter y Vigarello, 2005) que permitirían la aparición del imaginario de una anatomía patológica: la concepción de la enfermedad como entidad real y gobernada por leyes naturales, y la obra de Morgagni y Baillie que permite localizar la enfermedad en órganos específicos del cuerpo. Asoma así la posibilidad del cuerpo enfermo que surge desde las profundidades de lo invisible, lo que significará con el tiempo la paulatina debilitación del imaginario que dominaba la medicina popular en esa época, es decir, el paradigma de la simpatía que imponía la creencia de que lo semejante cura lo semejante, que se trasladó en su momento de la magia a la ciencia (Frazer, 2011).

Frente a este tipo de imaginarios hará aparición con fuerza la metáfora de nuevas representaciones del cuerpo, que tomando como modelo la nueva física y la ingeniería mecánica, apelarán al cuerpo como máquina. Este tipo de imaginarios corporales tienen su origen en la filosofía cartesiana. Descartes define el cuerpo como: “una cara, manos, brazos y toda esta máquina compuesta de huesos y carne” (1986, p. 123). Comentario que completa diciendo que entiende por “cuerpo todo aquello que puede terminar por alguna figura, estar colocado en cierto lugar y llenar un espacio de modo que excluya a cualquier otro cuerpo; todo aquello que pueda ser sentido por el tacto o por la vista, o por el oído, o por el gusto, o por el olfato; que pueda moverse en varias maneras, no ciertamente por sí mismo” (1986,



p. 123). Desde este punto de vista el cuerpo, como dirá De Lorenzo “queda reducido a la magnitud espacial, a la extensión cuantificable” (1991, p. 126).

Pero la concepción cartesiana del cuerpo no sólo va a imponer la separación entre el cuerpo y el alma, sino que conlleva la contradicción entre el cuerpo y la persona (Planella, 2006). Lo que, a su vez, arrastra una serie de asignaciones de significados negativos al cuerpo al ser considerado la raíz del crimen y el pecado. De ahí que hagan aparición una serie de formas para ejercer el control sobre él (el derecho penal y el derecho canónico) y, por otro lado, surjan una serie de discursos para legitimar su control.

Hobbes, retomando las ideas de Descartes, utiliza como elemento central de definición del cuerpo la extensión cuando dice que “La palabra cuerpo, en su acepción más general, significa aquello que llena y ocupa un determinado espacio o lugar imaginado, y que no depende de la imaginación, sino que es una parte real de lo que llamamos Universo” (2012, p. 323). A estas alturas, el cuerpo ya está definido como estructura estrictamente física dada de una vez para siempre, que se mantiene firme e inalterable durante toda nuestra vida. Compuesto de sustancias que funciona con la perfección de una máquina.

Esta representación del cuerpo como una máquina alcanza su cumbre en 1747 con la publicación de *El hombre máquina*. En esta obra, La Mettrie desde un punto de vista materialista, aunque partiendo de ideas cartesianas, dirá que no es necesaria el alma como principio explicativo de los procesos superiores del ser humano, sino que todo se puede explicar a través del funcionamiento de la máquina humana. La Mettrie dirá que “el cuerpo humano es una máquina que monta sus propios resortes, imagen viva del movimiento perpetuo” (1987, p. 44). La Mettrie usará de nuevo la metáfora del cuerpo humano como un reloj, que ya había usado Descartes en la sexta de las meditaciones metafísicas (1986); de hecho, La Mettrie pensaba que Descartes era el primero que demostró perfectamente que los animales eran “puras máquinas” (1987, 104).

La medicalización del cuerpo



El gran impulso al proceso de medicalización del cuerpo se producirá en el siglo XVIII. Si hasta ese momento se había establecido una comprensión organicista del mismo, a partir de ahora será la medicina la que pasa a situarse como la instancia que puede simbólicamente explicarlo (Foucault, 2007). Foucault nos dice que el cuerpo, a partir de ahora, entra en la esfera de la política -de la biopolítica, para ser más exactos-, como un elemento a dominar y objeto de gestión política. Para el filósofo francés el cuerpo

Aparece como portador de nuevas variables: no ya simplemente cuerpos escasos o numerosos, sometidos o insumisos, ricos o pobres, válidos o inválidos, fuertes o débiles, sino también más o menos utilizables, más o menos susceptibles de inversiones rentables, más o menos capaces de aprendizaje eficaz. Los rasgos biológicos de una población se convierten así en elementos pertinentes para la gestión económica, y es necesario organizar en torno a ello un dispositivo que asegure su sometimiento, y, sobre todo, el incremento constante de su utilidad (Foucault, 2010b, 628).

Según Foucault (2010b), en el siglo XVIII la medicina amplía su campo de acción haciéndose cargo de aspectos que antes estaban más allá de sus lindes. La profesión médica se asienta definitivamente como sede del saber sobre el cuerpo, con lo que eso implica en su conversión en herramienta de poder social (2010b, 2010c). Aparecen también en esta época uno de los principales instrumentos de medicalización masiva, es decir, el hospital; ya que antes de este siglo sólo era una institución de asistencia a los pobres, por lo que el hospital era concebido como un medio “de impedir la constitución de un foco de desorden económico y médico” (Foucault, 2010d, 775).

La medicina pasa así de ser una práctica individual a ser una práctica social, la cual cada vez deja menos cosas fuera de su control. Al mismo tiempo, va surgiendo la dimensión clínica de hospital (Foucault, 2010d). Esta pivota sobre varios ejes, siendo uno de ellos la superposición de la enfermedad en los cuerpos, pero situando la sintomatología en un juego de relaciones, subordinaciones, divisiones y similitudes, que llegan a oscurecer y ocultar la presencia de la persona; de ahí que “la mirada del médico no se



dirige inicialmente a ese cuerpo concreto, a ese conjunto visible, a esta plenitud positiva que está frente a él, el enfermo; sino a intervalos de naturaleza, la omisión y la distancia donde aparecen como en un negativo” (Foucault, 2007, 9).

Este proceso de medicalización del que venimos hablando, es decir, de ampliación del dominio de la medicina sobre el cuerpo tendría varios orígenes (Faure, 2005): la aparición de nuevas técnicas e instrumentos médicos, la introducción de la anestesia, la generalización del uso del microscopio descubierta en el siglo XVII, la medición de la tensión arterial, etc. Faure (2005) plantea que el diálogo que se producía antes entre el personal médico y la persona enferma pasa ahora a estar controlado por las personas profesionales de la medicina que construye interrogatorios dirigidos a la construcción del diagnóstico concreto, es decir, la persona pasa de ser considerada en su globalidad (un individuo con familia, un trabajo, una educación, etc.), a convertirse en paciente (un individuo con familia con un cuerpo enfermo, es decir, que perdió su equilibrio anterior). Y esto implica el uso de un nuevo vocabulario propio de la profesión médica y que coloniza el discurso profano sobre la enfermedad y el cuerpo (Faure, 2005).

Surge pues una representación del cuerpo como elemento orgánico que muestra los signos y síntomas de la enfermedad, interpretados, eso sí, siempre por la persona profesional de la medicina que, en definitiva es a partir de ahora la que ostenta la legitimidad y el poder social para certificar cuando una persona tiene una enfermedad, cuando debe ser ingresada en un hospital, cuando sufre dolor y debe ser medicada para aliviar su tormento o cuando debe ser ingresada en contra de su voluntad en una institución psiquiátrica, etc. Así pues, según Conrad (2007) el proceso de medicalización se caracterizaría por la definición como situaciones médicas, es decir, legitimadas socialmente por las disciplinas médicas, de lo que en realidad serían problemas de la vida (life problems). Es decir, condiciones de índole personal o social que suelen manifestarse a través de conductas que se etiquetan como alteradas, o cuando menos, fuera de la normalidad; por lo que necesitarían un diagnóstico y un tratamiento médico.



La construcción del cuerpo

El origen de la reflexión totalmente contemporánea o posmoderna sobre el cuerpo se puede situar en la filosofía de Nietzsche. A partir de su valoración del cuerpo, y de la puesta en solfa de toda la tradición que lo precedía, abre un nuevo modo de percibir e interpretar el estudio del cuerpo. Nietzsche niega los análisis hechos por otros pensadores, por ejemplo, Platón al deslegitimar el cuerpo como instancia con la capacidad de generar conocimiento, incluso llega a decir que la valoración tradicional de cuerpo hecha por parte de la filosofía lo que consiguió, en realidad, fue acabar con el centro de gravedad de la vida (Nietzsche, 1990). Esto se pudo llevar a cabo cuando se situó el alma como elemento prioritario, lo que llegó a “arruinar el cuerpo” (Nietzsche, 1988, p. 130) y creó “la moral de la renuncia a sí mismo [que] es la moral de la decadencia par excellence” (Nietzsche, 1988, p. 130). Todo esto se produce sobre todo por el papel jugado por el cristianismo que despreció el cuerpo y condenó al olvido la metáfora dionisiaca del cuerpo como afirmación de vida (Nietzsche, 1989). De ahí que el filósofo reclame la transvaloración hecha hasta entonces del cuerpo, es decir, su rehabilitación como objeto de reflexión, devolviéndole, así mismo, su papel como centro de gravedad de la vida.

La reflexión sobre el cuerpo produciría la castración de la capacidad de autodeterminación del ser humano que Nietzsche reclama a través de la voluntad de poder, y su exigencia de fidelidad a la tierra que caracteriza y define al superhombre (Übermensch). Como dice Jara “el asentamiento de la cultura en el cuerpo se alcanzó a lo largo de los siglos de una peculiar “domesticación” (1998, p. 70). El cuerpo empieza a aparecer como la instancia en la que la sociedad proyecta sus imaginarios hasta construirlo o reconstruirlo, Jara sigue interpretando que, en Nietzsche “es en el cuerpo donde dejan sus huellas los acontecimientos de la historia experimentada por los pueblos, las sociedades y el ser humano” (1998, p. 92).

Nietzsche establece una serie de juegos entre diferentes dimensiones o significados que afectan al cuerpo (ver tabla 4). Así este, a pesar de que



pueda parecer el más visible y accesible, puede llegar a convertirse en lo más opaco, oculto tras el yo, el sujeto, la razón; llegando a adoptar, a nivel topológico, el lugar de un detrás, un adentro. Esta serie de significados pueden situarse en una serie de dicotomías que enfrentan al cuerpo con estructuras o significados ajenos que, al fin y al cabo, permiten configurar y delimitar la propia definición del cuerpo. Si Platón utilizaba el campo cuerpo/alma para su asignación de significado, Nietzsche cambia el eje hacia uno (cuerpo) Otro.

Tabla 4: Juego de significados asignados al cuerpo por Nietzsche

CUERPO	EL OTRO
Dentro	Fuera
Sujeto	Objeto
Interioridad	Exterioridad
Inmanencia	Transcendencia
Inconsciente	Consciente
Instintos	Razón
Orgánico	Inorgánico
Sí mismo	Yo
Gran salud	Desprecio del cuerpo
Transvaloración de los valores	Moral judeocristiana
Espíritus libres	Hombres de rebaño

Fuente: Elaboración propia

Sólo quedaba un paso más a dar para la introducción de los significados del imaginario sexual del cuerpo. Es decir, el cuerpo como criterio de asignación del sexo que con el tiempo permitirá observar el organismo como lugar de encarnación del género, en parte, por la influencia de las propias disciplinas que tratan y curan el cuerpo.

Pero el primero en exponer explícitamente el estatuto del cuerpo como construcción sociocultural, como avanza Nietzsche, fue Marcel Mauss.
<https://culturacuidados.ua.es>



Mauss introduce el concepto de técnica corporal, definiéndola como “la forma en que los hombres, sociedad por sociedad, hacen uso de su cuerpo en una forma tradicional” (1971, p. 337). Es el primero en avanzar que mediante la socialización uno de los aspectos que se estructuran son las formas de movimiento, reposo y uso de nuestro cuerpo.

Pero la gran ruptura epistemológica que permite la aparición del cuerpo como estructura simbólica es la introducida por Husserl a lo largo de todas sus obras. Husserl utilizará dos dimensiones a la hora de analizar el cuerpo. Estas dos dimensiones las distingue a través de dos palabras diferentes: Körper y Leib. El Körper haría alusión a la consideración física u orgánica del cuerpo. Husserl dirá que “el cuerpo (Körper) es una unidad sintética de una pluralidad de estratos de “apariciones sensibles” de sentidos diferentes” (2014, p. 69). Sería pues la instancia que me permite constituir a los/as otros/as a partir de la experiencia perceptiva de un cuerpo, entre otros cuerpos, y semejante a ellos: con una extensión, una altura, un peso, etc. Pero, yendo más allá, ese cuerpo no es cualquier cuerpo, ni siquiera es como los demás. Este cuerpo es mi cuerpo, se mueve, es decir, “el cuerpo en cuanto objeto físico está sujeto a influencias físicas, a las cuales se ligan “consecuencias psíquicas” (Husserl, 2014, p. 206). El cuerpo adquiere la dimensión simbólica de mi vivencia, de mi corporalidad asumiendo la categoría de Leib. Es así que, como nos dice San Martín, yo puedo ver el cuerpo de los otros (Körper) pero no puedo acceder “a su vida subjetiva, a sus campos sensitivos (su Leib), sus vivencias, su personalidad; con todo, siempre están todos esos aspectos implicados en la percepción de su cuerpo (Körper)” (1987, p. 96). El propio Husserl en las lecciones impartidas en el semestre de invierno del curso 1910-1911 ponía los fundamentos para establecer las diferencias entre estas dos dimensiones corporales diciendo que

Mientras el Körper es el cuerpo como cosa física, el Leib es el cuerpo vivido desde dentro como “soporte de sensaciones localizadas”, o como “lo más originariamente mío”, “lo que me es más próximo” (...) o incluso como lo que siempre está presente en la percepción (...). Podríamos decir que mientras el Leib procura la encarnación mundana de la subjetividad (...), el



Körper incorpora dicha subjetividad al mundo fáctico y cósico (1994, p. 209).

El cuerpo aparece como “centro de la orientación” (Husserl, 2014, p. 97). Husserl (1986) dirá que nos encontramos con los otros, como seres corporales situados en un mundo que compartimos con ellos. Al mismo tiempo los interpretamos como sujetos que experimentan ese mundo, sin dejar de estar sumidos en mi propia experiencia (por la experiencia que tengo de mi propio cuerpo).

La concepción husserliana del cuerpo influirá sobre toda una serie de autores que se situaron en la órbita de la fenomenología como: Heidegger (2013), Ortega y Gasset (2010), Zubiri (2006) y Merleau-Ponty (1993). Este último, dará un paso más al considerar que la relación entre el sujeto o el yo, y el cuerpo no es de tipo topológico (yo estoy delante o estoy en mi cuerpo) sino de tipo ontológico (yo soy mi cuerpo). Así pues, no podemos estar de acuerdo con Sontag cuando en sus diarios de madurez apunta que “El conocimiento tiene que ver con una conciencia encarnada (no solo una conciencia)- este es el gran tema olvidado en la fenomenología desde Descartes + Kant hasta Husserl + Heidegger- del que Sartre (...) + Merleau-Ponty han comenzado a ocuparse” (Sontag, 2021, pp. 156-157). Por precisar este desacuerdo un poco más, nosotros mismos y algún otro autor hemos desarrollado el tratamiento, marginal, que Heidegger hizo del cuerpo (Adrián, 2011; Labora, 2018b).

Esa idea será transmitida a la teoría sociológica a través de Turner cuando dice que “Tenemos cuerpos, pero somos también, en un sentido específico, cuerpos; nuestra corporeidad es una condición necesaria de nuestra identificación social, de manera que sería absurdo decir “llegué y traje mi cuerpo conmigo” (1989, p. 32). Turner reclama para la sociología el tema del cuerpo que él considera en aquel momento colonizado por el imaginario biologicista, considerando que el cuerpo es un asunto de especial importancia para la reflexión sociológica ya que, en la corporeidad, como dice en la última cita se está jugando la identidad social de las personas. Incluso se puede decir que, en realidad, Turner reclama la tematización del cuerpo



hecha desde la sociología ya que, según este sociólogo “el cuerpo en la teoría sociológica tuvo una furtiva y secreta historia, más bien que ninguna” (1989, p. 61). Pero Turner reconoce que el cuerpo en la posmodernidad es un asunto de alta complejidad, ya que este se presenta al mismo tiempo como “la cosa más sólida, más elusiva, ilusoria, concreta, metafórica, siempre presente y distante: un sitio, un instrumento, un entorno, una singularidad y una multiplicidad” (1989, p. 33). Estas características y rasgos, inicialmente paradójicos, se explican a través de los procesos que afectaron al cuerpo en la contemporaneidad. Si en la antigüedad o en la modernidad, el cuerpo se consideraba una entidad natural y que por ser tal era un ancla a la que aferrarse ya que, en principio no variaría con el tiempo, en la actualidad el cuerpo adquirió el carácter de una ficción culturalmente operativa y viva (Le Breton, 2002). Esto quiere decir que el cuerpo se inserta en una trama de sentido y significado, lo que permite su diversificación a través de la aplicación de las técnicas de modificación corporal, y, lo que es más, incluso permitiendo en la actualidad la reconstrucción corporal en el sentido biológico (aumento de pecho, alargamiento de piernas para ser más alto, cirugía estética de todo tipo, cambio de nariz, para tener la nariz de la actriz x o del actor y, etc.). Frente al cuerpo tradicional caracterizado por su carácter liminal, unificado, ininterrumpido y que nos distingue o excluye del otro/a, aparece el cuerpo de la posmodernidad caracterizado como un elemento de identidad individual, diversificado, interrumpido, y que puede funcionar como elemento de conexión con las demás personas (Le Breton, 2002).

El cuerpo y las mujeres

Paralelamente al proceso de medicalización del cuerpo, según Laqueur (1994), surge un nuevo cuerpo sexuado. Este autor (Laqueur, 1994) aduce como razones de esta nueva representación corporal:

- El crecimiento de la religión evangélica.



-
- La teoría política de la Ilustración.
 - La aparición de nuevos espacios públicos en el siglo XVIII.
 - La concepción de Locke del matrimonio como un contrato.
 - Las posibilidades de cambio social tras la Revolución Francesa.
 - El sistema fabril y su reestructuración de la división sexual del trabajo.
 - El crecimiento de una economía libre de mercado.
 - El nacimiento de las clases sociales.

El historiador que hemos mencionado concibe la propia ciencia como la instancia legitimadora y racionalizadora de las diferencias sexuales existentes entre hombres y mujeres, lo que, según él, origina una percepción social del cuerpo femenino como “problemático e inestable” (Laqueur, 1994, p. 51). En cualquier caso, distintas personas autoras (Orbach, 1993; Toro, 2015; Turner, 1989) vienen defendiendo que históricamente al cuerpo femenino se le dedicó más atención que al masculino. Aplicándosele a las mujeres patrones y cánones más exigentes que al hombre. Desde la Antropología se advierte de que en numerosas culturas la alimentación se convierte en una estructura que marca y determina las relaciones de género y la identidad sexual (Moore, 2004). Todo esto hace decir a Toro que “Hablar de los trastornos del comportamiento alimentario, de anorexia y bulimia nerviosa, o de personas o de grupos en riesgo de contraer tales trastornos, es, en parte, sinónimo de referirse a ciertos hechos y características propias de la mujer” (Toro, 2015 p. 284).

Debería recordarse que los intentos sobre el dominio del cuerpo femenino a través de los imaginarios sociales del mismo podrían retrotraerse casi hasta el principio de los tiempos. En la Atenas del período clásico el ideal de la mujer aristócrata consistía en una mujer que casi no tenía oportuni-



des de salir de su casa (Barahona, 2006; Cartledge, 2004; Mossé, 1990; Murcia, 2007; Sennett, 2016), hablando alguna autora, incluso, de reclusión de las mujeres (Pomeroy, 1987). Su vida se reducía al espacio doméstico, y a la organización y gestión de este. En este sentido Jenofonte, en el *Económico* nos dice que “para la mujer, en efecto, es más honroso permanecer dentro de la casa que estar de murmuración en la puerta” (trad. en 1993, p. 243). Justificando la necesidad de que la mujer permanezca recluida ya que su naturaleza sería más apta para las labores del interior de los domicilios y la del hombre para los trabajos del exterior. Sería la propia divinidad la que “dispuso también el cuerpo y la mente del hombre [para que] pudieran soportar mejor los fríos y el calor, los viajes y las guerras, y en consecuencia le impuso los trabajos de fuera. En cambio, a la mujer al darle un cuerpo menos capaz para estas fatigas, la divinidad, le encomendó, me parece a mí, las faenas de dentro” (Jenofonte, trad. en 1993, pp. 241-242).

En la Edad Media, como se ha señalado, a través de fenómenos como el monacato, la persecución de la brujería, el cinturón de castidad y las anóricas santas (Bell, 1985; Hinojosa, 2009), entre otros, se procede al control de la mujer, tanto en el plano espacial, como de su intimidad personal y sexual.

Tabla 5: Dicotomías resaltadas en el cuerpo de la mujer por los feminismos

CUERPO (Normativo)	EL OTRO (cuerpo)
Uno	Otro
Identidad	No-ser
Yo	No yo
Interno	Externo
Límite	Exclusión
Normatividad	Abyección
Naturaleza	Cultura
Sexo	Género
Sí mismo	Yo

Fuente: Elaboración propia

En cualquier caso, a partir de las aportaciones del movimiento feminista y de la teoría Queer (Butler, 2016; Chernin, 1994; MacSween, 1996; Orbach,



1993) el cuerpo pasó a ser considerado un elemento identitario de la persona. Orbach (1993) señala que, en el caso de las mujeres, estas muestran una gran inseguridad respecto a sus cuerpos debido al alto nivel de contradicción que muestran los significados e imaginarios que los regulan, en otras palabras, el alto nivel de complejidad y de contradicciones que caracterizaría a los imaginarios sociales que orientan la percepción social del cuerpo (ver tabla 5).

Esa idea del cuerpo como elemento identitario se Butler (2016) la interpreta haciendo uso de su teoría del género como performativo. Así pues, nos movemos según Butler, en las aguas de la fluidez de las identidades, ya que el género no sería más que el conjunto de significados que las personas aceptan a través del cuerpo delimitado y definido sexualmente, lo que la filósofa norteamericana llamó “cuerpo sexuado” (2016, p. 54). Llegamos así a una definición del cuerpo como una estructura permeable a los significados culturales determinados políticamente y que se incorporan mediante los actos performativos convirtiendo el género en un “estilo corporal” (Butler, 2016, p. 271). En sus últimas publicaciones Butler (Butler y Athanasiou, 2017) reflexiona sobre el papel de los cuerpos en la reivindicación política de derechos ya que “No solo el género y la sexualidad son en cierto sentido performativos, también lo son su expresión política y las reclamaciones planteadas en su nombre” (Butler, 2017, pp. 62-63). En este sentido, la filósofa de la que venimos hablando, matiza que “Una persona no empieza siendo de un género para más tarde decidir cómo y cuándo ponerlo en escena. Esta actuación, que es anterior a cualquier acto del “yo”, forma parte del propio modo ontológico del género, y por esto tiene importancia cómo, cuándo y con qué consecuencias tiene lugar esa práctica pues todo ello cambia el propio género que uno es” (Butler, 2017, p. 62). Así pues, el cuerpo que somos, y el género que performamos, están contruidos sobre el entorno y las acciones que llevamos a cabo en los entornos públicos de los movimientos sociales en los que participamos. Butler (2017) nos recuerda que, como dijo Hannah Arendt en su momento, el cuerpo privado es condición determinante del cuerpo público; es fundamental, pues, entender a las personas como seres sociales de carácter relacional. En definitiva,



Butler resalta la existencia de una política de los cuerpos que se ha puesto encima de la mesa en otras ocasiones (del Val y Gallego, 2013; Porter, 2021; Quintana, 2020). Así, Bourdieu, hablando de la construcción social de los cuerpos señala que esta puede legitimar “una relación de dominación inscribiéndola en una naturaleza biológica que es en sí misma una construcción social naturalizada” (2000, p. 37). Los cuerpos, dada su condición esencialmente vulnerable, se movilizan en actos de protesta que son corporales y lingüísticos, al mismo tiempo, y en los que se trata de “modificar la relación de las personas que se manifiestan con el espacio público y con las instituciones contra las que protestan (...). Se establece así un nexo entre los cuerpos, la performatividad, la precariedad y la resistencia” (Cano, 2021, p. 187). En Butler lo privado y lo público se difuminan y se confunden, ya que “nuestras pasiones, nuestros afectos o nuestra comprensión de cómo somos en tanto que cuerpos, están marcados por cuál es nuestra raza, cuál es nuestro género, cuál es nuestra morfología. Todo esto es parte de la experiencia vital que hacemos de nuestro yo corporal. Esto también significa que estamos constituidos por los otros” (2011, p. 60).

Por otro lado, el cuerpo es considerado una herramienta clave para alcanzar la salud. Pero a lo largo de la historia, la salud como significado se asignó a un cuerpo con cierta corpulencia. En épocas de escasez de alimentos, cuando no de hambre, un cuerpo con cierto nivel de grasa era signo de cierta riqueza, y, por ende, de cierto nivel social. Hemos de esperar al siglo XVIII para comenzar a ver aparecer elementos que conducen de manera inexorable a la imagen del cuerpo actual, que se gesta a partir de la Segunda Guerra Mundial cuando cristaliza el proceso de cambio del ideal de belleza (Toro, 2015). A partir de entonces “cuidar de su cuerpo” significa “estar delgada”. Por tanto, quien no está delgado no cuida su cuerpo, no da buena imagen” (Toro, 2015, p. 244). En este sentido, Susan Sontag desde sus dieciséis años se había preocupado por la dicotomía cuerpo mente (Moser, 2020). Posteriormente señaló que la delgadez, en ocasiones ligada a la enfermedad, en el siglo XIX cambió en cuanto a los significados que se le asignaban ya que “La idea tuberculoide del cuerpo era un modelo nuevo para la moda aristocrática -en un momento en que la aristocracia dejaba de ser cuestión



de poder para volverse asunto de imagen” (Sontag, 1996, p. 35). Esta vinculación de la imagen delgada y vulnerable asignada a la mujer, y vinculada a las clases sociales altas, acabaría provocando que “Gradualmente, el aspecto tuberculoso, símbolo de una vulnerabilidad atrayente, de una sensibilidad superior, fue convirtiéndose en el aspecto ideal de la mujer” (Sontag, 1996, p. 35). Sontag (1996) acaba defendiendo el que se destierre la metáfora del cuerpo, para abrazar la realidad de “mi cuerpo” (Moser, 2020), pero no tiene en cuenta al decir esto que el ser humano es simbólico por definición y que todo el universo de significados sociales siempre acompaña la comprensión social de los que nos rodea.

Se construyen, pues, patrones de imagen normativos impregnados de significados sociales que abren la puerta a las valoraciones morales, ya que alguien que tenga sobrepeso u obesidad es porque no quiere cuidar su cuerpo y es entonces una persona: descuidada, perezosa, vaga, etc. Es decir, “la sociedad prepara y alienta a los individuos para procurarse un cuerpo que ostente juventud, delgadez y sensualidad; en tanto que debemos rechazar el cuerpo decadente, envejecido o discapacitado” (Muñiz, 2010, p. 59). Si antes la delgadez era signo de enfermedad y pobreza (Gracia-Arnáiz, 2010), en la posmodernidad pasa a ser sello de éxito social, de salud, de virtud moral, etc. La delgadez como elemento que presta su ayuda en el proceso de configuración de una identidad basada y construida sobre el cuerpo a partir de la proyección de los imaginarios sociales y las representaciones culturales del momento y del lugar donde nos encontremos. Una identidad polimorfa, descentrada, cambiante...que mudamos constantemente, ante la plétora de opciones disponibles lo que permite la construcción de la masculinidad o feminidad de nuestros cuerpos.

CONCLUSIONES

En este trabajo se ha explicado cómo las representaciones sociales del cuerpo han ido evolucionando a lo largo de la historia. En concreto, a partir sobre todo de Platón, se asignan significados sociales al cuerpo y se percibe



este como algo irracional, percedero (mortal, soluble) y como elemento que puede causar tensión, pero que nos acompañará toda la vida. No será hasta la modernidad cuando se comience a percibir el cuerpo como cambiante, mudable y fuente de identidad para las personas.

Estos cambios en las representaciones sociales del cuerpo se producirían a través, sobre todo, de dos procesos: un proceso de secularización que va excluyendo valores vinculados a lo sagrado, y un proceso de medicalización. Este proceso se lleva a cabo a través de las ideas que va generando la incipiente profesión médica, lo que determina la comprensión del cuerpo como una estructura de carácter orgánico/físico/biológico, apartada, como se ha expuesto, de su determinación e incluso construcción social y cultural. Esto determinará, a su vez, que la medicina imponga una progresiva escisión en la atención que se le presta al cuerpo desde los procesos asistenciales que se llevan a cabo dentro de los sistemas hospitalarios y de atención sanitaria a las personas, forzando la pérdida de la concepción de atención a las personas dentro de una óptica global u holística. Esto se puede explicar también diciendo que se tratan enfermedades y no personas.

Los mencionados procesos se ven influenciados, predominantemente por dos imaginarios sociales: el imaginario biológico del cuerpo y el imaginario sexual del mismo. Este va a aumentar la riqueza de significados asignados al cuerpo en la posmodernidad, convirtiéndolo en uno de los principales elementos generadores de identidad en las personas y abriendo la puerta, así a la consideración del cuerpo como causa de enfermedades y malestares que afectan mayoritariamente a las mujeres.

Es necesario, pues, ser conscientes de que la construcción social del cuerpo asigna una serie de significados a este que pueden llegar a trasvasar valoraciones de carácter moral al mismo y que puede acabar generando discriminaciones o limitaciones de derechos en las personas. Se hace imprescindible por ello, profundizar en aspectos como las políticas corporales de las distintas sociedades, los patrones de imagen legitimados socialmente o cómo se distribuyen los significados sociales de carácter negativo en fun-



ción de la identidad sexual de las personas. Ya que con esto se pueden visibilizar las distintas vulnerabilidades que pueden interserccionar en la condición social de determinados grupos sociales.

BIBLIOGRAFÍA

- Adrián, J. (2011). Heidegger y la Hermenéutica del cuerpo. *Revista Observaciones Filosóficas*, 1-28. Recuperado de <http://www.observacionesfilosoficas.net/heideggerylahermeneutica.html>.
- Agacinski, S. (2007). *Metafísica de los sexos. Masculino/femenino en las fuentes del cristianismo*. Madrid: Akal.
- Aristóteles (1988). *Acerca del alma (e. o. circa 350 a. C.)*. Madrid: Gredos.
- Bachelard, G. (1974). *La formación del espíritu científico* (3ª ed., e. o. 1938). Madrid: Siglo XXI.
- Bachelard, G. (1989). *Epistemología* (2ª ed.). Barcelona: Anagrama.
- Barahona, P. (2006). *Historia de Grecia. Día a día en la Grecia Clásica*. Madrid: Libsa.
- Bell, R. M. (1985). *Holy Anorexia*. Chicago: The University Chicago Press.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Brumberg, J. J. (1998). *The Body Project. An Intimate History of American Girls*. Nueva York: Vintage B.
- Butler, J. (2004). *Lenguaje, poder e identidad*. Madrid: Síntesis.
- Butler, J. (2011). *Violencia de Estado, guerra, resistencia. Por una nueva política de izquierda + Las categorías nos dicen más sobre la necesidad de categorizar los cuerpos que sobre los cuerpos mismos*. Buenos Aires: Katz.
- Butler, J. (2016). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.
- Butler, J. (2017). *Cuerpos aliados y lucha política. Hacia una teoría performativa de la asamblea*. Barcelona: Paidós.
- Butler, J. y Athanasiou, A. (2017). *Desposesión: lo performativo en lo político*. Buenos Aires: Eterna Cadencia Editora.
- Cano, M. (2021). *Judith Butler. Performatividad y vulnerabilidad*. Shakleton Books.
<https://culturacuidados.ua.es>



- Cartledge, P. (2004). *Los griegos*. Barcelona: Crítica.
- Chernin, K. (1994). *The Hungry Self: women, eating and identity*. Nueva York: Harper Collins.
- Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- De Lorenzo, J. (1991). *El racionalismo y los problemas del método*. Madrid: Cincel.
- Del Val, M. I. y Gallego, H. (Eds.). (2013). *Las huellas de Foucault en la historiografía. Poderes, cuerpos y deseos*. Barcelona: Icaria.
- Descartes, R. (1986). *Discurso del método/Meditaciones cartesianas (e. o. 1637/1641)*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Dodds, E. R. (1994). *Los griegos y lo irracional (e.o. 1951)*. Madrid: Alianza Editorial.
- Douglas, M. (1988). *Símbolos naturales (e. o. 1970)*. Madrid: Alianza Editorial.
- Duch, Ll., y Mèlich, J. C. (2005). *Antropología de la vida cotidiana. Escenarios de la corporeidad*. Madrid: Trotta.
- Elliott, D. (1999). *Fallen Bodies. Pollution, Sexuality, & Demonology in the Middle Ages*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Faure, O. (2005). La mirada de los médicos. En A. Corbin (Dir.), *Historia del cuerpo. De la Revolución Francesa a la Gran Guerra* (pp. 23-56). Madrid: Taurus.
- Fernández, C., Coca, J. y Pérez, E. (2016). El imaginario social de la mujer venenosa: ciencia, metáfora y hermenéutica. *Investigaciones Feministas*, 7(2), 293-311. <http://dx.doi.org/10.5209/INFE.51666>.
- Foucault, M. (2012). *Vigilar y castigar* (15ª ed. revisada y corregida, e. o. 1975). Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2007). *El nacimiento de la clínica (e. o. 1963)*. Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2010a). *El cuerpo utópico. Las heterotopías*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Foucault, M. (2010b). La política de la salud en el siglo XVIII. En *Obras esenciales* (pp. 623-652). Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (2010c). Nacimiento de la medicina social. En *Obras esenciales* (pp. 653-671). Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (2010d). La incorporación del hospital en la tecnología moderna. En *Obras esenciales* (pp. 771-782). Barcelona: Paidós.



- Frazer, J. G. (2011). *La rama dorada* (3ª ed. rev., e. o. 1890). Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Galeno (1997). *Sobre la localización de las enfermedades*. Madrid: Gredos
- Gordon, R. A. (1994). *Anorexia y Bulimia. Anatomía de una epidemia social*. Barcelona: Ariel.
- Gøtzsche, P. C. (2016). *Psicofármacos que matan y denegación organizada*. Barcelona: Los libros del linco.
- Gracia-Arnáiz, M. (2010). (Des) encuentros entre comida, cuerpo y género. En J. E. Martínez Guirao y A. Téllez (Eds.), *Cuerpo y cultura* (pp. 79-107). Barcelona: Icaria.
- Guthrie, W. K. C. (1993). *Historia de la Filosofía: introducción a Aristóteles* (Vol. VI). Madrid: Gredos.
- Heidegger, M. (2013). *Seminarios de Zollikon* (e. o. 1987). Barcelona: Herder.
- Hinojosa, S. (2009). *Santa anorexia. La noche oscura del cuerpo*. Madrid: Maia Ediciones.
- Hobbes, T. (2012). *Leviatán, o la materia, forma y poder de una república eclesiástica y civil* (2ª ed., e. o. 1651). México: Fondo de Cultura Económica.
- Holstein, J. A., y Gubrium, J. F. (Eds.). (2008). *Handbook of Constructionist Research*. Nueva York: The Guilford Press.
- Husserl, E. (1986). *Meditaciones cartesianas* (e. o. 1931). Madrid: Tecnos.
- Husserl, E. (1994). *Problemas fundamentales de la fenomenología*. Madrid: Alianza Editorial.
- Husserl, E. (2014). *Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. Libro II: investigaciones fenomenológicas sobre la constitución* (e. o. 1952). México: Fondo de Cultura Económica/Universidad Nacional Autónoma de México.
- Jara, J. (1998). *Nietzsche, un pensador póstumo. El cuerpo como centro de gravedad*. Barcelona: Anthropos.
- Jenofonte (1993). *Recuerdos de Sócrates/Económico/Banquete/Apoloía de Sócrates*. Madrid: Gredos.
- La Mettrie, J. O. (1987). *El hombre máquina* (e. o. 1747). Madrid: Alhambra.
- Labora, J. J. (2018a). El cuerpo y los trastornos de la conducta alimentaria: los imaginarios sociales del cuerpo de los profesionales de la salud. *Sociología y tecnociencia*, 8(2), 112-130. Recuperado de: <https://doi.org/10.24197/st.2.2018.112-130>
- Labora, J. J. (2018b). *A evolución da percepción social dos trastornos da conduta alimentaria dos profesionais da saúde en Galicia* [Tesis de doctorado, sin publicar]. Santiago de Compostela:



Universidade de Santiago de Compostela. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10347/17878>

Laín, P. (1987). *El cuerpo humano. Oriente y Grecia Antigua*. Madrid: Espasa Calpe.

Laqueur, T. (1994). *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos a Freud*. Madrid: Cátedra.

Lawrence, M. (1998). *The Anorexic Experience* (5ª reimp.). Londres: The Women's Press.

Le Breton, D. (2002). *La Sociología del cuerpo*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Le Breton, D. (2010). Una antropología del cuerpo en un mundo contemporáneo. En J. E. Martínez Guirao y A. Téllez (Eds.), *Cuerpo y cultura* (pp. 185-202). Barcelona: Icaria.

Le Goff, J. y Truong, N. (2005). *Una historia del cuerpo en la Edad Media*. Barcelona: Paidós.

Lipovetsky, G. (2016). *De la ligereza*. Barcelona: Anagrama.

MacSween, M. (1996). *Anorexic bodies. A Feminist and Sociological Perspective on Anorexia Nervosa*. Londres: Routledge.

Mauss, M. (1971). *Sociología y Antropología* (e. o. 1950). Madrid: Tecnos.

Mejía, O. (2018). *Medicina antigua: de Homero a la peste negra*. Madrid: Punto de Vista ediciones.

Merleau-Ponty, M. (1993). *Fenomenología de la percepción* (e. o. 1945). Barcelona: Planeta-De Agostini.

Moore, H. L. (2004). *Antropología y feminismo* (4ª ed.). Madrid: Cátedra/Universitat de València/Instituto de la Mujer.

Moraña, M. (2021). *Pensar el cuerpo. Historia, materialidad y símbolo*. Barcelona: Herder.

Moser, B. (2020). *Sontag. Vida y obra*. Barcelona: Anagrama.

Mossé, C. (1990). *La mujer en la Grecia clásica*. Madrid: Nerea.

Muñiz, E. (2010). En busca de la belleza ¿perfección o ficción? En J. E. Martínez Guirao y A. Téllez (Eds.), *Cuerpo y cultura* (pp. 55-78). Barcelona: Icaria.

Murcia, J. (2007). *De banquetes y batallas. La antigua Grecia a través de su historia y sus anécdotas*. Madrid: Alianza Editorial.

Nietzsche, F. (1988). *Ecce homo* (e. o. 1889). Madrid: Alianza Editorial.

Nietzsche, F. (1989). *Crepúsculo de los ídolos* (e. o. 1889). Madrid: Alianza Editorial.



- Nietzsche, F. (1990). *El Anticristo* (13ª reimp., e. o. 1888). Madrid: Alianza Editorial.
- Nietzsche, F. (1994). *Así habló Zaratustra* (e. o. 1883-1892). Madrid: Alianza Editorial.
- Orbach, S. (1993). *Hunger Strike* (2ª ed.). Middlesex: Penguin.
- Ortega y Gasset, J. (2010). Vitalidad, alma, espíritu. En A. Serrano (Ed.), *Cuerpo vivido* (pp. 15-52). Madrid: Encuentro.
- Pintos, J. L. (2014). Algunas precisiones sobre el concepto de imaginarios sociales. *Revista Latina de Sociología*, 4, 1-11. Recuperado de: <https://doi.org/10.17979/relaso.2014.4.1.1217>
- Planella, J. (2006). *Cuerpo, cultura y educación*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Platón (1992a). *Fedón/Banquete/Fedro* (e. o. circa 387, 380 y 370 a. c., respectivamente). Madrid: Gredos.
- Platón (1992b). *Filebo/Timeo/Critias* (e. o. circa 350, 357 y 360 a. c. respectivamente). Madrid: Gredos.
- Pomeroy, S. B. (1987). *Diosas, ramerías, esposas y esclavas*. Madrid: Akal.
- Porter, R. (2021). *Bodies Politic. Disease, Death and Doctors in Britain 1650-1900* (3ª ed.). Londres: Reaktion Books
- Porter, R., y Vigarello, G. (2005). Cuerpo, salud y enfermedad. En G. Vigarello (Dir.), *Historia del cuerpo. Del Renacimiento a la Ilustración* (pp. 323-357). Madrid: Taurus.
- Quintana, L. (2020). *Política de los cuerpos*. Barcelona: Herder.
- Ross, W. D. (2013). *Aristóteles* (e. o. 1923). Madrid: Gredos.
- Ruiz, J. L., e Ispizua, M. A. (1989). *La descodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- San Martín, J. (1987). *La fenomenología de Husserl como utopía de la razón*. Barcelona: Anthropos.
- Sennett, R. (2016). *Carne y piedra. El cuerpo y la ciudad en la civilización* (6ª reimp.). Madrid: Alianza Editorial.
- Snell, B. (2007). *El descubrimiento del espíritu. Estudios sobre la génesis del pensamiento europeo en los griegos* (e. o. 1946). Barcelona: Acantilado.
- Sontag, S. (1996). *La enfermedad y sus metáforas y El sida y sus metáforas*. Madrid: Taurus.
- Sontag, S. (2021). *La conciencia uncida a la carne. Diarios de madurez 1964-1980* (3ª reimp.). Barcelona: Debolsillo.



- Toro, J. (2015). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad* (6ª imp.). Barcelona: Ariel.
- Torres, M. (2012). Imaginarios sociales de la enfermedad mental. *Revista de investigaciones Políticas y Sociológicas*, 12(2), 101-113. Recuperado de <https://revistas.usc.gal/index.php/rips/article/view/378>
- Turner, B. S. (1989). *El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en teoría social*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Ussher, J. (1991). *Women's Madness: Misogyny or Mental Illness?*. Londres: Harvester Wheatsheaf.
- Valles, M. S. (2007). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional* (4ª reimpr.). Madrid: Síntesis.
- Vernant, J.-P. (2001). *El individuo, la muerte y el amor en la Antigua Grecia* (2ª ed.). Barcelona: Ariel.
- Zubiri, X. (2006). *Escritos menores (1953-1983)*. Madrid: Alianza Editorial/Fundación Xavier Zubiri.



Práticas de enfermería en la reeducación profesional de los soldados en la Casa Pía de Lisboa durante la Primera Guerra Mundial

Nursing Practices in the Professional Re-education of Soldiers at Casa Pia of Lisboa during the First World War

Práticas de Enfermagem na Reeducação Profissional de Soldados na Casa Pia de Lisboa durante a I Guerra Mundial

Nuno Miguel Catela Correia^{1*}, Carlos Lousada Subtil², Paulo Joaquim Pina Queirós³ & Rafael Alves Bernardes⁴

¹Magister en adicciones y patología psicossocial. Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei), Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS) e ciTechCare - Center for Innovative Care and Health Technology. Leiria. Portugal. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3713-0111>; Correo electrónico: nuno.correia@ipleiria.pt

² Doctor en Enfermería. Universidade Católica Portuguesa (UCP) e Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS). Porto. Portugal. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1372-517X>; Correo electrónico: carloslousadasubtil@gmail.com

³ Doctor en Enfermería. The Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E) e Nursing School of Coimbra (ESENfC). Portugal. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1817-612X>; Correo electrónico: pauloqueiros@esenfc.pt

⁴Magister en enfermería de rehabilitación. The Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E), Nursing School of Coimbra (ESENfC). Portugal. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2110-7483>; Correo electrónico: rafaelalvesbernardes@esenfc.pt

Cómo citar este artículo: Correia, N., Subtil, C., Queirós, P., & Bernardes, R. (2023). Práticas de enfermería en la reeducación profesional de los soldados en la Casa Pía de Lisboa durante la Primera Guerra Mundial. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(67). <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.26134>

***Correspondência:** Nuno Miguel Catela Correia. School of Health Sciences - Polytechnic University of Leiria Campus 2. Morro do Lena – Alto do Vieiro. Apartado 4137 | 2411-901 Leiria – PORTUGAL

Correo electrónico de contacto: nuno.correia@ipleiria.pt

Received: 20/09/2023
Accepted: 07/11/2023.



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

Abstract: In the period of the First Republic in Portugal, during the First World War, professional re-education was implemented, based on the teaching experience of Casa Pia in Lisbon, and was particularly important in the recovery of mutilated and maimed soldiers. Objective: To interpret and analyse the nurses' practices in the professional re-education of Portuguese soldiers at the Santa Izabel Institute for the Re-education of War Mutilates at Casa Pia in Lisbon during the First World War. Methodology: Use of the historical method to synthesise the historical narrative. Results: Important references can be found in the Casa Pia of Lisbon Yearbooks to the functions carried out by the nurses, namely "the propaganda that the nurses made to the wounded about the advantages of re-education"; the "massotherapy treatment"; "the massage treatments" and also to the "extremely important role" of the ladies (nurses) in the "small infirmary"

<https://culturacuidados.ua.es>



headed by Dr V. Pontes where there was a small "massotherapy" service, a "provisional prosthesis" workshop and a laboratory for examining aptitudes. Conclusion: This confirms that the nurses played an important role in the "preparatory re-education" services at the Santa Isabel Institute for the Re-education of Mutilated People at Casa Pia in Lisbon, intervening in a distinctive and effective way, earning good recognition.

Keywords: Nursing education; nurses; World War I; history of nursing; professional re-education.

Resumen: En el período de la Primera República en Portugal, durante la Primera Guerra Mundial, se implantó la reeducación profesional, basada en la experiencia pedagógica de la Casa Pia de Lisboa, y fue particularmente importante en la recuperación de soldados mutilados. Objetivo: Interpretar y analizar las prácticas de las enfermeras en la reeducación profesional de los soldados portugueses en el Instituto Santa Isabel de Reeducación de Mutilados de Guerra de la Casa Pia de Lisboa durante la Primera Guerra Mundial. Metodología: Utilización del método histórico para sintetizar el relato histórico. Resultados: Se encuentran importantes referencias en los Anuarios de la Casa Pia de Lisboa a las funciones desempeñadas por las enfermeras, a saber: "la propaganda que las enfermeras hacían a los heridos sobre las ventajas de la reeducación"; el "tratamiento de masoterapia"; "los tratamientos de masaje" y también al "importantísimo papel" de las señoras (enfermeras) en la "pequeña enfermería" dirigida por el Dr. V. Pontes, donde había un pequeño servicio de "masoterapia", un taller de "prótesis provisionales" y un laboratorio de examen de aptitudes. Conclusión: Esto confirma que las enfermeras desempeñaron un papel importante en los servicios de "reeducación preparatoria" del Instituto de Reeducación de Mutilados Santa Isabel, de la Casa Pia de Lisboa, interviniendo de forma diferenciada y eficaz, mereciendo un buen reconocimiento.

Palabras clave: Educación en enfermería; enfermeras; Primera Guerra Mundial; historia de la enfermería; reeducación profesional.

Resumo: No período da Primeira República em Portugal, no decorrer da I Guerra Mundial, implementou-se, com base na experiência de ensino da Casa Pia de Lisboa, a reeducação profissional tendo sido particularmente importante na recuperação de mutilados e estropeados de guerra. Objetivo: Interpretar e analisar quais as práticas das enfermeiras na reeducação profissional de soldados portugueses no Instituto de Reeducação de Mutilados de Guerra de Santa Isabel na Casa Pia de Lisboa durante a I Guerra Mundial. Metodologia: Recurso ao método histórico para a síntese da narrativa histórica. Resultados: Encontram-se referências importantes nos Anuários da Casa Pia de Lisboa a funções exercidas pelas enfermeiras nomeadamente "a propaganda que as sr.as enfermeiras fizeram junto dos feridos sobre as vantagens da reeducação"; o "tratamento massoterápico"; "os tratamentos pela massagem" e ainda o "papel importantíssimo" das senhoras (enfermeiras) na "pequena enfermaria" chefiada pelo Dr. V. Pontes onde havia um pequeno serviço de "massoterapia", uma oficina de "prothese provisória" e um laboratório de exame de aptidões. Conclusão: Confirma-se que as enfermeiras desempenharam um papel importante nos serviços de "reeducação preparatória" no Instituto de Reeducação de Mutilados de Santa Isabel da Casa Pia de Lisboa, intervindo de forma diferenciadora e eficaz, obtendo um bom reconhecimento.



Palavras-chave: Educação em enfermagem; enfermeiras; I Guerra Mundial; história da enfermagem; reeducação profissional.

INTRODUÇÃO

A história da enfermagem inicialmente factualista era percebida apenas como uma justaposição de acontecimentos cronológicos desfasados do quotidiano, todavia o repto atual é inerente ao “explicar o sentido da enfermagem e os percursos pelos quais passou a arte de cuidar, bem como de teorias e teóricos que lhe conferiram legitimidade científica” (Oguisso et al., 2011, p.126), procurando interpretá-la criticamente.

Desta forma conhecer o passado da enfermagem envolve reconhecer a dimensão da sua história, pré-profissional e profissional, repensando os seus agentes que na “liderança ou no anonimato cumpriram a tarefa essencial do fazer enfermagem” (Oguisso et al., 2011, p.126).

Na conjectura dos problemas sociais consequentes do sismo de 1755 que assolou a cidade de Lisboa, no dia 3 de julho de 1780, no reinado de D. Maria I, o Intendente geral da polícia Diogo Inácio de Pina Manique, fundou a Casa Pia de Lisboa, tendo iniciado no Castelo de São Jorge em Lisboa o acolhimento de mendigos, prostitutas e crianças indigentes, órfãs ou abandonadas (Araújo et al., 2000).

Os propósitos para este empreendimento foram influenciados à época pelas conceções iluministas e pela reforma educativa levada a cabo por Sebastião José de Carvalho e Melo (Marquês de Pombal) e eram essencialmente de índole solidária tendo em conta a recuperação e integração social e educativa que proporcionasse através do ensino preparação para a vida às pessoas acolhidas em áreas bastante distintas como as profissional, artística, desportiva e cultural (Araújo et al., 2000).

Estas ideias eram pioneiras e inovadoras para a época, sendo difíceis de executar pois devido ao niilismo inerente ao poder da nobreza e clero, o



ensino e a educação apenas eram acessíveis a essas classes sociais desprezadas à época de determinados valores morais e sociais.

Na altura em pleno século XIX, principalmente a partir das pesquisas de Koch e Pasteur consolidavam-se em Portugal cada vez mais as tendências inerentes à doutrina do higienismo, sendo dada especial relevância à “educação física, a educação intelectual e a educação moral e religiosa” (Almeida, 1861, p.7-8).

À época, a “educação física” constituiu uma das prioridades sendo que esta era entendida para além da prática de “ginástica” como “ensino dos preceitos higiénicos sobre o ar, a luz, a alimentação, o vestuário, as casas, os banhos...” que eram considerados fundamentais para a prevenção da doença (Anuários da Casa Pia de Lisboa 1912-1923; Araújo et al., 2000 p.87; Costa, 1870).

Este pioneirismo, que precipitou à época ideias ainda atuais, revelou-se assim na ginástica, na prática de atividade física e nos princípios do ensino da reeducação profissional, aspetos importantes que no século seguinte foram sendo cada vez mais reconhecidos como importantes para a promoção da saúde e foram aplicados na “reeducação profissional” de pessoas com algum tipo de incapacidade, sendo introduzidos progressivamente na formação de enfermeiras e enfermeiros como por exemplo no curso de enfermagem da Cruzada das Mulheres Portuguesas (Portaria nº 1124 de 27 de outubro de 1917) e no primeiro curso de especialização em enfermagem de reabilitação em Portugal em 1965 (Correia et al., 2022; Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 1965-1987; Portaria nº 22034 de 4 junho de 1966).

Desta forma, no período da Primeira República em Portugal e no decorrer da I Guerra Mundial, implementou-se, com base na experiência de ensino da Casa Pia de Lisboa, a “reeducação profissional” tendo sido particularmente importante pois esse evento bélico do primeiro quartil do século XX trouxe um incremento significativo do número de “mutilados e estropiados de guerra” (Anuários da Casa Pia de Lisboa 1912-1923).



Essas circunstâncias alteraram não só as necessidades de assistência aos soldados feridos, mas também o paradigma que sustentava essa assistência, aspetos bastante evidentes por exemplo na assistência preconizada pelas enfermeiras do então designado Instituto de Reeducação de Mutilados de Guerra de Santa Izabel na Casa Pia de Lisboa.

Tendo em conta o exposto colocou-se a questão de investigação quais as práticas das enfermeiras no Instituto de Reeducação de Mutilados de Guerra de Santa Izabel da Casa Pia de Lisboa durante a I Guerra Mundial e quais as suas influências?

Foram estabelecidos os seguintes objetivos: Interpretar, analisar e detetar quais as práticas das enfermeiras na reeducação profissional de soldados portugueses no Instituto de Reeducação de Mutilados de Guerra de Santa Izabel na Casa Pia de Lisboa durante a I Guerra Mundial e estimar de que forma os movimentos feministas do início do século XIX em Portugal influenciaram essas práticas tendo em conta as alterações sociopolíticas e legislativas.

METODOLOGIA

O estudo da História é muito antigo e desenvolveu de forma progressiva o seu próprio método tendo em conta a congruência histórica que é específica considerando o material que o investigador possui.

Desta forma, foi efetuada uma recolha documental no Arquivo Histórico da Casa Pia de Lisboa seguida de análise qualitativa, descritiva e interpretação hermenêutica de fontes primárias com referência à assistência de enfermagem no Instituto de Reeducação de Mutilados de Guerra de Santa Izabel na Casa Pia de Lisboa, recorrendo ao método histórico para a síntese da narrativa histórica.

Foram seguidos os desígnios de Mattoso (2019), em que na elaboração do discurso histórico surgem três aspetos fundamentais: “primeiro, o



exame do passado através das suas marcas, depois a representação mental que desse exame resulta e por fim a produção de um texto escrito ou oral que permite comunicar com outrem” (p. 15); os pressupostos de Sardica (2015) em que o passado não se esgota nas fontes e na passividade do investigador, acabando por ser enquanto discurso uma construção mental do passado, partindo exatamente desse passado, apesar de inicialmente fragmentado e disperso nas fontes documentais e leituras bibliográficas, sendo neste processo a ancoragem documental e a obediência à heurística só o princípio e ainda um outro aspeto norteador da pesquisa efetuada foi inerente à apreciação crítica à História que “desconsidera” a ação coletiva, centrando-se na figura individual, sendo baseada em “influências economicistas e sociologizantes do marxismo e dos Annales” (Neves, 2016, p.12), considerando-se desta forma, analisar mais aspetos comunitários e sociais das pessoas, aspetos do quotidiano e particularidades dos indivíduos anónimos, configurando tendencialmente sujeitos coletivos e numerosos, neste caso inerente ao papel das enfermeiras e de um dos movimentos feministas do início do século XX em Portugal e que muito contribuiu para a emancipação e afirmação das mulheres portuguesas e de forma mais concreta da enfermagem em Portugal.

Assim, a pesquisa foi efetuada no arquivo histórico da Casa Pia de Lisboa por dois investigadores independentes, tendo sido utilizados os descritores “educação em enfermagem”, “enfermeiras”, “I Guerra Mundial”, “história da enfermagem” e “reeducação profissional”.

Foi escolhido o período da I Guerra Mundial pois foi quando foram implementados os “serviços de reeducação de mutilados da guerra na Travessa das Terras de Santa Ana onde funcionava o Instituto Médico-Pedagógico da Casa Pia de Lisboa” (Anuário da Casa Pia de Lisboa, 1917-1918, p.145-146).

RESULTADOS/DISCUSSÃO



O Instituto Médico-Pedagógico da Casa Pia de Lisboa foi criado em 1914 como um “Instituto de anormais” com um serviço para tratamento da “gaguês” e para a “secção de surdos-mudos” (Anuários da Casa Pia de Lisboa 1912-1923).

Em pleno período da I Guerra Mundial em 1916, o diretor da Casa Pia de Lisboa (António Aurélio da Costa Ferreira), apesar de algumas dificuldades financeiras, apercebendo-se da importância de organizar a assistência aos mutilados de guerra iniciou uma troca de correspondências entre a Cruzada das Mulheres Portuguesas e vários representantes do governo, disponibilizando as instalações do Instituto para “ajudar na patriótica campanha”. Além do aproveitamento da experiência de ensino e das instalações pré-existentes, verificou-se na época uma evolução significativa da psicologia do desenvolvimento, sendo afirmado por António Aurélio da Costa Ferreira que além da procura de mercado de trabalho, também a vontade e as aptidões dos alunos teriam de ser tidas em consideração para a orientação vocacional e profissional (Anuários da Casa Pia de Lisboa 1912-1923).

Apesar de já anteriormente no ensino preconizado na Casa Pia de Lisboa ser valorizada a vocação e orientação profissional, existindo a “educação fabril”, assim como “diversas oficinas” com um mestre responsável por ensinar um determinado número de aprendizes que se destinavam à Casa Pia de Lisboa (Araújo et al., 2000, p.92), foi principalmente após o período da Primeira República que se destacou mais esta área por influência do médico e pedagogo António Aurélio da Costa Ferreira, que foi diretor da Casa Pia de Lisboa no período de 7 de março de 1911 a 1922 (Anuários da Casa Pia de Lisboa 1912-1923).

Outro aspeto importante a atentar é que António Aurélio da Costa Ferreira, considerava a instrução fundamental e encarada como “uma indústria cuja matéria-prima é o homem” a chamada “antropotecnia”. Neste seguimento era afirmado ainda para a instrução seria necessário a criação de “professores e especialisal-os”, defendendo que as deslocações ao estrangeiro a “paizes avançados” poderia ser relevante para formar professores



“para professores e que os resultados esperados não tardariam” destacando-se neste contexto o Professor Fernando Palyart Ferreira que obteve formação principalmente em França e na Bélgica (Anuários da Casa Pia de Lisboa 1912-1923).

Concomitantemente, surgiam ainda, alguns movimentos feministas em Portugal em que as mulheres sentiam que podiam ser úteis no esforço de guerra, foram movimentos de emancipação da mulher, sendo um deles o da Cruzada das Mulheres Portuguesas que organizou um curso de enfermeiras para assistência aos soldados portugueses na primeira guerra mundial, tendo este movimento feminista um papel fundamental também na criação dos institutos de reeducação de mutilados de guerra, na criação de um curso específico de enfermagem da Cruzada das Mulheres Portuguesas, na assistência aos soldados feridos e na valorização e afirmação social da enfermagem (Anuários da Casa Pia de Lisboa 1912-1923; Portaria nº 1124 de 27 de outubro de 1917).

Na conjuntura do contributo da Cruzada das Mulheres Portuguesas para a criação dos Institutos de Reeducação de Mutilados, o seu contributo começara a ser visto como muito mais abrangente, inerente ao seu papel como mulheres, principalmente porque “o problema da reeducação dos feridos de guerra” que consistia essencialmente pela educação, ou pela educação auxiliada pela prótese de forma a “compensar a redução de aptidões e capacidades de trabalho, que os acidentes de guerra determinam, é um problema que muito fala a piedade, e que deve tocar todo o coração de mulher”, sendo parte da solução para o problema “as qualidades de afecto e inteligência” que distinguiam a mulher e “dela fazem o mais sublime dos educadores” (Anuário da Casa Pia de Lisboa, 1917-1918, p.32).

Do programa do curso de enfermagem da Cruzada das Mulheres Portuguesas constavam áreas como “...agentes naturais como meio de terapêutica. O ar, a água, o sol, a luz, o calor, a electricidade. A ginástica e a mecoterapia. Conhecimentos mais profundos de massagem...psicologia do mutilado” (Portaria nº 1124, p.1053; Correia et al., 2022).



Aliciante de constatar é que á altura já era considerado que a “massagem e a ginástica, a mecanoterápia, a hidroterapia, não eram só elementos, ou melhor, meios importantes a aproveitar na reeducação funcional...”, sendo considerados também meios de tratamento e até de diagnóstico (Anuários da Casa Pia de Lisboa 1915-1917, p34).

Começavam assim, as enfermeiras a possuir uma preparação e habilidades técnicas e morais fundamentais que envolviam além do “*conhecer os órgãos da locomoção, saber como trata-los, mas não é menos indispensável saber cuidar do cérebro que os move, coordena e utiliza*” (Anuário da Casa Pia de Lisboa, 1917-1918, p.33).

Os conhecimentos inerentes a essas competências destinavam-se a ser aplicados quer no Instituto de Reeducação de Mutilados de Arroios (para o qual se prepararam inicialmente essas enfermeiras), mas também no Instituto de Reeducação de Mutilados de Guerra de Santa Izabel na Casa Pia de Lisboa, tendo em conta que este último entrou em funcionamento primeiro (novembro de 1917) e que “algumas” das damas enfermeiras da Cruzada das Mulheres Portuguesas se ofereceram “espontaneamente” para lá exercerem funções, ficando a exercer funções nos dois institutos de reeducação de mutilados aquando da abertura no ano de 1918 do Instituto de Reeducação de Mutilados de Arroios (Anuários da Casa Pia de Lisboa 1912-1923).

Interessante ainda de analisar, é que inicialmente na denominada “seção de surdos-mudos” já eram contemplados em 1913, nos tratamentos do Dr. Ary dos Santos “os exercícios de ginástica respiratória” (Anuários da casa Pia de Lisboa, 1912-1913, p.113), sendo referido que os “exercícios tendentes a garantirem uma boa reeducação respiratória devem ser iniciados pelo ensino das inspirações lentas, mas profundas, seguidas das expirações completas”, sendo reforçado à altura a importância de uma boa “respiração nasal” precisamente “pelas qualidades fisiológicas que o ar adquire na passagem por esta parte do aparelho respiratório” e a importância da concor-



dância dos “movimentos toraxicos” e de ser assegurado “movimentos regulares do principal musculo da respiração, o diafragma...” (Anuários da Casa Pia de Lisboa 1912-1913, p.117).

A respeito das práticas das enfermeiras no Instituto de Reeducação de Mutilados de Guerra de Santa Izabel na Casa Pia de Lisboa são encontradas diversas referências inovadoras tendo em conta as ideias vigentes na instituição e o que já era praticado para atingir os objetivos da reeducação profissional. Estas práticas possuíam duas perspetivas quer no que respeita à preparação física quer no que respeita à preparação psicológica.

Em relação à preparação psicológica, estas desempenhavam um papel importantíssimo, sendo considerado que o “estado de espirito do mutilado” dependia não só do próprio, mas também das pessoas que o rodeavam sendo mencionado que “a propaganda que as sr.as enfermeiras fizeram junto dos feridos sobre as vantagens da reeducação ...é uma das mais importantes missões que lhes impende e um dos maiores benefícios que podem causar” (Anuário da Casa Pia de Lisboa, 1917-1918, p.37).

António Aurélio da Costa Ferreira afirmava mesmo que sendo necessário uma “transformação de mentalidades, que é preciso conhecer e saber fazer, e em que o pessoal de enfermagem tem um papel importante” (Anuário da Casa Pia de Lisboa, 1917-1918, p.39).

No Anuário da Casa Pia de Lisboa de 1917-1918 (p.150), num excerto de uma carta de António Aurélio da Costa Ferreira ao Chefe da Repartição da 2ª Direção geral do Ministério da Guerra é referido que “algumas das senhoras que fizeram o curso da especialidade de enfermeiras da Cruzada das Mulheres Portuguesas e que haviam sido escolhidas para fazer parte do quadro do pessoal do Instituto de Arroios, vieram espontaneamente oferecer-se para fazer serviço no nosso Instituto...”, sendo referido a respeito de uma delas que “a uma dessas senhoras foi destinado o serviço na pequena enfermaria e no pòsto de curativos e esta mesma senhora, com outras, tra-



balhavam no serviço de massoterapia que com grande vantagem tem funcionado no Instituto sob a Direção do Dr. José Pontes” (Anuário da Casa Pia de Lisboa, 1917-1918, p.150).

À época o papel das enfermeiras no Instituto era diverso, contudo bastante diferenciado, com um impacte muito positivo que sobressaía quer no próprio Instituto, nos efeitos obtidos na “reeducação dos mutilados de guerra” quer a nível da sociedade e da comunicação social que destacavam o seu papel, quer ainda ao nível dos próprios médicos com quem trabalhavam que reconhecendo a sua importância afirmavam tal como consta na carta mencionada anteriormente que não tinham senão

“razão para louvar a dedicação e os serviços que essas senhoras nos tem prestado. Nos Institutos de Reeducação e particularmente naqueles em que se procura, como em Santa Izabel, preparar e acelerar a acomodação, e auto-reeducação moral e física do mutilado, a mulher tem um papel importantíssimo não tanto propriamente como enfermeira, mas como ajudante ou monitora, em diferentes serviços.” (Anuário da Casa Pia de Lisboa, 1917-1918, p.150).

Nesta altura, era ainda afirmado que era conveniente que as enfermeiras “tivessem conhecimentos gerais de enfermagem e particularmente de prática fisioterapia...” ficando nesses termos em “excelentes condições de servirem em Institutos de Reeducação as senhoras que frequentaram o curso especial de enfermagem da Cruzada das Mulheres Portuguesas” (Anuário da Casa Pia de Lisboa, 1917-1918, p.150). Encontram-se menções específicas a algumas enfermeiras nos Anuários da Casa Pia de Lisboa, nomeadamente “as Ex.mas Sr.as D. Berta Rodrigues Cohen (imagem 1), D. Hortense Ponce Leão e D. Vitorina Pais Freire de Andrade” que foram as únicas enfermeiras que não saíram do Instituto para realizar um “estágio em hospitais militares gerais”, pois nessa altura o Curso de Enfermeiras da Cruzada das Mulheres Portuguesas só seria reconhecido após realizarem esse estágio (Anuário da Casa Pia de Lisboa, 1917-1918, p.151).

A este respeito António Aurélio da Costa Ferreira escreveu ao Ministro da Guerra “a fim de ver se era possível dispensar do estágio dos Hospitais



Gerais” as senhoras que prestavam serviços no Instituto de Santa Izabel (ibidem).

Nos Anuários da Casa Pia são encontradas referências ainda à formação de enfermeiras, nomeadamente a uma “escola de enfermeiras” que julgamos ser a do Curso de Enfermagem da Cruzada das Mulheres Portuguesas, atendendo a que alguns dos médicos do Instituto de Santa Izabel eram professores desse Curso, sendo referido que “mais de uma dúzia de senhoras esperando o professor”, e que “algumas delas praticam o que aprenderam, com doentes que precisam da magia milagrosa dos seus cuidados”.

Imagem 1: Dama enfermeira da Cruzada das Mulheres Portuguesas, que prserviço no Instituto de Santa Izabel



Fonte: Anuário da Casa Pia de Lisboa, 1919-1920, p.113: Arquivo histórico da Casa Pia de Lisboa

A respeito destes cuidados era mencionado que os “enfermos sorriem. Dir-se-ia que certos dedos ágeis, correndo ao de leve sobre os musculos doridos, teem o condão de dar vida aos velhos tecidos, esfacelados pela metralha das granadas”, havendo ainda uma menção a uma futura enfermeira “a aplicar massagens nos dedos e na mão” (Anuário da Casa Pia de Lisboa 1917-1918, p.76-77).



Alguns dos serviços que funcionaram no Instituto de Reeducação de Mutilados de Guerra de Santa Izabel na Casa Pia de Lisboa foram o serviço de “fisioterapia” que era mantido com a “muita dedicação e os cuidados de tratamentos feitos por cinco senhoras que ali prestam serviços. Alguns resultados obtidos por êssas enfermeiras amadoras, representam curas magníficas, que os militares beneficiados chamam milagrosas...” (Anuário da Casa Pia de Lisboa 1917-1918, p.92) e o serviço de massoterapia que funcionava “sob a direção do Dr. José Pontes, e com a colaboração das suas dedicadas enfermeiras” (Anuário da Casa Pia de Lisboa 1917-1918, p.104). Tendo em conta as referências encontradas podemos concluir que que “o tratamento massoterápico”, “os tratamentos pela massagem” (Anuário da Casa Pia de Lisboa 1917-1918, p.87-88) seriam efetuados pelas enfermeiras da Cruzada das Mulheres Portuguesas que exerceram funções no Instituto de Reeducação de Mutilados de Guerra de Santa Izabel na Casa Pia de Lisboa.

Estas funções na altura eram bastante reconhecidas pelos médicos e pela comunicação social da época.

António Aurélio da Costa Ferreira na altura referia-se ao “papel importantíssimo” das senhoras (enfermeiras) que faziam o favor com “notável e penhorante dedicação” de o auxiliarem (Anuários da Casa Pia de Lisboa 1917-1918, p.50; Ferreira 1918, p.25). Neste sentido Ferreira (1918), mencionava ainda que havia uma “pequena enfermaria” chefiada pelo “Dr. V. Pontes”, um pequeno serviço de “massotherapy”, uma oficina de “prothese provisória” e um laboratório de exame de aptidões onde as enfermeiras desempenhavam um papel “importantíssimo” (Anuários da Casa Pia de Lisboa 1917-1918, p.50; Ferreira 1918, p.25).

Já na comunicação social existiam menções em diversos artigos, principalmente no Jornal “O Século” e no Jornal “A Capital”, sendo afirmado num desses artigos pelo Dr. José Pontes referindo-se a “dois estropiados de guerra” que “vão tratar-se no meu serviço e acolher-se aos cuidados, diligentes e dedicados, de um grupo de senhoras enfermeiras” (Anuário da Casa Pia de Lisboa 1917-1918, p.89).



A permanência dos mutilados no Instituto de Reeducação de Mutilados de Guerra de Santa Izabel na Casa Pia de Lisboa era em regra pequena tentava-se estudar a “acomodação dos mutilados às profissões” (accoutomance) e sua restituição à sociedade.

Neste processo eram praticados puzzles, lotos, exercícios de escrita e cálculo, exercícios de leitura e escrita, “em que se aproveitem e pratiquem actos mecânicos, tudo se procura utilizar, sob a direcção de professor ou enfermeira, executando-se também trabalhos manuais vários, em papel, cartão, madeira, cordel, pano, palha, etc.” (Ferreira, 1919, p.44). Era recomendado o registo das atitudes de trabalho e o ensino das que “são mais convenientes à adaptação ou readaptação motris dos mutilados e estropiados” (Ferreira, 1919, p.44). Destacava nesta altura António Aurélio da Costa Ferreira o importante contributo das enfermeiras também ao nível da orientação das provas de “inteligência motris”, entre os quais os diversos exercícios, exercícios estes em já eram na altura controlados parâmetros fisiológicos como a “temperatura axilar, contando o número de movimentos respiratórios e de pulsações por minuto” antes e após o exercício, calculando ainda o número de exercícios efetuados e o tempo que demoravam (Ferreira, 1919, p.44)

As práticas em Portugal foram assim, influenciadas pelo que de melhor se fazia no estrangeiro, principalmente em França e no Instituto de Reeducação de Mutilados de Guerra de Santa Izabel na Casa Pia de Lisboa, passou-se de uma assistência centrada apenas no conceito restrito de cura, para uma focada nos processos de recuperação, na accoutomance e aquillage em que a “reeducação profissional” desempenhava um papel fundamental e para a qual as enfermeiras tanto contribuíram.

Em junho de 1919, termina a missão do Instituto de Reeducação de Mutilados de Guerra de Santa Izabel na Casa Pia de Lisboa como “centro de selecção e distribuição, ficando apenas a funcionar para os fins a que se destina a lei das pensões”, tendo sido transferidos os “mutilados” para o Instituto de Mutilados de Arroios para continuidade de tratamento e para os



serviços cirúrgicos do Hospital de Campolide os que necessitassem ainda de tratamento cirúrgico (Anuário da Casa Pia de Lisboa 1918-1919, p.57).

Ficaram assim em Santa Izabel apenas os aguardavam “reforma e as pensões complementares” (Anuário da Casa Pia de Lisboa 1918-1919, p.61).

CONCLUSÃO

O desenvolvimento dos conhecimentos científicos e tecnológico associado às necessidades que a I Guerra Mundial trouxe evidenciou algumas debilidades na assistência médica que por si só não conseguia atingir os seus objetivos sem o auxílio de outros profissionais, nomeadamente e neste caso particular das enfermeiras do Instituto de Reeducação de Mutilados de Guerra de Santa Izabel na Casa Pia de Lisboa.

Confirma-se assim, que as enfermeiras da Cruzada das Mulheres Portuguesas desempenharam um papel muito importante nos serviços de “reeducação preparatória” no Instituto de Reeducação de Mutilados de Guerra de Santa Izabel na Casa Pia de Lisboa, intervindo de forma bastante diferenciadora e eficaz, obtendo um bom reconhecimento social, reconhecimento de outros profissionais, nomeadamente os médicos e ainda com reconhecimento dos meios de comunicação social da época.

Provavelmente, e atendendo ao que António Aurélio da Costa Ferreira designou de “acidentes políticos que se deram” e que não deixaram “prosseguir alguns trabalhos” (Anuário da Casa Pia de Lisboa, 1919-1920, p.88) e não se conseguiram implementar mudanças duradoras na enfermagem, acabando o curso de enfermagem da Cruzada das Mulheres Portuguesas por não ter continuidade, assim como a proposta de António Aurélio da Costa Ferreira de um “curso da especialidade que se faria funcionar num dos institutos de reeducação e onde se preparariam senhoras enfermeiras para ocorrer às vagas que se dessem” (Anuário da Casa Pia de Lisboa, 1918-1919, p.73).

Em Portugal tal como a nível mundial, a enfermagem desenvolveu-se com influência de eventos bélicos. Neste percurso e apesar de não serem



encontradas na literatura referências à assistência de enfermagem Instituto de Reeducação de Mutilados de Guerra de Santa Izabel na Casa Pia de Lisboa, além das extrapoladas da análise documental efetuada neste estudo, este curto período da história de enfermagem portuguesa representou um desenvolvimento exponencial de práticas na enfermagem que contribuíram para edificar alicerces e suporte para a afirmação da enfermagem portuguesa e das suas práticas.

BIBLIOGRAFIA

Almeida, J.M. (1861). *Relatório da Administração da Real Casa Pia de Lisboa, de 20 de outubro de 1859, a 31 de outubro de 1860*. Arquivo histórico da Casa Pia de Lisboa.

Araújo, L. de., Marvão, F., Coelho, T., Adérito, T., & Pinto, J. (2000). *220 anos Casa Pia de Lisboa: instruir educar e amparar*. Lisboa: Casa Pia de Lisboa, Centro de Recursos Educativos.

Costa, A. (1870). *A instrução nacional*. Imprensa Nacional. Arquivo da Biblioteca Nacional de Portugal

Casa Pia de Lisboa. (1912-1923). *Anuários da Casa Pia de Lisboa de 1912 a 1923*. Lisboa: Arquivo histórico da Casa Pia de Lisboa.

Correia, N., Bernardes, R., Parola, V., Neves, H. , Gonçalves, A. , & Queirós, P. (2022). A Formação sobre a Assistência de Reabilitação na Enfermagem em Portugal de 1881 a 1966 – Enquadramento Legislativo. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 5(2). <https://doi.org/10.33194/rper.2022.260>

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (1965-1987). *1º ao 5º Planos de estudos: Curso de Especialização em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Arquivo da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa [AESEL].

Ferreira, A.A. (1918). *Problemas de reeducação profissional*. Medicina Contemporânea. Lisboa: Typographia Adolpho de Mendonça. Arquivo histórico da Casa Pia de Lisboa.

Ferreira, A.A. (1919). *Publicações do Instituto Médico-Pedagógico da Casa Pia de Lisboa (serviço dos mutilados de guerra):1918-1919*. Lisboa: Imprensa Líbano da Silva. Arquivo histórico da Casa Pia de Lisboa.

Mattoso, J. (2019). *A Escrita da História*. Lisboa: Círculo de Leitores e Temas e Debates.



Cultura de los Cuidados. 3º Cuatrimestre 2023. Año XXVII. nº 67

Neves, J. (coordenação). (2016). *Quem Faz a História: Ensaios sobre Portugal Contemporâneo* (1ª ed.). Lisboa: Edições tinta-da-china.

Oguisso, T., Campos, P. & Freitas, G. (2011). *Pesquisa em História de Enfermagem* (2ªEd.). Série Enfermagem e Saúde Tamara Cianciarullo Coord. Sao Paulo: Manole.

Portaria n.º 1124 de 27 de Outubro de 1917. *Diário do Governo n.º186/17 I série. Ministro da Guerra*. <https://data.dre.pt/eli/port/1124/1917/10/27/p/dre/pt/html>

Portaria n.º 22 034 de 4 de junho. *Diário do Governo n.º 131/66-I Série. Ministério da Saúde e Assistência*. <https://dre.pt/application/file/a/471620>

Sardica, J.M. (2015). *Verdade e Erro em História*. Lisboa: Universidade Católica Editora.



Los cuidados enfermeros de San Juan de Dios según el Modelo de las necesidades humanas de Henderson

Nursing care of Saint John of God according to Henderson's model of human needs

Cuidados de enfermagem de São João de Deus segundo o modelo de necessidades humanas de Henderson

Aarón Muñoz Devesa^{1*}, Isabel Morales Moreno², José Carlos Bermejo Higuera³ & José María Galán González-Serna⁴

¹Doctor en Enfermería, enfermero asistencial Servicio Murciano de Salud. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4861-6704>; Correo electrónico: amdevesa@ucam.edu

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

³Doctor en Teología Pastoral Sanitaria, Director del Centro de Humanización de la Salud de los RR. Camilos. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0015-3379> ; Correo electrónico: jcbermejo@humanizar.es

⁴Doctor en Medicina, Profesor Centro Universitario Enfermería San Juan de Dios. <https://orcid.org/0000-0002-5026-4333> ; Correo electrónico: Josemaria.Galan@sjd.es

***Correspondencia:** Aarón Muñoz Devesa, C/ Ánimas 7, 2ºb CP: 30003 Murcia

Correo electrónico de contacto: amdevesa@ucam.edu

Cómo citar este artículo: Muñoz-Devesa, A., Morales Moreno, I., Bermejo, J.C., & González-Serna, J.M.G. (2023). Los cuidados enfermeros de San Juan de Dios según el Modelo de las necesidades humanas de Henderson. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(67).<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.22525>

Received: 22/06/2023

Accepted: 08/08/2023.



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

Abstract: Consulting manuals of the History of Nursing, it can be appreciated how it is from Nightingale when considering the birth of modern or professional Nursing. However, this belief could be a black legend, because before the 19th century there was already awareness of Nursing as a profession, being this initiated by Juan de Dios, the one from Granada, in the Spanish 16th century. For this reason, in this article we have set the objective of describing the care of Juan de Dios following the model of human needs described by Henderson, together with care in agony and post-mortem. To do this, we use the historiographical methodology following the current of the history of mentalities, so that we can go from the past to the present, and vice versa. In the documentary analysis we have been able to observe how what we find today systematized in a theoretical way was already carried out at the beginning of the nursing reform of the Spanish 16th century, being a valid model for current Nursing, since it is found in its being, knowing, and doing, the concepts of the



current nursing metaparadigm, although not explicitly, since its intention, more than theoretical, was care, although behind it there was a corpus of doctrine independent of other socio-health disciplines.

Keywords: Nursing; History of science; Health policy; Hospitals; Behavioral sciences.

Resumen: Consultando manuales de Historia de la Enfermería, se puede apreciar cómo es a partir de Nightingale cuando se considera el nacimiento de la Enfermería moderna o profesional. Sin embargo, esta creencia podría ser leyenda negra, pues antes del S. XIX ya existía conciencia de Enfermería como profesión, siendo esta iniciada por Juan de Dios, el de Granada, en el S. XVI español. Por ello, en el presente artículo hemos marcado como objetivo el describir los cuidados de Juan de Dios siguiendo el modelo de necesidades humanas descritas por Henderson, junto con los cuidados en la agonía y post-mortem. Para ello, utilizamos la metodología historiográfica siguiendo la corriente de la historia de las mentalidades, de manera que podamos ir del pasado al presente, y viceversa. En el análisis documental hemos podido observar cómo lo que hoy encontramos sistematizado de manera teórica, ya se realizaba en el inicio de la reforma enfermera del S. XVI español, siendo un modelo válido para la Enfermería actual, pues se encuentra en su ser, saber, y hacer, los conceptos del metaparadigma enfermero actuales aunque no de manera explícita, puesto que su intención, más que teórica, era asistencial, aunque detrás de ella hubo un corpus doctrinal independiente a otras disciplinas socio-sanitarias.

Palabras clave: Servicio de enfermería; Historia de las ciencias; Política de la salud; Hospital; Ciencias del comportamiento.

Introdução: Ao consultar os manuais da História da Enfermagem, pode-se apreciar como é a partir de Nightingale quando se considera o nascimento da Enfermagem moderna ou profissional. No entanto, esta crença pode ser uma lenda negra, pois antes do século XIX já existia a consciência da Enfermagem como profissão, sendo esta iniciada por Juan de Dios, o de Granada, no século XVI espanhol. Por isso, neste artigo estabelecemos o objetivo de descrever o cuidado de Juan de Dios seguindo o modelo de necessidades humanas descrito por Henderson, juntamente com o cuidado em agonia e post-mortem. Para isso, utilizamos a metodologia historiográfica seguindo a corrente da história das mentalidades, para que possamos ir do passado ao presente e vice-versa. Na análise documental pudemos observar como o que encontramos hoje sistematizado de forma teórica já foi realizado no início da reforma da enfermagem espanhola do século XVI, sendo um modelo válido para a Enfermagem atual, uma vez que se encontra em seu ser, saber e fazer, os conceitos do atual metaparadigma da enfermagem, ainda que não explicitamente, pois sua intenção,



mais do que teórica, era o cuidado, embora por trás dele houvesse um corpus de doutrina independente de outras disciplinas sócio-sanitárias.

Palavras-chave: Serviço de enfermagem; História das ciências; Política de saúde; Hospital; Ciências do comportamento.

INTRODUCCIÓN

Desde que existe la humanidad existe el cuidado, por lo que Enfermería tiene sus orígenes en los albores de la historia, aunque es a partir de Florence Nightingale cuando se comienza a hablar de su profesionalización. Aun así, podría ser que esta creencia fuera posverdad, pues anterior a esta figura insigne de la Enfermería mundial podemos encontrar referentes que hicieron del cuidado una ciencia independiente de otras disciplinas, como es el caso de Juan de Dios (1495-1550), iniciando todas las etapas que sugiere Wilensky para que un oficio sea considerado profesión (Hernández et al. 1997; Cayuela, 2015), terminándose el proceso con la institucionalización de su Enfermería con la creación de su Orden Religiosa (Amezcuca, 2019).

Para que una disciplina se considere profesión ha de contar con un corpus doctrinal propio, como es el cuidado, el cual cuenta con un componente práctico, y es reconocido a nivel social, creando una comunidad de enfermeros regulados legalmente y con código ético a través de la Constitución de la Orden (Sánchez, 2007; Russotto, 2012). Por ello, la Enfermería que Juan de Dios crea se puede considerar el inicio de la profesionalización de esta ciencia en el Siglo XVI español, pues cumple con todos los requisitos descritos.

Durante esta época, aún no existían teorías enfermeras como en la actualidad, aunque la teoría de las obras de misericordia corporales y espirituales de la teología católica fue la hegemónica para asistir en las necesidades de la población. Sin embargo, para poder comprobar que Juan de Dios y su Enfermería basada en esta teoría atendía lo que hoy en día se cuida, como objetivo general del presente trabajo describiremos los cuidados dados por



este enfermero a través de las 14 Necesidades humanas teorizadas por Henderson en el s. XX, pues su modelo es el más usual en el hoy y actualiza la teoría de las obras de misericordia del cristianismo, al igual que identificaremos los cuidados en la agonía y post-mortem. A su vez, Juan de Dios estuvo influido por su guía espiritual, Juan de Ávila, por lo que podríamos encontrar en sus conocimientos un factor de gran relevancia en la obra de Juan de Dios.

METODOLOGÍA

Para la consecución de nuestro objetivo, recurrimos a la metodología historiográfica siguiendo la corriente de la Historia de las Mentalidades para observar cómo las ideas actuales ya se encuentran en el pasado y viceversa, a la vez que observamos cómo influye el contexto social sobre el fenómeno a estudio y, a su vez, esta recrea la sociedad, concretamente la Enfermería (Ortega, 1992). Para ello, recurrimos al estudio de las siguientes fuentes documentales:

- Primera biografía de San Juan de Dios escrita por Castro (1995)
- Proceso de Beatificación de San Juan de Dios (Martínez Gil, 2006)
- Cartas de San Juan de Dios (Martínez Gil, 2002, pp. 569-594)
- Proceso judicial del pleito por la propiedad del Hospital de San Juan de Dios (Sánchez Martínez, 1573, pp. 133-433)
- Epistolario de San Juan de Ávila (2003), donde contamos con tres enviadas a San Juan de Dios
- Audi, Filia de San Juan de Ávila (2007, pp. 536-780)

En cuanto a la figura de Juan de Dios, buscamos aquellas fuentes más cercanas a su vida para evitar la mentalidad barroca, la cual está más enfocada en lo sobrenatural que en lo humanístico; para Juan de Ávila recurrimos a su obra más paradigmática, que sintetiza su mentalidad, y sus cartas, ya que estas revelan su ámbito privado y con temáticas cotidianas concretas, como son la enfermedad y los enfermos.



La técnica de análisis de las fuentes documentales fue el análisis de contenido (Bardin, 1996), cuyas categorías de análisis fueron las 14 necesidades humanas descritas por Henderson y los cuidados en la agonía y post-mortem (Leal y Carrasco, 2010).

Tras la búsqueda de fuentes, realizamos una búsqueda bibliográfica con las palabras clave San Juan de Dios, San Juan de Ávila, Edad Moderna, s. XVI, España y Enfermería, permitiéndonos comprender el fenómeno a estudio evitando sesgos y facilitándonos la triangulación entre fuentes primarias, bibliografía y supuestos del investigador. Y todo ello recurriendo al lenguaje enfermero actual para facilitar la comprensión de lo sucedido en el pasado, a la misma vez que utilizaremos los autocuidados de Juan de Dios para poder aproximarnos a su mentalidad, la cual influiría en su Enfermería y sus cuidados.

DESARROLLO DEL TEMA

Necesidad de Respirar normalmente

Juan de Dios, “a los niños les quitaba los mocos” (Martínez Gil, 2006, p. 210) por una limpieza ineficaz de las vías aéreas, y Juan de Ávila (2007) conocía plantas medicinales:

“Hisopo es una hierba pequeña y un poco caliente, y tiene propiedad para purgar los pulmones por do resollamos” (p. 768)

No consta en las fuentes primarias más datos al respecto de esta necesidad, aunque sí debían de conocer la teoría hipocrática de los humores, la cual afirma la necesidad de la limpieza del aire que se respira, pues a través de él se pueden transmitir enfermedades al desestructurar los humores los aires contaminados; y una vez infectada la persona, la podía transmitir a través de su exhalación (Beltrán, 2006).

Necesidad de comer y beber de manera adecuada

Por la pobreza alimentaria de la época, moría “muchas gente pobre por las calles de hambre, sed” (Sánchez Martínez, 1573, p. 381). La causa era un



déficit nutricional por defecto, manifestándose con el llamado edema del hambre, o enfermedades mentales, pues como afirma Carmona (2005), el hambre es la mayor fuente de enfermedad mental. Por ello, Juan de Dios mendigaba comida para pobres y enfermos, obteniendo pan, carne, gallinas, aceite (Martínez Gil, 2002) o pescado (Castro, 1995), y “calentaba lo que traía y repartíalo entre todos” (Castro, 1995, p. 34). Ávila (2003) recomendaba comer “sin gana quando es menester: otro tiro, no comiendo lo que le daña, aunque lo aya gana” (p. 105).

Juan de Dios puso cocina en su hospital, delegando esta tarea a algunos pacientes hábiles, a los cuales “daba fuego, agua, sal y vasijas para guisar la comida” (Castro, 1995, p. 36), incluso compraba utensilios para comer con dignidad (Martínez Gil, 2006). Sin embargo, anteponía la alimentación del otro a la propia, sufriendo él mismo desnutrición, causándole un gran deterioro nutricional-metabólico, pues “andaba flaco y muy amarillo respecto de la vida que traía” (Martínez Gil, 2006, p. 41). Por este motivo, Ávila le refería que “querría que comiese bien, para que trabajase bien” (de Ávila, 2003, p. 726), incitando a la moderación incluso en la ascética.

Necesidad de eliminar los desechos corporales

No existen alusiones al cuidado de esta necesidad en las fuentes documentales. No estimamos que sea por la carencia de cuidados sino, más bien, por el sentido del pudor de la época.

Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada

Muchas personas a cuidar por Juan de Dios padecían un deterioro de la movilidad física, como personas tullidas o con parálisis; también se aprecia población con deterioro de la integridad cutánea o tisular como heridos, leprosos o llagados, lo cual es causa del deterioro de la ambulación. Así, refieren de “un pobre viejo enfermo echado en el suelo que no se podía me-*near*” (Martínez Gil, 2006, p. 135), por lo que Juan de Dios, “en viendo el pobre, sin esperar mas ayuda, se lo echaba a cuestras, y lo llevaba a su



hospital con mucho trabajo” (Castro, 1995, pp. 59-60). También, se aprecian cambios posturales en sus cuidados, pues los cuidaba “meneándolos, moviéndolos en la cama” (Martínez Gil, 2006, p. 683), pudiendo ser un antecedente de los cambios posturales que se realizan en la actualidad.

Necesidad de dormir y descansar

Normalmente, las personas dormían “con unos haces de paja por cama” (Martínez Gil, 2002, p. 580), por lo que Juan de Dios “compró algunas esteras de anea y algunas mantas viejas en que durmiesen, porque aún no tenía para más, ni otra medicina que hacelles” (Castro, 1995, p. 33). Fue mejorando las instalaciones de su hospital, pues “armo algunas camas” (Castro, 1995, p. 35) y almohadas para los más dolientes, contando con 24 camas en el hospital de la calle de los Gomerres (Martínez Gil, 2006, p. 75). Su Maestro enfatizó en el sueño, pues de él depende la recuperación de la energía gastada durante el trabajo, promocionando incluso la siesta (de Ávila, 2003).

Necesidad de elegir ropa adecuada

Mientras los nobles vestían opulentamente, los pobres eran harapientos (Rodríguez, 2003; Felez, 2012). Juan de Dios valora la dependencia de los pobres en esta necesidad, pues estaban “helados y desnudos” (Castro, 1995, p. 32; Martínez Gil, 2002, p. 580) o “descalzos” (Martínez Gil, 2002, p. 582) por un déficit de autocuidado: vestido.

El cuidado de esta necesidad ya se contemplaba en las obras de misericordia, de ahí que Juan de Dios comprase en la Alcaicería o Zacatín de Granada ropas, incluso llegó a endeudarse en “más de doscientos ducados de camisas, capotes, zapatos...” (Martínez Gil, 2002, p. 575). Los Duques de Sesa “le mandaba dar todas las pascuas del año zapatos y camisas para vestir y calzar a los pobres” (Castro, 1995, p. 55), “y así otros señores y personas particulares y el arzobispo don Gaspar de Ávalos les proveyeron de ropa para ellas (Sánchez Martínez, 1573, pp. 288-289). Una vez sanados en su hospital, en el alta, les proveía a sus pacientes de “ropa, capotes, sayos, camisas, zapatos y calzas” (Sánchez Martínez, 1573, p. 375) para poder ser independientes en la vida diaria.



Necesidad de mantener la temperatura corporal

Sus pacientes se encontraban en riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal asociado a enfermedades, ropas inadecuadas para la temperatura ambiente, alteración de la tasa metabólica, termorregulación ineficaz por edad, o exposición a temperaturas extremas. Para prevenir la hipotermia, Juan de Dios instaló calefacción en su hospital comprando siete u ocho reales de leña al día o carbón (Castro, 1995; Martínez Gil, 2002). Buscaba a los pobres en los “portales echados, helados” (Castro, 1995, p. 32) pues “muchos pobres perecían de frío en el invierno debajo de los portales de Bibarambla y en otras partes de esta ciudad” (Sánchez Martínez, 1573, p. 314), y además de la calefacción, les administró mantas y frezadas (Sánchez Martínez, 1573). En cuanto a la hipertermia, Juan de Dios la sufrió, pues “le hicieron sudar con mucha ropa que le echaron encima, y así de ahí a pocos días guareció y estuvo bueno” (Castro, 1995, p. 3).

Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel

Juan de Dios puso énfasis en la limpieza tanto de sus hospitales como de los pobres y enfermos de Granada (Sánchez Martínez, 1573; Martínez Gil, 2006), habiendo practicado estos cuidados en su estancia en el Hospital Real “fregando y barriendo y limpiando los servicios” (Castro, 1995, p. 27). Pero al recibir tantas personas en sus centros socio-sanitarios, “en la dicha casa de la calle de los Gomeles, a causa de haber tantos, no cabían ni se podían sufrir los malos olores” (Sánchez Martínez, 1573, pp. 337-338). Dice él mismo que “es necesario tener uno o dos hombres que no hagan otra cosa sino escaldar piojos en una caldera hirviendo” (Martínez Gil, 2002, p. 582). Y para la prevención de infecciones, vemos a Juan de Dios curando bubas (Martínez Gil, 2006) o curando enfermos de tiña, e incluso atendía curas a domicilio:

“iba a la dicha Ana de la Torre y la curaba la pierna y llagas que ella tenía, lamiéndoselas con su misma boca y lengua y la podre inmundicia que la sacaba lo escupía de tal manera que del dicho beneficio la susodichas sanó de las dichas llagas y quedó buena” (Martínez Gil, 2006, pp. 965-966)



Por la sífilis, muchas trabajadoras del sexo tenían “podridas las cabezas, donde les sacaban gruesos, y otras en otras partes del cuerpo, donde con cauterios de fuego, con gravísimos dolores les cortaban parte del” (Castro, 1995, p. 40).

Necesidad de evitar los peligros del entorno

Para dar seguridad, su prioridad fue tener un hospital de calidad: “estoy renovando toda la casa, que estaba en muy mal estado y llovía por todas partes” (Martínez Gil, 2002, p. 580). Sin embargo, su prevención no quedaba ahí, pues exhortaba a evitar la sífilis mediante la abstinencia o sacando a las trabajadoras del sexo de su esclavitud a falta de métodos de protección, a la misma vez que distribuía a los pacientes en sus hospitales según sexo (Castro, 1995).

Necesidad de comunicarse con los demás

Juan de Dios era un hombre que “pocas veces hablaba en cosas que no fuesen cerca de la caridad y remedio de los Pobres” (Castro, 1995, p. Al cristiano lector), como cuando limosneaba, institucionalizando el libro de registro económico encargándolo al hermano mayor del hospital (Sánchez Martínez, 1573). La comunicación verbal, oral o escrita, era igual de relevante que la no verbal, pero siempre en coherencia entre ellas, a la vez que era de reseñar su sentido del humor y la personalización de los mensajes que emitía.

Podemos afirmar que en Juan de Dios ya se aprecia el secreto profesional, pues atendía “con muy gran secreto” (Martínez Gil, 2006, pp. 341; 319) tanto a pobres vergonzantes, viudas, pleiteantes o doncellas, y “les buscaba para el dicho efecto sin que ellas se avergonzaran a pedírselo”, llevándoles los recursos necesarios para sus autocuidados (Martínez Gil, 2006, p. 55). En cuanto a la comunicación con los pacientes de su hospital, se dice tras sus largas jornadas en las calles:

“por cansado que viniese, nunca se recogía sin primero visitar a todos los enfermos, uno a uno, y preguntalles como les había ido, y cómo estaban, y



que habían menester, y con muy amorosas palabras, consolallos en lo espiritual y temporal” (Castro, 1995, pp. 44-45).

En esto se aprecia la importancia que daba a la relación de ayuda que les realizaba, siendo estas intervenciones avaladas por su Maestro cuando exhorta a visitar enfermos y moribundos (de Ávila, 2003). Juan de Dios también comunica con el contacto, besando las manos de pobres y enfermos, “abrazándose con ellos con una boca de risa” (Martínez Gil, 2006, p. 683) y “acariciaba con mucha caridad” (Martínez Gil, 2006, p. 351).

Necesidad de participar en Actividades recreativas

Toda persona necesita re-crearse después de su trabajo, de manera que pueda recuperar su esencia y/o socializar (Leal y Carrasco, 2010). A las mujeres pobres:

“buscabales (porque no estuviesen ociosas, y trabajasen para ayuda a vestirse) seda en casa de los mercaderes, que hiciesen, y a otras lana y lino que hilasen, y estopa; y luego sentabase un poco, y animabalas al trabajo y haciales un breve razonamiento espiritual” (Castro, 1995, p. 36)

Esta intervención tenía una doble dirección: terapia ocupacional y obtener un sustento económico propio. Para cuidar esta necesidad, siempre respetaba la vocación y habilidad de cada una de ellas (Martínez Gil, 2006). Estas mujeres, debido a su situación personal, podrían encontrarse en riesgo de soledad o aislamiento social, al igual que con un déficit de actividades recreativas, de modo que estas actividades creaban comunidades de mujeres. El mismo Juan de Ávila recomienda cuidar esta necesidad a un discípulo suyo:

“gaste la tarde parte en salir al campo (que me parece que lo ha menester para su salud) [...] Y en esto me parece que debe emplear las tardes: en cosas que no sean oración o estudio, porque me parece que no podrá sufrir su cabeza tanto trabajo [...] mirando siempre que sea carga proporcionada a la salud” (de Ávila, 2003, p. 726).



Otro caso es Juan de Dios buscando jóvenes que colaborasen en su obra recogiendo leña (Castro, 1995, p. 53), siendo copartícipes de su obra creando comunidad de comunidades.

Juan de Ávila observa que la ociosidad puede ser ocasión de bajas pasiones (de Ávila, 2007), por lo que a través del trabajo o actividades de tiempo libre se podría prevenir, incluso promocionar el resto de esferas, como se aprecia en su recomendación del ejercicio físico (de Ávila, 2003), como aconseja el mismo Juan de Dios.

Necesidad de aprender

El mismo Juan de Dios, ante su desconocimiento en el campo de las ciencias socio-sanitarias, tuvo que aprender durante su estancia de romería en el Monasterio y Hospital de Guadalupe (Castro, 1995; Maganto, 1995; Vallejo y Cobos, 2008). Pudo aprender conocimientos básicos teórico-prácticos de medicina, alimentación, higiene, o asistencia psico-espiritual de enfermos, tanto de profesionales médicos como enfermeros (Martínez Gil, 2002), aunque esto es una hipótesis más que afirmación, puesto que el objetivo de su estancia en Guadalupe, según los testimonios documentales, fue de carácter espiritual y no tanto académico.

Juan de Dios debía saber leer y escribir, puesto que redacta epístolas y fue durante un tiempo librero de oficio. Recomendaba libros que facilitasen el crecimiento espiritual, de manera que la persona no sólo se recrease a través de la lectura, sino que pudiese colaborar en la salutogénesis de sus clientes. Y, a través de sus clientes, la difusión de las ideas, pues “los persuadía y amonestaba a que leyesen buenos libros, y les daba algunos buenos documentos y especial a los niños” (Castro, 1995, p. 15).

Según la mentalidad de la época, la educación espiritual era una obra de misericordia que Juan de Dios realizaba, pues “les decía la doctrina a los muchachos y les enseñaba persignar” (Martínez Gil, 2006, p. 278). Incluso educaba a mujeres, las cuales tenían vetada la formación, como bien apren-



dió de su guía espiritual, quien redactó su obra paradigmática a Sancha Carrillo. El Maestro Ávila (2003) siempre puso énfasis en la educación, concretamente la infantil, siendo una prioridad que traslada a los gobernantes:

“El mal recaudo que ay en las escuelas de niños, y lo que importa averlo bueno, por ser aquella edad el fundamento de toda la vida, notorio es á V. S. Téngase mucho cuidado de buscar maestros de buenas costumbres, aunque sea á costa de dineros de la ciudad, y procúrese alguna persona religiosa que haga pláticas á los dichos maestros, juntándolos en uno, declarándoles lo que importa á la ciudad hazer bien el officio, pues de aquellos chicos que él enseña ha de salir el cuerpo de la ciudad” (p. 83)

No menos importante es la formación enfermera, la cual Juan de Dios impulsó, tal como se aprecia en su biografía cuando formó a su primer compañero, Antón Martín, sistematizándola en la Orden Religiosa que se crearía tras su muerte siguiendo su estilo (Castro, 1995; Rodríguez, 2013). El mismo Ávila reconoció y revalorizó esta formación y su necesidad, como ciencia independiente a la medicina (de Ávila, 2003), pues contaba con unos conocimientos propios y una necesidad social reconocida por la comunidad, pudiendo afirmar que ya existía la conciencia de Enfermería como profesión y no como mero oficio, y anterior a la profesionalización de esta en el ámbito anglosajón decimonónico.

Sin embargo, cuando Juan de Dios cuidaba esta necesidad, en cualquier destinatario, pretendía una educación integral, siendo más práctica que teórica para que esta fuese significativa para la vida, por lo que resaltaba mediante sus obras y palabras la transmisión de valores y creencias que promocionasen la virtud, respetando siempre la cultura de la persona, al más estilo transcultural (García Pedraza, 1995).

Necesidad de actuar de acuerdo a la propia fe y Necesidad de actuar llevando a cabo acciones que tengan un sentido de autorrealización.



Estas últimas necesidades hacen alusión a la dimensión espiritual de la persona, por lo que las desarrollaremos de manera conjunta y complementaria, haciendo alusión al mundo de los significados, dependiendo de ello alcanzar la salud, la felicidad, aunque sea en momentos de enfermedad (Leal y Carrasco, 2010). Por este motivo, Juan de Dios dirá “yo os quiero traer un médico espiritual que os cure las almas, que después para el cuerpo no faltará remedio” (Castro, 1995, p. 33), pues su prioridad era aliviar el sufrimiento humano y promocionar la salud, incluso fomentar el concepto actual del enfermo sano (Martínez Gil, 2006). Sin embargo, aunque su prioridad era la salud subjetiva frente a la objetiva, bien sabía que sin vida no hay persona:

“viendo padecer tantos pobres, mis hermanos y prójimos, y con tantas necesidades, tanto del cuerpo como del alma, como no los puedo socorrer estoy muy triste” (Martínez Gil, 2002, p. 576)

Juan de Dios revalorizó el cuerpo y sus cuidados, siguiendo el espíritu humanista de la época. Sin embargo, mientras cuidada y curaba los cuerpos, sanaba el alma, por lo que ya se realizaban cuidados integrales en su Enfermería, como dice Castro (1995): “de suerte que la cura del cuerpo fuese medio para la del alma” (p. 67). Y esta Enfermería de Juan de Dios, Castro (1995) la asemeja a su oficio de pastor:

“se exercito en el de pastor, siéndolo y caudillo de tantos pobres y miserables, procurándoles con tan buena industria el pasto espiritual y temporal y la cura de sus cuerpos” (p. 8)

Incluso el mismo Juan de Dios educa a la Duquesa de Sesa cómo distribuir el tiempo en los cuidados:

“En tres cosas, buena Duquesa, habéis de emplear el tiempo de cada día: en oración, en el trabajo y en el mantenimiento para el cuerpo” (Martínez Gil, 2002, p. 589)

En cuanto a la necesidad de cuidar el cuerpo para mantenerlo sano, Juan de Dios indica:



“así como un arriero cura y mantiene un animal para servirse de él, así conviene que le demos a nuestro cuerpo lo que necesita y de esta manera tengamos fuerzas para servir a Jesucristo” (Martínez Gil, 2002, p. 589)

El cuerpo es el principio de la vida, sin él la persona no existe, por lo que es imprescindible mantenerlo sano y cuidarlo según sus necesidades, de manera que de ahí la persona pueda trascenderse mediante su espíritu.

Cuidados en la agonía y post-mortem

A estas 14 necesidades de Henderson según el estilo de Juan de Dios, debemos incluir los cuidados al final de la vida y post-mortem, pues son momentos de máxima vulnerabilidad del ser humano y de gran importancia en la época que nos atañe (Leal y Carrasco, 2010), siendo contemplada esta atención en la teoría de las obras de misericordia.

Se creía que la muerte suponía el fin de esta vida y el inicio de la sobrenatural, y de cómo finalizase dependía el estado del alma tras la muerte. Sin embargo, había personas que “en las calles los hallaban muertos como bestias” (Martínez Gil, 2006, pág. 75), comenta una persona de la época, o “de no haber en esta ciudad persona que tuviese cuidado de ellos tan en particular los dichos pobres se quedaban muertos por esas calles” (Martínez Gil, 2006, p. 41), indica otro, y “sin extremaunción” (Martínez Gil, 2006, p. 61), lo cual, según la creencia religiosa, dificultaba la entrada en la vida eterna, siendo este el peor de los dramas del ser humano del Renacimiento español.

En los hospitales se contaba con médicos y sacerdotes que ofreciesen una buena muerte, siguiendo los ars moriendi de la época, pero pocos pobres eran admitidos en ellos; en los mejores de los casos, algunas cofradías sufragaban los gastos (Martínez Gil, 2000), y los cuidados enfermeros habían caído en el abismo del olvido, como bien se afirma en el primer libro de Enfermería moderna de Andrés Fernández. Reconociendo la necesidad de una buena muerte por Juan de Dios, prefirió que los pobres muriesen en una estera de anea dentro de su hospital (Castro, 1995).



“tenía mucho cuidado de sacramentar los enfermos que tenía en el dicho su hospital, que nunca se le murió pobre sin recibir los sacramentos” (Sánchez Martínez, 1573, p. 315).

Su Maestro así lo recomendaba:

“gaste la tarde en provecho de sus próximos desta manera: que sepa qué enfermos ay peligrosos para morir, y váyalos á visitar y animar, y trabaje por hallarse á la muerte de ellos, porque ganará mucho él y aprovechará mucho á ellos; y otras vaya al hospital, y consuele á los enfermos” (de Ávila, 2003, pp. 36-37)

A modo de ejemplo de buen morir en el hospital de Juan de Dios, refiere Castro (1995):

“Estando una vez enfermo en una enfermería de su hospital, llamo a un enfermero, y dixole: que fuese a una sala que estaba sobre aquella, y que pudiese una vela en la mano de un niño que quería expirar; y el enfermero fue, y lo hallo así, y se espantó de sabello Ioan de Dios, porque aún no sabía que estuviese allí enfermo aquel niño; y se la puso, y a la hora espiró” (p. 66)

La finalidad del sacerdote en el hospital era el de dar los sacramentos del perdón y la eucaristía, y dar sepultura, pues así relata un testigo cómo morían los pobres por las calles de Granada, incluso relata el desprecio que recibían tras la muerte:

“vio un hombre pobre muerto que estaba sin amortajar y nadie le enterraba y el dicho padre Juan de Dios fue a la casa de un hombre muy rico que no tenía hijos y le pidió le diese para enterrar a un hombre pobre que no había con que amortajarlo y el dicho hombre le respondió al dicho padre de que no tenía, el bendito padre calló y fue donde estaba el dicho hombre difunto y se lo trajo a cuevas y fue a la puerta del dicho hombre rico y se lo puso a él al umbral de ella y le dijo hermano tanta obligación tenemos los dos de enterrarlo, yo doyme a Dios que entre los dos tenemos de enterrar al dicho hombre, visto aquello sacó dineros y lo hizo amortajar y enterrar y esto fue público y lo vio este testigo pasar así” (Martínez Gil, 2006, p. 177)



El dar sepultura a los cuerpos era también una obra de misericordia, aunque muy en desuso, aunque esta tuviese una recompensa según la fe cristiana, tal como dice Ávila: “dad tierra, y dares han cielo” (de Ávila, 2003, p. 371).

CONCLUSIÓN

En los cuidados de San Juan de Dios se aprecia el cuidado de las 14 necesidades humanas descritas por Henderson a excepción de la necesidad de eliminar los desechos corporales que no consta en los documentos analizados. En sus cuidados se aprecia una integralidad del sistema humano, aunque su intención es llegar al alma a través del cuerpo, o directamente promocionar la salud de la persona a través de la salud espiritual. Su Maestro, Juan de Ávila, teoriza acerca de todas estas necesidades, pudiendo ser un referente teórico en sus cuidados, aunque también cabe la posibilidad de que aprendiese durante su estancia en el Monasterio de Guadalupe.

Su sistema de atención se basa en crear comunidades de autoatención cuyo supervisor era el mismo Juan de Dios, aunque delega en otras personas coordinando todo el equipo, siendo este formado tanto por los benefactores, voluntarios, y trabajadores, como por las personas necesitadas de cuidados, ya bien fuesen mujeres, niños, enfermos o pobres. Sin embargo, para él, toda persona es un homo patiens, por lo que cuida a toda persona según sus necesidades, ya bien fuesen corporales, como es el caso de los pobres y enfermos, como espirituales, tanto de los mencionados como de las personas con recursos socio-económicos.

Futuras líneas de investigación

Tras esta primera aproximación a los cuidados de Juan de Dios, nos proponemos profundizar en los cuidados en la agonía y post-mortem como antecedentes históricos a los actuales cuidados paliativos e investigar sobre cómo se profesionalizó la Enfermería siguiendo las etapas de Wilensky.



BIBLIOGRAFÍA

- Amezcuca, M. (2019). *Cuidados y Sociedad en la España Moderna. Materiales para la Historia de la Enfermería en los siglos XVI-XVII*. Granada: ProTesis.
- Bardin, L. (1996). *Análisis de contenido*. Madrid: Akal.
- Barona, J.L. (1993). *Sobre medicina y filosofía natural en el Renacimiento*. Valencia: Seminario d'estudis sobre la ciència.
- Beltrán, J.L. (2006). *Historia de las epidemias en España y sus colonias (1348-1919)*, Madrid: La esfera de los libros.
- Bulechek, Gloria; Butcher, Howard; Dochterman, Joanne M; Wagner, Cheryl (2008), *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) (5ª ed.)*, Madrid, Elsevier.
- Carmona, J.I. (2005). *Enfermedad y sociedad en los primeros tiempos modernos*. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Castro, F. (1995). *Historia de la vida y santas obras de San Juan de Dios y de la Institución de su orden y principios de su Hospital*. Córdoba: Obra Cultural Cajasur.
- Cayuela, P. (2015). De oficio a profesión: 100 años de una efeméride. *Enfermería Comunitaria*, 11(1).
- de Ávila, J. (2003). Epistolario. En: Luis Salas y Martín, Francisco (edts.). *Obras completas de San Juan de Ávila. IV: Epistolario*. Madrid: BAC, pp. 5-799.
- de Ávila, J. (2007). Audi, Filia. En: Luis Salas y Martín, Francisco (edts.), *Obras completas de San Juan de Ávila. I: Audi, filia. Pláticas*. Tratados. Madrid: BAC, pp. 533-780.
- Felez, C. (2012). *El Hospital Real de Granada*. Granada: Universidad de Granada.
- Fernandes, G. & Siles, J. (2008). Antropología y cuidados en el enfoque de San Juan de Dios. *Index de Enfermería*, 17 (2), 144-148.
- Foucault, M. (1997). *El nacimiento de la clínica (16 ed.)*, Madrid: Siglo XXI.
- García, S. (2003). Medicina y Cirugía en los Reales Hospitales de Guadalupe. *Revista de Estudios Extremeños*, LIX(1), 11-77.
- García Martínez, A. (2014). Las constituciones de los hospitales y los en la España de los Austrias (siglos XVI-XVII). *EREBEA* (4), 43-80.
- García Pedraza, A. (1995). Una relación ignorada: Juan de Dios y los moriscos. *Index de Enfermería*, IV (14), 23-26.
- Giorgio, A. (2003). *De la vanidad y de la ostentación. Imagen y representación del vestido masculino y la representación social en España, siglos XVII-XX*. Murcia: Universidad de Murcia.



- Hernández, F., Gallego, R., Alcaraz, S. & González, J.M. (1997). La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. *Cultura de los cuidados*, 1(2), 21-35. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5239/1/CC_02_05.pdf
- Leal, Cesar y Carrasco, Jorge (Edts.) (2010), *Fundamentos de Enfermería. Cuidados básicos centrados en las necesidades de la persona*, Murcia, Diego Marín .
- Lindemann, M. (2001). *Medicina y sociedad en la Europa moderna, 1500-1800*. Madrid: Siglo XXI.
- López Piñero, J.M^a (2002). *La medicina en la historia*. Madrid: La esfera de los libros.
- Maganto, E. (1995). *La enfermería Jerónima del Monasterio del Escorial*. Madrid: EDES.
- Martínez Gil, Fernando (2000), *Muerte y sociedad en la España de los Austrias, Castilla-La Mancha*, Universidad de Castilla La Mancha.
- Martínez Gil, J.L. (2002). *San Juan de Dios: Fundador de la Fraternidad Hospitalaria*. Madrid: BAC.
- Martínez Gil, J.L. (Ed.) (2006). *Proceso de beatificación de San Juan de Dios*. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos (BAC).
- Menéndez, E. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Antropología social* (14), 33-69.
- NANDA-I (2013). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2012-2014* (9ª ed.), Barcelona: Elsevier.
- Ortega, S. (1992). Introducción a la Historia de las Mentalidades. En: Crespo, H., Florescano, E., Gonzáles González, L., León-Portilla, M., Marichal, C., Martínez Assad, C., Matute, Á., Muriel, J., Ortega y Medina, J., Ortega Noriega, S., & Zavala, S. *El Historiador frente a la Historia. Corrientes historiográficas actuales*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 87-95.
- Raile, M., & Marriner, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería* (7ª ed.), Barcelona: Elsevier.
- Redrado, J.L. (2013). *San Juan de Ávila, Maestro de Santos. Su relación con San Juan de Dios*. Salamanca: Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.
- Rodríguez, J. (2003). La pobreza como marginación y delito. *Gazeta de Antropología*, 19 (14).
- Rodríguez, R.M^a (2013). *La formación enfermera de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en los siglos XVI y XVII. Una mirada desde el siglo XXI*. Granada: Archivo-Museo San Juan de Dios
- Russotto, G. (2012). *San Juan de Dios y su Orden Hospitalaria*. Granada: Archivo-Museo San Juan de Dios



- Sánchez Martínez, J (1573) Pleito entre los hermanos del "ospital de Juan de Dios" y "los frayles e convento del monasterio de San Gerónimo"". En: Sánchez Martínez, J. *Hospital San Juan de Dios: Construcción y propiedad histórica (1543-1593)*. Granada: Archivo Museo San Juan de Dios, pp. 133-436.
- Sánchez, J. (2007). *Hospital de San Juan de Dios. Construcción y Propiedad histórica (1543-1593)*. Granada: Archivo-Museo San Juan de Dios
- Scheper-Hughes, N. (1997). Nervoso. En: Scheper-Hughes, Nancy (edt.) *La muerte sin llanto*. Barcelona: Ariel, pp. 167-212.
- Soto, D. (1965). *Deliberación en la causa de los pobres*. Madrid: IEP.
- Vallejo, J.R.& Cobos, J. (2008). La Botica de Guadalupe: una oficina de farmacia monástica renacentista. *Medicina y cirugía en los Reales Hospitales de Guadalupe. Medicina Naturista*, 8 (2), 5-11.
- Ventosa, F. (2000). *Cuidados psiquiátricos de Enfermería en España: Siglos XV al XX*, Madrid: Díaz de Santos.
- Ventosa, F. (2012). *Pensamiento de San Juan de Dios y la Orden Hospitalaria y su relación con la Enfermería: conceptos y valores*. Granada: Archivo-Museo San Juan de Dios.
- Vives, J.L. (1997). *El socorro de los pobres. La comunicación de bienes*. Madrid: TECNOS.



Discapacidad, agencia y asistencia en dos cartas de Plinio el Joven: Corelio Rufo (Ep. 1.12) y Domicio Tulo (Ep. 8.18)

Disability, agency, and assistance in two letters of Pliny the Younger: Corelius Rufus (Ep. 1.12) and Domitius Tullus (Ep. 8.18)

Deficiência, agência e assistência em duas cartas de Plínio o Jovem: Corélio Rufo (Ep. 1.12) e Domicio Tulo (Ep. 8.18)

Sara Casamayor Mancisidor^{1*}

¹Doctora en Historia por la Universidad de Salamanca. PDI en el Departamento de Ciencias Humanas, Universidad de La Rioja. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4021-2695> ; Correo electrónico: sara.casamayor@unirioja.es

*Correspondencia: C/Ferrerías nº5 6ºA CP2011 Donostia-San Sebastián (Gipuzkoa).
Correo electrónico de contacto: sara.casamayor@unirioja.es

Cómo citar este artículo:

Casamayor Mancisidor, S. (2023). Discapacidad, agencia y asistencia en dos cartas de Plinio el Joven: Corelio Rufo (Ep. 1.12) y Domicio Tulo (Ep. 8.18). *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(65). <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.22180>

Received: 03/09/2023

Accepted: 30/10/2023.



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

Abstract: This article discusses the experience of disability in ancient Rome through the letters Ep. 1.12 and Ep. 8.18 of Pliny the Younger (1st-2nd centuries CE). The main characters of these letters, Corellius Rufus and Domitius Tullus, were two senators with reduced mobility and assisted in their daily tasks by relatives and enslaved people. Based on the methodology provided by Disability Studies, we analyse the agency of the subjects of study as disabled people, as well as the role that assistance played in their lives and how their environment conditioned their life decisions. Finally, we address Pliny the Younger's personal perspective and the bias this may entail when interpreting the meaning of the letters.

Keywords: Disability; history of care; dependency; ancient Rome

Resumen: Este artículo aborda la experiencia de la discapacidad en la antigua Roma a través de las cartas Ep. 1.12 y Ep. 8.18 de Plinio el Joven (ss. I-II n.e.). Los protagonistas de estas misivas, Corelio Rufo y Domicio Tulo, fueron dos senadores con movilidad limitada y asistidos en las tareas cotidianas por familiares y personas esclavizadas. Partiendo de la metodología proporcionada por los Estudios de Discapacidad, analizamos la agencia de los sujetos de estudio en cuanto que personas discapacitadas, así como el papel que la asistencia jugó



en sus vidas y cómo su entorno condicionó sus decisiones vitales. Finalmente, abordamos la perspectiva personal de Plinio el Joven y el sesgo que ésta puede suponer a la hora de interpretar el significado de las cartas.

Palabras clave: Discapacidad; historia de los cuidados; dependencia; Roma antigua

Resumo: Este artigo aborda a experiência da deficiência na Roma antiga através das cartas Ep. 1.12 e Ep. 8.18 de Plínio o Jovem (1ª-2ª c. n.e.). Os protagonistas destas cartas, Corélio Rufo e Domício Tulo, foram dois senadores com mobilidade limitada e assistidos em tarefas diárias por familiares e pessoas escravizadas. Com base na metodologia fornecida pelos Estudos sobre Deficiência, analisamos a agência dos sujeitos de estudo como pessoas com deficiência, bem como o papel que a assistência desempenhou nas suas vidas e como o seu ambiente condicionou as suas decisões de vida. Finalmente, abordamos a perspectiva pessoal de Plínio o Jovem e o preconceito que isto pode implicar ao interpretar o significado das letras.

Palavras chave: Deficiência; história dos cuidados; dependência; Roma antiga.

INTRODUCCIÓN

El presente artículo aborda la experiencia de la discapacidad en Roma a través del estudio de dos hombres que aparecen en las cartas de Plinio el Joven: Corelio Rufo (30-97) y Domicio Tulo (?-108). En ellas se habla acerca de la actitud vital de Rufo y Tulo, de su día a día como discapacitados y de sus relaciones políticas, familiares y de amistad. Pretendemos abordar la experiencia vital de estos hombres enfatizando la relación entre su capacidad de acción autónoma y la posición de su entorno asistencial, comprendido por familiares, amistades y personas esclavizadas. Comenzamos describiendo los dos textos a analizar. A continuación, abordamos la agencia de los sujetos de estudio en cuanto que personas discapacitadas, así como el papel que la asistencia jugó en sus vidas. Finalmente, analizamos la perspectiva personal de Plinio el Joven y el sesgo que ésta puede suponer a la hora de interpretar las cartas.

Esta investigación se encuadra dentro de la Historia de la Discapacidad, de reciente consolidación en la historiografía sobre la Antigüedad, y que en



el ámbito académico español ha empezado a desarrollarse en el último lustro (Gómez, 2017; Casamayor, 2018; Castán, 2019; Méndez, 2020). Además, sigue una línea en la que los trabajos han puesto el foco en las experiencias individuales y la agencia de las personas discapacitadas, resaltando la importancia de mostrar la heterogeneidad dentro del sujeto de estudio colectivo y la necesidad de abordar la intersección de la discapacidad con otras categorías sociales como el género o la clase (para Roma, Draycott, 2015 y Laes, 2021).

METODOLOGÍA

Los dos casos de estudio han sido escogidos por sus características comunes. Ambos personajes compartieron marco cronológico, eran hombres y senadores, siendo probable que se conocieran personalmente. Sabemos de ellos gracias a sendas cartas escritas por una misma persona, Plinio el Joven, quien es contemporáneo a los hechos que narra. Hechos que además son similares, ya que las dos misivas se escriben con motivo del fallecimiento de los personajes en cuestión, quienes tenían una movilidad limitada y eran asistidos en las tareas cotidianas por familiares y personas esclavizadas.

En lo que respecta a las fuentes, las Cartas de Plinio el Joven han sido consultadas en Perseus Digital Library (<https://www.perseus.tufts.edu/hopper/>) en latín, en la edición castellana de Julián González Fernández, publicada por Gredos en 2005, y en la traducción al inglés de Patrick G. Walsh para Oxford University Press de 2006. También hemos leído a otros autores clásicos en las traducciones de Gredos y Loeb. Las fuentes epigráficas han sido consultadas en el CIL a través de la base de datos digital Clauss-Slaby (<http://www.manfredclauss.de/>).

En cuanto al análisis realizado, además del método historiográfico en este trabajo hemos recurrido a los Estudios de la Discapacidad en busca de un marco epistemológico que permita analizar con profundidad conceptos como dependencia, asistencia o autonomía.



Las cartas

Caso 1: Corelio Rufo (Ep. 1.12)

“Gayo Plinio a Calestrio Tirón,

He sufrido una gravísima pérdida, si la desaparición de semejante varón puede llamarse 'pérdida'. Corelio Rufo ha muerto, y por cierto por su propia voluntad, lo que exacerba aún más mi dolor, pues la muerte que no se debe ni a la naturaleza ni al destino es sin duda la más luctuosa. En efecto, cuando una persona termina sus días por una enfermedad, existe un gran consuelo por su misma inevitabilidad; pero cuando se trata de personas a las que arrebatada una muerte provocada, el dolor resulta entonces inconsolable, porque pensamos que habrían podido vivir aún más tiempo. La razón última, que es considerada por los filósofos como una necesidad absoluta, ha impulsado a Corelio a tomar tal resolución, aunque tenía muchos motivos para seguir viviendo: una óptima conciencia, una óptima reputación, una influencia grandísima, y además una hija, una esposa, una nieta, hermanas y, entre tantos seres queridos, muchos verdaderos amigos. Pero sufría de una enfermedad tan larga, tan injusta, que estos bienes tan importantes que le ataban a la vida fueron superados por las razones que le impulsaban a la muerte. Desde la edad de treinta y dos años, como le oía decir a menudo, sufría de un acceso de gota. Era una herencia paterna, pues a menudo las enfermedades se transmiten, como otros bienes, por sucesión. Mientras fue un hombre joven, la venció y superó con abstinencia y sobriedad en su modo de vida; recientemente, cuando se agravaba con la llegada de la vejez, la sobrellevaba con la fuerza de su espíritu, aunque soportaba increíbles tormentos e indignísimos sufrimientos. Pues ya el dolor no estaba confinado, como antes, sólo a los pies, sino que se extendía por todas las extremidades. Fui a visitarle en época de Domiciano a su casa en las afueras de Roma, donde yacía. Los esclavos salieron de la habitación (tenía esta costumbre, siempre que entraba uno de sus amigos más íntimos); más aún, también su esposa salía, aunque era capaz de guardar cualquier secreto. Recorrió la habitación con los ojos y me dijo: «¿Por qué crees que soporto estos dolores tan grandes durante tanto tiempo? Porque quiero sobrevivir,



siquiera sea un solo día, a ese ladrón». Si la naturaleza le hubiese dado un cuerpo igual a su espíritu hubiese realizado lo que deseaba. Sin embargo, un dios oyó su voto, y él, sabiendo que le había sido concedido, de modo que ya podría morir tranquilo y libre de preocupaciones, rompió aquellas ligaduras numerosas, pero de menor importancia, que le ataban a la vida. Se había agravado la enfermedad, que intentó aplacar con un régimen alimenticio estricto; finalmente, al continuar empeorando, la esquivó con firmeza. Ya habían pasado dos días, tres, cuatro: se negaba a comer. Su esposa Hispula me envió a un amigo común, Gayo Geminio, con la noticia tristísima de que Corelio había decidido morir y que no podían disuadirle ni sus ruegos ni los de su hija, que yo era ya el único que podía devolverle el deseo de vivir. Corrí. Había llegado ya a las proximidades, cuando Julio Ático, enviado por la propia Hispula, me trae el mensaje de que ni siquiera yo podría conseguir nada: tan obstinadamente había endurecido más y más su postura; le había dicho al médico que le ofrecía alimento: 'lo he decidido', palabra que ha dejado en mi mente tanta admiración como nostalgia. Pienso qué gran amigo, qué gran hombre he perdido. Ciertamente, vivió sesenta y siete años, edad que es suficientemente avanzada incluso para los hombres más fuertes, lo sé. Se ha librado de una enfermedad incurable, lo sé. Ha muerto dejando a los suyos a salvo, y a su país, que para él era más querido que ninguna otra cosa, lleno de prosperidad, y esto también lo sé. Yo, sin embargo, lamento su muerte como si fuese la de un hombre joven y lleno de salud, la lamento por mí mismo (aunque pienses que soy un hombre débil). He perdido, en efecto, he perdido el testigo, el guía, el maestro de toda mi vida. En resumen, te repetiré, lo que le dije a mi entrañable amigo Calvisio en el primer momento de dolor: «Temo que voy a perder el interés por la vida». Por ello, prodígame palabras de consuelo, pero no éstas: «Era viejo, estaba enfermo» (pues éstas ya las conozco), sino otras nuevas, pero eficaces, que yo nunca haya oído, nunca haya leído. Pues las palabras que he oído, que he leído, acuden espontáneamente a mi mente, pero son superadas por un dolor tan desmesurado. Adiós.”

Esta carta, escrita en el año 97, está dirigida a Calestrio Tirón, con quien Plinio compartió carrera militar y cargos políticos. En ella, Plinio anunciaba



el suicidio de Quinto Corelio Rufo a los 67 años. Rufo fue cónsul junto a Lucio Funisulano Vetoniano hacia el año 78 (CIL 14.4276) y después gobernador de Germania Superior (Eck, 1982). Parece no haber ocupado cargos públicos bajo Domiciano, lo que encajaría con su antipatía hacia él. Con Nerva (96-98), volvió a la vida pública de forma breve, ya que el emperador le encargó la compraventa de varias tierras (Plin. Ep. 7.31). Corelio estaba casado con Hispula, pariente de la segunda esposa de Plinio el Joven. El matrimonio tuvo una hija, de nombre Corelia Hispula, que mantuvo una relación de amistad con Plinio (Plin. Ep. 4.17.9).

Según figura en la carta, Corelio Rufo empezó a sentir síntomas de gota con 32 años. La enfermedad se fue cronificando hasta afectar a todos los miembros e impedirle caminar. Tras años de vivir con dolor, al intensificarse su nivel decidió morir de inanición.

En Ep. 1.12 se hace referencia a otros personajes además de Rufo y Tirón. Por un lado, están sus familiares (esposa, hija, nieta y hermana), esclavos y un médico (no sabemos si libre o no), cuyos nombres propios no se mencionan a excepción de Hispula. También aparecen Gayo Geminio y Julio Ático, de quienes no tenemos información. Finalmente, figura el propio Plinio el Joven, quien visita a Rufo en su villa a las afueras de Roma cuando este se encuentra postrado por la gota y viaja rápidamente cuando le anuncian que su amigo ha decidido suicidarse, aunque no llega a tiempo de verlo con vida.

En general, resulta difícil establecer un marco cronológico para los hechos que se narran en la carta, una constante en el corpus pliniano (Syme, 1985; Gibson y Morello, 2012). No sabemos cuándo se produjo la visita de Plinio a Rufo, ni cuánto tiempo transcurre entre este episodio y el fallecimiento de Corelio, solamente que el primero aconteció durante el gobierno de Domiciano (81-96) y el segundo en el año 97.

Caso 2: Domicio Tulo (Ep. 8.18)

“Gayo Plinio a Fadio Rufino,



Es totalmente falsa la creencia popular de que los testamentos de los hombres son como el espejo de su carácter, pues Domicio Tulo se ha mostrado en la muerte infinitamente mejor que en la vida. En efecto, a pesar de haberse dejado seducir por los cazadores de legados, nombró heredera a la hija que tenía en común con su hermano; pues, aunque era hija de su hermano, la había adoptado. Ha colmado a sus nietos con numerosos y espléndidos legados, y también a su biznieta. En resumen, todas estas mandas están repletas de amor filial y por tanto resultan más inesperadas. Así, pues, por toda la ciudad corren los comentarios más variados: los unos le acusan de ser hipócrita, desagradecido, y de tener mala memoria, y, al acusarle se delatan ellos mismos con manifestaciones tan difamantes, pues lanzan acusaciones sobre un padre, un abuelo, un bisabuelo como si se tratase de un anciano sin descendencia; los otros, por el contrario, lo llenan de elogios, porque ha frustrado las pérfidas expectativas de unos hombres, a los que burlar de esta manera es prudencia, de acuerdo con las costumbres de estos tiempos. Añaden también que él no tuvo la libertad de dejar otro testamento, puesto que no había dejado sus bienes a su hija, sino que le había restituido los bienes que había recibido por mediación de ella. Pues, Curtilio Mancía, que odiaba profundamente a su yerno Domicio Lucano, hermano de Tulo, había instituido heredera de todos sus bienes a su nieta, hija de éste, con la condición de que su padre renunciase a sus derechos sobre ella. El padre lo había hecho, pero la muchacha fue adoptada por su tío, y de este modo la última voluntad del testador quedó burlada, pues al tener los hermanos los bienes pro indiviso, Lucano recuperó la patria potestad sobre una hija que había sido emancipada mediante una adopción fraudulenta, y además con una enorme fortuna. Por otra parte, estos hermanos parecían estar predestinados por la Fortuna a llegar a hacerse ricos, y ello a pesar de la voluntad de sus benefactores. Incluso Domicio Afro, que los adoptó en su familia, dejó un testamento realizado dieciocho años antes y que después rechazó hasta tal punto que procuró que los bienes del padre de ellos fuesen confiscados. Sorprendente fue la severidad de aquél, sorprendente fue la buena suerte de éstos: la severidad de Afro, que tachó del número de los ciudadanos a aquel con el que participó en la paternidad de sus hijos, la buena suerte de éstos, a los que sucedió en el lugar del padre el mismo que



les había privado de su padre. Pero también esta herencia de Afro, como los restantes bienes adquiridos en común con el hermano, había de pasar a la hija de su hermano, por el que Tulo había sido declarado heredero universal en detrimento de su propia hija, al objeto de mantener los bienes unidos. Por ello, lo que hace más digno de elogio el testamento es que lo han dictado la piedad, la lealtad y la dignidad, y que en él, al fin, se ha tratado a todos los parientes con la gratitud debida, según los méritos de cada cual, y lo mismo a la esposa. Ésta ha recibido unas hermosísimas villas y ha recibido también gran cantidad de dinero, esa esposa excelente y tan sacrificada, y que tantos más méritos había hecho ante su marido cuanto más había sido criticada por haberse casado con él. Pues parecía poco decoroso que ella, una mujer de noble linaje, de una conducta ejemplar, en el ocaso de la edad, que había enviudado hacía ya mucho tiempo y de cuyo matrimonio había tenido hijos, se hubiese casado con un rico anciano y tan disminuido físicamente, que podía causar repugnancia a una esposa con la que se hubiese casado cuando era joven y estaba sano. Pues descoyuntado y deformado en todos sus miembros, tan sólo disfrutaba de sus enormes riquezas con la mirada, y ni siquiera se podía mover en el lecho a no ser con la ayuda de alguien; más aún, incluso se hacía frotar y lavar los dientes (algo repugnante y miserable); él mismo solía decir, cuando se lamentaba de las humillaciones de su debilidad física, que a diario se veía obligado a chupar los dedos de sus esclavos. Sin embargo, vivía y deseaba vivir, reconfortado principalmente por su esposa, que con su devota dedicación había cambiado las anteriores críticas provocadas por su matrimonio en gran admiración. Aquí tienes todos los chismorreos de la ciudad, pues Tulo es el centro de todos los chismorreos. Se espera con gran expectación la venta pública de sus bienes, pues fue tan rico que había adornado unos jardines enormes el mismo día en el que los había comprado con innumerables estatuas antiquísimas; tan gran cantidad de obras de artes bellísimas tenía guardadas en sus almacenes que yacían olvidadas. Ahora tú, si ha ocurrido ahí algún acontecimiento digno de una carta, no sientas reparos y escríbeme. Pues como los oídos de los hombres se alegran con las novedades, así también para nuestra conducta en la vida se aprende de los ejemplos. Adiós.”



Una década después del fallecimiento de Rufo, en el año 108, moría Gneo Domicio Tulo, cónsul en la década de los 70 y en el año 98. Desconocemos la edad de Tulo al fallecer, pero podemos fijar su nacimiento en la primera mitad del s. I. En esta ocasión Plinio escribe la carta con motivo de la apertura del testamento de Tulo, que debió acontecer en los días siguientes al deceso. Está dirigida a Fadio Rufino, cónsul en el 113.

En el caso de Tulo, desconocemos el origen de su discapacidad, si bien se ha propuesto la gota (Segura, 2007: 96; López, 2018). En el momento en el que Plinio lo describe, había perdido la movilidad en sus cuatro extremidades, por lo que necesitaba asistencia para desplazarse, alimentarse y las tareas cotidianas de higiene.

En la carta se mencionan otros personajes que nos permiten reconstruir la vida de Tulo. Hijos de Sexto Curvio, Tulo y su hermano Domicio Lucano fueron adoptados por Domicio Afro después de que éste instigara la persecución contra el padre. Lucano estaba casado con Curtilia, con quien tuvo una hija, Domicia Lucila. Curtilio Mancía, abuelo materno de Lucila, odiaba a su yerno y prometió nombrar heredera a su nieta solamente si él no obtenía beneficio, por lo que Domicio Tulo adoptó a su sobrina. En cuanto a la esposa de Tulo, no conocemos su nombre ni su familia de origen, solo que era viuda y madre. Además, el texto menciona a un número indeterminado de esclavos. De forma parecida a lo que ocurría en Ep. 1.12, Plinio no menciona los nombres de las mujeres ni las personas esclavizadas. Tampoco sabemos quiénes eran los captatores (cazadores de herencias) que se acercaron a Tulo con esperanza de aparecer en el testamento. El escritor hace referencia a la descendencia de Lucila, que se había casado con Publio Calvisio Tulo Rufo y con quien tuvo al menos una hija, nacida hacia el año 105 y llamada igual que la madre, pero no la nombra directamente. Igualmente permanecen en el anonimato los otros hijos que tuvo Lucila, probablemente de matrimonios anteriores, uno de los cuales debía ser lo suficientemente mayor en el 108 para haberse casado y tenido una hija, la biznieta de la que habla Plinio. Tampoco sabemos cuántos hijos e hijas tenía la esposa de Tulo ni sus edades. Además, y al igual que ocurría en el caso anterior, resulta



imposible establecer un marco cronológico para los hechos que cuenta Plinio, entre ellos el matrimonio entre Tulo y su esposa o el momento de la adopción de Domicia Lucila.

Discapacidad, agencia y asistencia

Las cartas presentadas en el apartado anterior nos permiten analizar la agencia de Corelio Rufo y Domicio Tulo en cuanto que personas discapacitadas. Algunos autores muestran una visión pesimista sobre la situación de la discapacidad en la antigua Roma. Postulan que la sociedad romana tenía una visión negativa de las personas discapacitadas, “consideradas por regla general como seres inútiles e improductivos que generaban (...) el miedo y rechazo por parte del resto de la ciudadanía” (Castán, 2020: 24; vid. en esta misma línea Garland, 2010). Sin embargo, los dos textos analizados en este artículo muestran que, en líneas generales, la discapacidad no impidió a Rufo ni Tulo llevar la vida propia de los varones romanos de la élite. Ambos hombres se casaron y tuvieron descendencia, ya fuera biológica o adoptada. Manejaron su abundante patrimonio y participaron de la vida política del imperio ostentando cargos de máxima importancia. Igualmente, mantuvieron una red de amistades y clientelas, ya fueran sinceras, como en el caso de Rufo y Plinio, o interesadas, como los captatores que rondaban a Tulo. Sus actividades de ocio, como compartir tiempo con los amigos o coleccionar obras de arte con las que adornar sus casas, corresponden a las de cualquier senador. Sin embargo, en las dos cartas analizadas sí se percibe cierta diferencia social relativa a la discapacidad. Se trata de un fenómeno descrito por Garland-Thomson (1997:12-13) según el cual, en el caso de las discapacidades “visibles”, a menudo éstas se convierten en el centro de atención durante los encuentros sociales, por lo que muchas veces la persona discapacitada recurre a abordar ella misma la cuestión para poner fin a la extrañeza o incomodidad del resto del grupo. Tanto Ep. 1.12 como Ep. 8.18 muestran ejemplos de estas situaciones. En el primer caso, Rufo justifica ante Plinio su situación vital diciéndole que pretende sobrevivir a Domiciano,



mientras que Tulo parece abordar frecuentemente el tema y hacer referencia a la asistencia a la que recurre.

Por otro lado, la necesidad de asistencia para desplazarse pudo afectar al día a día de Rufo y Tulo. Si bien dada su riqueza siempre podrían tener disponibles personas esclavizadas que les llevaran de una habitación a otra de la casa o que les asistieran en sus desplazamientos exteriores, la pérdida de movilidad les impediría ocupar cargos militares -una cuestión de segundo orden, si tenemos en cuenta que durante los episodios que relatan las cartas ambos eran ancianos-, así como llevar a cabo una actividad primordial en relación con los roles de género: caminar. En la cultura romana, caminar con paso firme, ni rápido ni lento, era indicador de masculinidad (O'Sullivan, 2011). Por este motivo, las fuentes escritas destacan la capacidad de hacer largas caminatas de algunos ancianos, para mostrar que la vejez no les ha restado masculinidad (Cic. Off. 1.131 y Sen. 11.34; Juv. 3.25-29; Mart. 4.78; Plaut. Mil. 628-630; Sen. Ep. 94.8-9 y 114.3). Esta importancia del caminar de forma autónoma es la que hace que en las cartas se resalte de Tulo que solamente puede disfrutar de sus riquezas con la mirada, y que Rufo recorra la habitación con un gesto de sus ojos que emplea como metáfora de su vida. Igualmente, en el caso de Tulo la necesidad de asistencia para alimentarse probablemente restringió su capacidad de acudir a cenas en casas ajenas, aunque no la de celebrarlas en la propia. De hecho, tal y como se aprecia en Ep. 1.12 y en otros testimonios de época imperial (Gell. NA 2.26), si alguien no podía participar en actos públicos debido a su salud o a alguna discapacidad, sus amistades le visitaban en casa.

En un plano más simbólico, vemos cómo Rufo y Tulo mantienen la jerarquía doméstica en su rol de paterfamilias. Ambos son descritos como varones rodeados por su familia, en la que ocupan una posición dominante. Significativo a este respecto es el episodio en el que Rufo echa a Hispula y a los esclavos de la habitación. En ambos textos la agencia de Rufo y Tulo se percibe también en su deseo de controlar su destino, ya sea al seguir viviendo o al dejar de hacerlo. Según Plinio el Joven, Corelio Rufo toma la decisión de sobrevivir al emperador Domiciano y, una vez muerto este,



coincidiendo al parecer con la cronificación de su gota, decide suicidarse. Antes ya manifiesta la molestia que le supone vivir con el intenso dolor provocado por las crisis de gota. Para morir escoge un método que requiere de un gran autocontrol sobre el cuerpo y las emociones: la inanición. Así, Rufo optaría por un dolor escogido, el de la agonía provocada por la falta de alimento, frente al dolor impuesto por la enfermedad. En el caso de Ep. 8.18, Domicio Tulo decide seguir viviendo una vida que parece resultarle plena, feliz por estar junto a su esposa, a pesar de que en ocasiones se lamenta por su estado físico.

En Ep. 1.12 y 8.18 también encontramos información acerca de la asistencia a la discapacidad en la Roma antigua. En ambos casos, son las esposas y la familia esclava quienes se encargan primordialmente de la asistencia y los cuidados, si bien en Ep. 1.12 se menciona también la presencia de un médico. Las tareas que Plinio narra corresponden a acciones como comer, lavarse o cambiar de postura en el lecho. No obstante, también deducimos otras muchas que no aparecen en las cartas, como colocar cojines para acomodar la postura, asistir en el desplazamiento y el vestir, leer en voz alta, escribir cartas, o administrar medicamentos. Aquí debemos tener en cuenta que la población romana rica estaba acostumbrada a que personas esclavizadas realizaran en su lugar multitud de tareas, algunas de las cuales se encuentran en la lista que acabamos de proporcionar. Esta puede ser una de las razones por las que Plinio no se molesta en detallar ciertos tipos de asistencia, porque no los considera tales, sino tareas que él también delega de forma cotidiana en su personal esclavo.

Finalmente, las epístolas estudiadas nos permiten apreciar cómo los deseos de la persona discapacitada pueden entrar en conflicto con las opiniones de su entorno asistencial, que puede tratar de anular su agencia. Como vemos en las cartas, y aunque pudiera parecer un criterio contradictorio, las decisiones de Rufo y Tulo son cuestionadas por Plinio. Desde su posición como persona no discapacitada, Plinio no parece comprender que Domicio Tulo desee seguir viviendo, y expresa hacia él sentimientos de pena, compasión e incluso desagrado. Igualmente, trata de impedir que Corelio Rufo sucumba a la inanición. En este sentido, cuando abordamos la relación entre



las personas discapacitadas y su entorno desde la perspectiva de la agencia, debemos tener en cuenta la cuestión de la toma de decisiones, especialmente cuando ésta concierna a sujetos dependientes. Tal y como señala Agich (2003), no siempre nuestras preferencias o decisiones son las mejores para nuestro bienestar. No obstante, como personas autónomas, podemos tomar estas decisiones desde nuestra libertad de actuación. En el caso de las personas dependientes, en ocasiones entran en conflicto la opción escogida y aquella que el entorno familiar, médico y asistencial consideran la adecuada. Empleando como argumento el bienestar de la persona dependiente, no se le posibilita el acceso a la opción elegida, anulando así su voluntad y agencia. En el caso de Tulo su esposa aparentemente acepta su decisión y ambos están felices de seguir juntos, siendo Plinio el único que se muestra contrario; aunque podemos pensar que Fadio Rufino, destinatario de la carta, pensaría de la misma forma. No obstante, en Ep. 1.12 son varias las personas implicadas en anular la voluntad de Rufo: Hispula Maior, Hispula Minor, Plinio el Joven, Gayo Geminio, Julio Ático y el médico anónimo.

El sesgo del narrador: la visión de Plinio

Hablar en perspectiva histórica de las personas discapacitadas usando fuentes no autobiográficas entraña ciertos riesgos (Draycott, 2015). El principal de ellos es que, si bien podremos analizar qué opinaba una persona o una sociedad concreta acerca de la discapacidad, corremos el peligro de silenciar las propias voces de las personas discapacitadas, sus experiencias heterogéneas y su propia agencia. Además, puede que lo único que obtenemos sea una visión capacitista y acabemos extrapolándola al conjunto de la experiencia discapacitada o equiparándola con la concepción cultural de la discapacidad de la sociedad de la que proviene el testimonio concreto. En el caso de los textos aquí presentados, si bien hemos mostrado cómo extraer de ellos las voces de sus protagonistas y de algunas personas de su entorno, siempre cabe la posibilidad de que la percepción de Plinio el Joven haya alterado por completo la realidad que cuenta en ambas cartas. Por ello,



consideramos relevante dedicar un apartado a considerar cómo de sesgada puede estar la información que narra Plinio.

Plinio el Joven publicó sus cartas en vida. Esto quiere decir que nos encontramos ante textos probablemente alterados para ser compilados y publicados. Plinio pudo añadir, eliminar o modificar cualquier fragmento por motivos estilísticos o para ponerlo en relación con hechos acontecidos con posterioridad al momento de la escritura. De hecho, varios trabajos han analizado cómo la disposición de las cartas en el corpus, así como los hechos que Plinio decide contar y los que prefiere omitir, apuntan a una manipulación con intereses personales y políticos (Gibson y Morello, 2012; Szoke, 2019). En el caso de las misivas que nos ocupan, esta alteración se deja ver en un detalle del relato que no parece cuadrar. Si como hemos señalado al describir Ep. 1.12 Rufo trabajó para Nerva, ¿por qué Plinio dice que decidió suicidarse al enterarse de que Domiciano había muerto?: “un dios oyó su voto, y él, sabiendo que le había sido concedido, de modo que ya podría morir tranquilo y libre de preocupaciones, rompió aquellas ligaduras”. Así, debemos interpretar esta carta como parte de un intento de Plinio por resaltar su desacuerdo con Domiciano para poder mantener su estatus bajo Trajano y justificar haber participado en el gobierno flavio sin miedo a represalias (Gibson y Morello, 2012; Szoke, 2019). Una reelaboración del relato con fines políticos que queda muy clara cuando Plinio señala que Rufo murió dejando el imperio “lleno de prosperidad”, si bien los hechos acontecen bajo el gobierno de Nerva, políticamente inestable.

Con este condicionante en mente, podemos comenzar analizando cómo concibe Plinio la experiencia discapacitada en Ep. 1.12 y 8.18. En general, Plinio describe la vida discapacitada de Corelio Rufo y Domicio Tulo como una situación indeseable, debido sobre todo a la pérdida de autonomía. Aunque hemos señalado que ambos hombres seguían ocupando una posición socialmente dominante, Plinio interpreta la necesidad de asistencia como un signo de debilidad y falta de poder. Además, describe los cuerpos de Rufo y Tulo empleando términos negativos como indigno, disminuido, repugnante, o miserable. Por otro lado, en el anterior apartado hemos hecho referencia a cómo Rufo y Tulo hablan acerca de su discapacidad y cómo



ésta se convierte en el centro de sus relaciones sociales. En relación con esta cuestión, en los textos de Plinio se observa también un fenómeno por el cual el entorno de las personas discapacitadas considera que estas son pesadas o repetitivas cuando expresan cuestiones relacionadas con su experiencia discapacitada (Wendell, 1996; Sheppard, 2020). Plinio resalta cómo “oía decir a menudo” a Corelio Rufo que sufría dolores derivados de la gota desde los 32 años, y cómo Domicio Tulo “solía decir, cuando se lamentaba de las humillaciones de su debilidad física”, que sus esclavos le asistían en la higiene y la alimentación. Desde la perspectiva no discapacitada, las palabras de Rufo y Tulo resultan desagradables, repetitivas, innecesarias, poniendo su percepción negativa de la discapacidad por delante del derecho de estos dos hombres a expresar sus vivencias.

En lo que respecta al sesgo del narrador, debemos tener en cuenta que la manera en la que Plinio describe a las personas discapacitadas es una forma de expresión de las percepciones e ideales de los romanos de la élite y sirve como metáfora de la moralidad y la dignidad de las personas descritas (Bond y Gellar-Goad, 2017). En el caso de Ep. 1.12, Plinio pone especial interés en mostrar que Corelio Rufo no enfermó de gota por su modo de vida, sino por herencia. En la Roma antigua, como en muchas otras sociedades, la gota se asociaba en el imaginario colectivo a vivir una vida disoluta llena de excesos de comida y bebida, así como con una actividad sexual desmedida o inadecuada (Byl, 1988; Kutzko, 2008; Petridou, 2018). Por ello la enfermedad de Rufo es “injusta”, él trata de combatirla mostrando la moderación típica del varón romano, y Plinio contrapone su espíritu fuerte y masculino a su cuerpo débil y dependiente (Casamayor, 2018). Incluso aunque se muestre contrario a la decisión de suicidarse, Plinio admira la fortaleza de Rufo y el control que muestra sobre sí mismo en sus últimos días. En Ep. 8.18 Domicio Tulo se nos presenta como un personaje opuesto a Rufo. Su cuerpo, que Plinio califica como desagradable, coincide con la moralidad depravada de Tulo. Leemos sobre sus miembros deformados y su debilidad física en la misma carta en la que se hace referencia a su relación con los captatores y a cómo su hermano y él consiguieron burlar los deseos



de Curtilio Mancía. La admiración de Plinio por Rufo se traslada a la manera en la que representa al senex, igual que lo hace su rechazo hacia Tulo, describiendo el físico de estos hombres de una forma tan distinta a pesar de que su situación es bastante semejante.

La razón principal por la que Plinio describe de forma opuesta dos situaciones similares no es otra que la relación que mantenía con ambos sujetos, ya que mientras Corelio Rufo era su mentor y amigo, Domicio Tulo era su enemigo político, si bien le reconoce haberse comportado correctamente en su testamento. A pesar de que los tres hombres, Plinio, Rufo y Tulo, desarrollaron parte de su carrera política bajo los mismos emperadores, el autor de las cartas se esfuerza por presentar la oposición de los dos primeros hacia Domiciano, mientras que el tercero parece haber sido su seguidor.

Finalmente, en las cartas analizadas se aprecia la concepción que Plinio tenía de la romana en cuanto que mujer. Situadas en un segundo plano, Plinio no se molesta en darnos los nombres de la mayoría de las mujeres a las que se refiere, ni siquiera en el caso de Domicia Lucila, una de las romanas más ricas de su tiempo. Tanto Hispula como la esposa de Tulo aparecen como mujeres consagradas al bienestar de sus maridos. Cumplen así con las expectativas de género, que les obligan a asistir a sus esposos en una vejez que se presupone dependiente (Casamayor, 2018) Por otro lado, en ellas se proyecta algo del carácter de sus cónyuges; una teoría que Plinio aplica en otras parejas como Arria y Peto (Ep. 3.16) o el matrimonio que se arroja al lago en Como (Ep. 6.24). La moral de Rufo era intachable, y por lo tanto también la de Hispula. En cambio, la esposa de Tulo pasa por las mismas etapas que él: cuestionada por contraer matrimonio siendo una mujer anciana o al menos madura, una viuda que ya tenía hijos, recupera su imagen de matrona respetable al asistir a su esposo, al igual que Domicio Tulo se redimió con su testamento.

CONCLUSIONES



En las anteriores páginas hemos tratado de acercarnos a la agencia de las personas discapacitadas en la Roma imperial a través del estudio de caso. Para ello, tras presentar Ep. 1.12 y 8.18, hemos procedido a abordar la agencia de Corelio Rufo y Domicio Tulo en el plano material y el simbólico, comprobando cómo el día a día de ambos varones no difería demasiado del de cualquier otro senador de la misma época. Tanto su agencia económica como política y social se conservó intacta. Igualmente, los dos mantuvieron el control sobre su supervivencia, decidiendo cuándo recurrir (o no) al suicidio. En este sentido, por lo tanto, los ejemplos mostrados se sitúan lejos de aquellas teorías que postulan la marginalización y pérdida de poder de las personas discapacitadas en Roma.

A continuación, hemos analizado cuestiones relativas a la asistencia a la discapacidad. Hemos visto cómo tanto la familia como el personal doméstico participaban de dicha asistencia, estando las tareas más cotidianas asignadas a los esclavos. Cuestiones como el transporte o la asistencia para vestirse no aparecen mencionadas en las cartas, quizás porque eran comunes a buena parte de la población romana rica, mientras que se resaltan otras actividades relacionadas con la higiene o la alimentación, específicas de la asistencia a la discapacidad. En lo que respecta al conflicto entre agencia discapacitada e intervención del entorno, en ambos casos Plinio se muestra contrario a las decisiones tomadas por Corelio Rufo y Domicio Tulo, si bien por razones opuestas: trata de impedir que Rufo muera según él mismo ha decidido y se muestra sorprendido porque Tulo quiera vivir. En el caso del entorno familiar, aunque no se explicita, parece que la esposa de Tulo lo apoya en su decisión, mientras que Hispula y su hija tratan de disuadir a Rufo.

Finalmente, este trabajo nos ha permitido valorar los posibles sesgos existentes en las fuentes históricas acerca de la discapacidad. Hemos comprobado cómo las descripciones que nos ofrece Plinio el Joven acerca de Corelio Rufo y Domicio Tulo enfatizan una visión negativa de la discapacidad por encima de la cotidianeidad normalizada de ambos senadores. Lo hacen expresando desagrado y tratando de mostrar que Rufo es un hombre



socialmente valioso a pesar de su situación física, mientras que el cuerpo de Tulo no hace más que reflejar su moral inadecuada. No obstante, hemos mostrado cómo la imagen opuesta que Plinio nos ofrece de Rufo y Tulo, a pesar de estar basada en estereotipos culturales acerca de la discapacidad, se debe sobre todo a su relación con ambos y al esfuerzo por recalcar su oposición a Domiciano.

Es cierto que el estudio de dos epístolas no permite hacer generalizaciones acerca de las personas discapacitadas en la antigua Roma ni sobre la relación que estas mantenían con su entorno. Corelio Rufo y Domicio Tulo pertenecieron a un grupo social privilegiado, un hecho que facilitó su supervivencia. Así, podemos imaginar que la vida de una esclava o de un trabajador pobre en la misma situación física que la de nuestros sujetos de estudio habría sido muy diferente. No obstante, sí podemos constatar que, ante dos situaciones semejantes, la de dos hombres ricos discapacitados asistidos por sus esposas y esclavos, un mismo narrador puede mostrar actitudes opuestas basadas en su relación personal con cada uno de ellos. Una cuestión que no solo refleja la necesidad de abordar los posibles sesgos en las narraciones sobre discapacidad escritas por personas externas, sino también que debemos investigar la discapacidad en perspectiva histórica teniendo en cuenta que se trata de una realidad heterogénea y socialmente construida.

BIBLIOGRAFÍA

- Agich, G. J. (2003). *Dependence and Autonomy in Old Age. An Ethical Framework for Long-Term Care*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bond, S. E. y Gellar-Goad, T. H. M. (2017): Foul and Fair Bodies, Minds, and Poetry in Roman Satire. En C. Laes (Ed.), *Disability in Antiquity* (pp. 222-232). Londres-Nueva York: Routledge.
- Byl, S. (1988). Rheumatism and gout in the corpus hippocraticum. *L'Antiquité Classique*, 57, 89-102.
- Caballos Rufino, A. F. (2018). Trajano, Adriano e Italica: de cuna de emperador a patria imperial. En A. F. Caballos Rufino (Ed.), *De Trajano a Adriano* (pp. 657-728). Sevilla: Editorial Universidad de Sevilla.



- Carlson, J. M. (2009). *Pliny's Women. Constructing Virtue and Creating Identity in the Roman World*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Casamayor Mancisidor, S. (2018). Vejez y dependencia en la antigua Roma. En C. Rubiera Cancelas (Ed.), *Las edades vulnerables. Infancia y vejez en la Antigüedad* (pp. 275-297). Oviedo: Ediciones Trea.
- Casamayor Mancisidor, S. (2019). *La vejez femenina en la antigua Roma: cuerpos, roles y sentimientos*. Oviedo: Ediciones de la Universidad de Oviedo.
- Castán Pérez-Gómez, S. (2019). *Discapacidad y Derecho Romano. Condiciones de vida y limitaciones jurídicas de las personas ciegas, sordas, mudas, sordomudas y con discapacidad psíquica, intelectual y física en la Roma antigua*. Madrid: Reus Editorial.
- Di Vitta-Évrard, G. (1987). Des Calvisii Rusones à Licinius Sura. *Mélanges de l'École française de Rome*, 99, 281-338. <https://doi.org/10.3406/mefr.1987.1545>
- Draycott, J. (2015). Reconstructing the Lived Experience of Disability in Antiquity: A Case Study from Roman Egypt. *Greece & Rome*, 62, 189-205. <https://doi.org/10.1017/S0017383515000066>
- Eck, W. (1982). Jahres- und Provinzialfasten der senatorischen Statthalter von 69/70 bis 138/139. *Chiron*, 12, 302-305.
- Garland, R. (2010). *The Eye of the Beholder. Deformity and Disability in the Graeco-Roman World*. Londres: Bristol Classical Press.
- Garland-Thomson, R. (1997). *Extraordinary bodies: figuring physical disability in American culture and literature*. Nueva York: Columbia University Press.
- Gibson, R. y Morello, R. (2012). *Reading the letters of Pliny the Younger. An Introduction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gómez Martín, G. (2017). Discapacidad y alimentación en el mundo antiguo: sacrificios, malnutrición y banquete. *Antesteria*, 6, 119-132.
- Kutzko, D. (2008). Catullus 69 and 71: Goat, Gout, and Venereal Disease. *The Classical World*, 101(4), 443-452.
- Laes, C. (2021). Dysfunctional and pitied? Multiple experiences of being 'disabled' in Ostia Antica and environs. *Medicina nei Secoli*, 33(1), 199-216.
- López Pulido, S. (2018). La vejez como enfermedad: un tópico acuñado en la Antigüedad clásica. *Gerokomos*, 29(4), 156-159.
- Méndez Santiago, B. (2020). Algunas notas sobre la discapacidad en las Vidas Paralelas. Los casos de Marco Servilio y Apio Claudio. En J. A. Clúa Serena (Ed.), *Mythologica Plutarca. Estudios sobre los mitos en Plutarco* (pp. 255-264). Madrid: Ediciones Clásicas.
- Mosquera Souto, M. E. (2000). El concepto de mujer ideal y del matrimonio en las cartas de Plinio el joven. *Gallaecia*, 19, 251-268.
- O'Sullivan, T. (2011). *Walking in Roman Culture*. Cambridge: Cambridge University Press.



Cultura de los Cuidados. 3º Cuatrimestre 2023. Año XXVII. nº 67

- Petridou, G. (2018). Laughing Matters: Chronic Pain and Bodily Fragmentation in Lucian's Podagra. *Illinois Classical Studies*, 43(2), 488-506. <https://doi.org/10.5406/illclasstud.43.2.0488>
- Segura Ramos, B. (2007). Enfermar, envejecer y morir en los tiempos de Tito a Trajano. *Cuadernos de filología clásica. Estudios latinos*, 27(1), 87-116.
- Sheppard, E. (2020). Chronic Pain as Emotion. *Journal of Literary & Cultural Disabilities*, 14, 76-81. <https://doi.org/10.3828/jlcds.2019.17>



Un encuentro inesperado: evocando a José María Arguedas durante su paso por la Asistencia Pública de Grau

An unexpected encounter: evoking José María Arguedas during his stay at the Grau Public Assistance Health Center

Um encontro inesperado: evocar José María Arguedas durante a sua passagem pelo Centro de Assistência Pública de Grau

Víctor Pulido-Capurro^{1*}

¹Doctor en Ciencias Biológicas, Universidad Privada San Juan Bautista, Escuela Profesional de Medicina Humana. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9238-5387>; Correo electrónico: vpulidoc@hotmail.com

Correspondencia: Víctor Pulido. Urbanización Santa Patricia Segunda etapa Mz C, Lote 1, (Esquina Loreto y Ucayali), La Molina, Lima, Perú.
Correo electrónico de contacto: vpulidoc@hotmail.com

Cómo citar este artículo: Pulido-Capurro, V. (2023). Un encuentro inesperado: evocando a José María Arguedas durante su paso por la Asistencia Pública de Grau. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(67). <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.26116>
Received: 07/07/2023
Accepted: 27/10/2023.



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 present article contributes with additional information, until now very little known, from the moment when the great Peruvian writer José María Arguedas, wounded of death product of had been inflicted with a bullet in the head which provoked him to be transferred from the National Agrarian University towards the Employee's Hospital. On the way, it is noted that a stop was made, until now scarcely known, that happened in the Post of the Grau Public Assistance Health Center, in the afternoon of Friday November 28, 1969. That day, as a consequence of a strong intestinal infection, the author of this article was being treated in the same Health Center, finding himself sharing the same room, during that time with the alleged writer.

Key words: José María Arguedas; suicide; writer; Grau Public Assistance Health Center.

Resumen: El presente artículo contribuye con información adicional, hasta ahora muy poco conocida, cuando el gran escritor peruano José María Arguedas, herido de muerte producto de haberse infligido un balazo en la cabeza es trasladado desde la Universidad Nacional Agraria

<https://culturacuidados.ua.es>



hacia el Hospital del Empleado. En el trayecto, se hace notar que se hizo una escala, hasta ahora escasamente conocida, que ocurrió en el Puesto de la Asistencia Pública de Grau, en la tarde del viernes 28 de noviembre de 1969. Ese día a consecuencia de una fuerte infección intestinal, el autor del presente artículo fue atendido de emergencia en la Asistencia Pública de Grau, compartiendo la misma habitación, durante el tiempo que permaneció el escritor en aquel centro asistencial de salud.

Palabras clave: José María Arguedas; suicidio; escritor; asistencia pública de Grau

Resumo: Este artigo contribui com informações adicionais, até agora pouco conhecidas, quando o grande escritor peruano José María Arguedas, mortalmente ferido por ter levado um tiro na cabeça, é transferido da Universidade Nacional Agrária para o Hospital do Empregado. No caminho, nota-se que foi feita uma escala, até agora pouco conhecida, que ocorreu no Posto de Atendimento Público de Grau, na tarde de sexta-feira, 28 de novembro de 1969. Naquele dia em consequência de uma forte infecção intestinal, o autor deste artigo foi atendido no pronto-socorro da Assistência Pública do Grau, compartilhando o mesmo quarto, durante o tempo que o escritor permaneceu naquele centro de saúde.

Palavras-chave: José María Arguedas; suicídio; escritor; assistência pública de Grau

INTRODUCCIÓN

José María Arguedas Altamirano uno de los autores más importantes y prolífico representante de la corriente indigenista de la literatura hispanoamericana, nació el 18 de enero de 1911 en Andahuaylas, Perú. En vida desarrolló una intensa y fructífera actividad: antropólogo, etnólogo, traductor del quechua, profesor del nivel secundario y universitario, periodista y notable escritor. A su vez tuvo estrechas relaciones con cantantes, músicos, danzantes de tijeras y bailarines de las diversas danzas de las regiones andinas del Perú. Su apasionada defensa de la cultura quechua se manifestó a través de artículos periodísticos, libros, y conferencias que las desarrollaba en las aso-



ciaciones departamentales de la región andina, de migrantes residentes en Lima; tocaba la guitarra, entonaba canciones y bailaba huaynos y diversas danzas. El dominio del quechua y su gran capacidad para contar chistes y adivinanzas en quechua contribuyó a que se acercara con facilidad a la gente del pueblo y por lo que en reciprocidad recibió el afecto y el respeto de la gente humilde (Montoya, 1998; Príncipe, 2023).

Arguedas tuvo una vasta producción intelectual, que se refleja en su creación literaria durante casi cuatro décadas, en el periodo comprendido desde su llegada a Lima y su muerte, en 1969. En sus inicios contribuiría con el periodismo cultural de corte etnográfico con artículos publicados en la revista estudiantil Palabra y colaboraciones al diario La Prensa de Buenos Aires. Arguedas publicó seis novelas, una gran cantidad de cuentos y un interminable número de artículos, prólogos, notas de prensa, y comentarios, de carácter etnológico, antropológico y literario. El primero de sus relatos fue publicado en 1933 en diarios de Lima “Warma Kuyay” o “Amor de niño”, “Los comuneros de Ak’ola” en 1934, “Los comuneros de Utej Pampa” en 1934, “K’ellk’atay-Pampa” en 1934, “El vengativo” en 1934 y “El cargador” en 1935; estos primeros cuentos fueron publicados por el Padre José Luis Rouillón en 1973, quien los tituló “Cuentos Olvidados” (Graziano, 2020).

Aunque la crítica especializada toma en consideración su producción literaria desde 1935 en que publicó su primer libro de cuentos “Agua” (1935) y en 1938 “Canto kechwa”. De 1939 son los cuentos “El barranco” y “Runa Yupay”. “Yawar Fiesta”, su primera novela publicada en 1941 es considerada dentro de la corriente del Indigenismo como una de sus mejores obras. En 1954 sale a la luz “Diamantes y pedernales” y en 1958, “Los ríos profundos”, su obra cumbre más conocida que le permitió el reconocimiento internacional y lo consagró como un abanderado de la corriente indigenista; otras notables novelas son, el Sexto (1961), La agonía de Rasu Ñiti (1962), “Todas las sangres” (1964); el cuento “El sueño del pongo” (1965), otro libro de cuentos fue “Amor mundo” (1967). Y luego “El zorro de arriba y el zorro de abajo” (1971) que se publicaría póstumamente. Sus obras revelan su compromiso con la condición humana y el proceso histórico social andino, y también en que la autoridad y autenticidad de sus obras se fundamentan profundamente en el compromiso del escritor, quien se reclama miembro y testigo del mundo al cual se refiere desde su narrativa (Pinilla, 1994; Vargas Llosa, 1995; Urdanivia, 1992; Montoya, 1998; Stucchi, 2003; Portugal, 2011;



León Moya, 2013). José María Arguedas no es un autor para leerlo y disfrutarlo una tarde, es para leerlo y sentirlo todo el tiempo (Montoya, 1998).

El objetivo del presente artículo es contribuir con información adicional desde el momento en que herido de muerte producto de haberse infligido un balazo en la cabeza es trasladado de la Universidad Nacional Agraria hacia el Hospital Rebagliati y hacer notar que se hizo una escala no divulgada hasta el presente que fue en el Puesto de la Asistencia Pública de Grau, la tarde del viernes 28 de noviembre de 1969.

DESARROLLO DEL TEMA

¿Qué pasaba conmigo a los 15 años?

Corrían los últimos días de noviembre del año 1969. Habían sido meses muy duros. Tenía quince años y estaba terminado mis estudios del nivel de secundaria en la Gran Unidad Escolar Mixta San Juan de Miraflores en Lima. En el quinto año de Secundaria uno tiene un pie en el colegio y el otro listo para dar el salto a la universidad. Pero antes había que pasar por el purgatorio; prepararse en un centro preuniversitario durante un año para salir airoso en el examen de admisión de la universidad. Así que en mayo de ese año decidí matricularme en un centro de preparación para capacitarme en el examen de ingreso a la Universidad. En aquel tiempo el sistema educativo, en la educación secundaria, estaba delineado para que el estudiante se decida si los dos últimos años de estudios, ósea cuarto y quinto de secundaria, en el proceso de aprendizaje incluía cursos de letras o de ciencias. Decidí por ciencias, porque mi vocación estaba orientada hacia las ciencias biológicas, pero más por la zoología y los procesos evolutivos de la vida en el planeta. En aquellos tiempos, la mayoría de los compañeros de la promoción salía con la ilusión de ser militar, policía, médico, ingeniero o abogado. Y bueno el apoyo en casa iba por esas corrientes también. Así que no tenía elección posible, había que postular a la Universidad para seguir la carrera de Medicina Humana. Fue entonces que con el apoyo materno me inscribí en el ciclo anual del Centro de Preparación Preuniversitario Cayetano Heredia, exclusiva para postulantes a Medicina, tal como lo anunciaba la propaganda. No queda duda que, en aquellos tiempos, era el mejor centro preuniversitario por su muy sólida preparación, lo cual garantizaba el éxito en la admisión de las universidades más prestigiosas de Lima. Con mucho esfuerzo, logramos pagar los tres primeros meses de las mensualidades que eran



muy altas para nuestra condición económica. Al cuarto mes decidí retirarme del Centro de Preparación por dos razones, la primera porque el alto costo de las pensiones hacia insostenible su cumplimiento y segundo porque mi madre enfermó y al no contar con su apoyo económico era inútil seguir asistiendo a estudiar para continuar mi preparación para el ingreso a la universidad. Pero antes de retirarme tenía que hacer anular las letras de cambio que habíamos firmado, en el momento de la matrícula, por todo el año. Me acerqué a la secretaria del centro preuniversitario para solicitar la anulación de las letras de cambio y me atendió un ser maravilloso de una belleza física y espiritual sobrenatural a quien le pedí que por favor anulara las letras de cambio porque ya no podíamos pagarla. Me preguntó por qué y le conté lo de mi madre y me dijo que no me retire que siga viniendo una semana más, que ella iba hablar con el doctor (el doctor era Marcial Ayaipoma, el dueño del Centro Preuniversitario). A la semana siguiente regresé y me dijo que no dejara de estudiar y continúe con mi preparación, que podía asistir todo el año sin pagar, que no faltara y que no perdiera esa valiosa oportunidad que el doctor me estaba dando. Le agradecí con todo mi corazón de adolescente ilusionado y desde aquella vez no le fallé un solo día, pues asistí puntualmente todos los días, desde las tres de la tarde a las nueve de la noche y los sábados y domingos cuando nos convocaban, para clases de recuperación o repaso.

Ese era mi ritmo de actividades todos los días. Salía temprano a las 6.30 de la mañana desde casa en La Molina, por un camino polvoriento, paralelo al río Surco, caminando cerca de tres kilómetros, hasta la intersección entre la avenida Javier Prado y la Panamericana sur, en el ahora trébol de Javier Prado, de allí tomaba el ómnibus hasta Ciudad de Dios, exactamente frente al famoso Cine Susy, en la avenida de los Héroes antes llamada Atocongo, de allí a abordar el ómnibus de la famosa Línea siete, que venía desde el Callao hasta la Zona B, en San Juan donde estaba situada, la Gran Unidad Escolar Mixta San Juan de Miraflores; a donde ingresábamos a las siete y treinta de la mañana y salíamos a la una y treinta de la tarde. Para poder llegar a las tres de la tarde al Centro Preuniversitario, tenía que pedir permiso a la señora Genoveva Reyes, la auxiliar del Colegio, a quien ya mi madre, meses antes, le había hablado para que me dejara salir una hora antes. Pues tenía que hacer el recorrido de vuelta a casa hasta la Molina, almorzar y salir inmediatamente con destino a la avenida Uruguay, por el centro de Lima donde estaba localizado el Centro Preuniversitario.



Corrían los meses y la enfermedad de mi madre se agudizaba, hasta que, en setiembre, por prescripción médica ingresó al Hospital Arzobispo Loayza donde a los pocos días fue sometida a una operación en el colon ascendente y le extirparon casi un metro de intestino grueso para salvarle la vida. Estuvo internada dos meses y nosotros sentimos que el mundo se nos derrumbaba. Mamá muy enferma hospitalizada, gastábamos lo poco que teníamos en la comida de la casa y en las diarias recetas de las medicinas y pasajes. Había días en que no teníamos dinero, pero como si Dios nos alumbrara cuando llegaba al hospital, en la pequeña mesita, situada al lado de la cama de mi madre, había suero, ampollas y cajas de pastillas que algún alma generosa había comprado antes de que llegara a verla. Quizás algún compadre, alguna comadre, ahijada o amiga, de las muchas que tenía se encargaban alguna vez de ello. Era grande el alivio de saber que mi madre tenía sus medicinas para ese día y no era necesario gastar el dinero que, por cierto, ya no tenía en los bolsillos. Y de allí a cinco minutos para las tres de la tarde salía corriendo por la avenida Alfonso Ugarte hasta la avenida Uruguay, donde estaba situado el Centro Preuniversitario Cayetano Heredia y además aprovechando que había hasta diez minutos de tolerancia para ingresar a clases, Ya todos los compañeros del salón, por entonces, sabían que yo llegaba corriendo del Hospital y cuando algún profesor no quería dejarme entrar, ellos abogaban por mí y podía ingresar al salón de clases, entre sudoroso y agitado.

El 28 de noviembre

Todo lo que se hace se paga. El enorme esfuerzo físico, mental y emocional, realizado durante los meses anteriores me cobró la factura. El viernes 28 de noviembre de 1969, amanecí con serios estragos estomacales, de tal manera que me deshidraté rápidamente. A eso de la una de la tarde me desmayé en casa y me llevaron de urgencia al Puesto de la Asistencia Pública de la Avenida Grau (a cuarenta minutos en auto desde mi casa). Un centro hospitalario que fue inaugurado en Julio de 1945, de gran importancia por aquella época, debido a que era uno de los pocos lugares que atendía emergencias. El Puesto Central estaba ubicado en la esquina de la avenida Grau con el jirón Cangallo en calidad de Servicio Médico Quirúrgico de Emergencias y Primeros Auxilios como Asistencia Pública General, más conocida como la Asistencia Pública de Grau (Garmendia-Lorena y Mendoza-Arana, 2021).



Llegué en estado de escasa lucidez. Me acostaron en una cama y me examinaron los médicos residentes. Estaba en una sala de mediano tamaño, de paredes muy altas como las casonas antiguas. Había sido ubicado en una de las camas del extremo derecho de la sala, y otra persona más, estaba al otro extremo con heridas punzocortantes producto probablemente de una gresca callejera. Apenas llegué me pusieron suero intravenoso. Así pase las tres primeras horas, muy débil y somnoliento, aunque ligeramente recuperado. Cerca de las seis de la tarde, o un poco más, ingresaron unos policías y pidieron a los médicos que desalojaran la sala. Sacaron al otro herido, el de las heridas punzocortantes, pero el médico que me atendía, el Dr. Barandiarán, se opuso a que me movieran por mi delicado estado de salud y porque no se me podía retirar el suero, que gota a gota hidrataba mi cuerpo a través del torrente sanguíneo. El policía aceptó a regañadientes. En ese momento ingresaron una camilla. Echado sobre ella se veía la figura imponente de un hombre de estatura alta, vestido con un terno azul, camisa blanca, corbata azul, zapatos y medias negras. De tez blanca o mejor dicho pálida, la frente amplia y prominente, las cejas pobladas, parpados grandes, nariz pronunciada y unos bigotes de color negro como pequeños arbustos debajo de la nariz, y con una majestuosidad impresionante. Roncaba muy fuerte, tenía dificultades para respirar y estaba cubierto con unos vendajes que ocultaban los hilos de sangre que discurrían de su cabeza. No recuerdo bien cuanto tiempo estuvimos juntos; probablemente dos horas. Varios médicos le atendían, brindando los primeros auxilios, pero ellos decían que no tenían todas las condiciones para atenderlo, dado que era solo un centro de emergencias y debían llevarlo a un hospital donde se le pudiera brindar la atención requerida. Por momentos, se iban todos y nos quedábamos los dos solos. Él estaba inconsciente, él no sabía que estábamos allí, solo los dos, él en estado de inconsciencia y yo, en estado de angustia y desesperación. Pero cuando me enteré de quien era aquel majestuoso personaje, sentí que ese era un momento cumbre en mi vida, de llegar a conocer a quien había leído, estudiado y amado cada una de sus novelas, como uno de los autores más importantes del indigenismo en la literatura peruana. Poco después entraron unos enfermeros y se lo llevaron. La habitación se quedó vacía y yo me quede llorando. No podía entender como un hombre tan brillante, uno de los genios de la literatura peruana, José María Arguedas Altamirano nacido el 18 de enero en Andahuaylas, Apurímac, hijo de Víctor Manuel Arguedas Arellano y doña Victoria



Altamirano Navarro, a los 58 años, había tomado en su mano derecha una pistola calibre 22, se la llevó a su sien y se disparó un balazo. He revisado abundante literatura al respecto y aunque varios autores han narrado sus últimos días, no hacen referencia a las horas que en aquella tarde Arguedas estuvo en la Asistencia Pública de la Avenida Grau (Urdanivia, 1992; Vargas Llosa, 1995; Stucchi, 2003; León Moya, 2013).

Los diarios de la ciudad de Lima de aquel entonces informaron sobre la trágica noticia de que Arguedas se había disparado un tiro en la sien. Solamente se ha podido encontrar en el diario La Crónica (Fig. 1, Fig 2) y el diario La Prensa (Fig 3 y Fig 4), notas periodísticas referidas a que el escritor fue llevado desde la Universidad Nacional Agraria primero a la Asistencia Pública de Grau donde hizo una escala de aproximadamente dos horas antes de ser llevado al Hospital del Empleado (hoy Edgardo Rebagliati Martins).

Arguedas tomó la trágica decisión de poner fin a su vida ante el resquebrajamiento emocional y la dificultad de seguir alimentando la creación literaria. Ese día, después de las cinco de la tarde, los profesores, alumnos, empleados y obreros, regresaban a sus hogares. En el aparente silencio de una tarde que se va, solo el canto solitario de las palomas y los gorriones servía de fondo al escenario rural del campus de la Universidad Nacional Agraria La Molina. Supuestamente, nadie sería testigo de cuando dio el primer paso ante el umbral de la muerte. “No se percató que en el departamento todavía quedaba una persona. Cuando escuchó los disparos se acercó al lugar de donde venía el sonido. Intentó abrir la puerta, pero no podía, parecía trancada. Era el cuerpo del propio Arguedas, aún con vida, que después del disparo había caído contra la puerta” y obstruía la entrada (Urdanivia, 1992; León Moya, 2012).

Después de recibir las primeras atenciones médicas en el Centro de la Asistencia Pública de la avenida Grau, fue llevado de urgencia al Hospital del Empleado, e instalado en el piso 13 B. La bala que se había incrustado en su cavidad craneana tenía orificio de entrada, pero no de salida. Al día siguiente, sábado en la mañana le efectuaron una primera cirugía para extraerle la bala, sin buenos resultados. Los médicos hicieron un nuevo intento de retirarle la bala, tres días después con resultados infructuosos. El doctor Vargas Boto subdirector del hospital, declaró el sábado que Arguedas estaba en estado vegetal. Sin haber salido del estado de coma, después de cuatro días



de agonía, el martes 2 de diciembre, a las 7 y 15 de la mañana, en el piso 13 B del Hospital del Empleado (Hospital Edgardo Rebagliati Martins), dejó de existir a los 58 años, José María Arguedas Altamirano, el ilustre escritor, antropólogo, etnólogo y maestro universitario (León Moya, 2013).

Horas después su féretro fue traslado a la antigua biblioteca de la Universidad Nacional Agraria, donde sus restos mortales fueron velados. Al día siguiente, 3 de diciembre, a las 4 de la tarde, el féretro, cargado en hombros por académicos y hombres y mujeres del pueblo, entre el sonido del arpa, la quena y el charango, de los cuales brotaban las tristes melodías de los huaynos y el zapateo de las danzas andinas, lo acompañaron hasta su última morada en el Cementerio “El Ángel”, en la ciudad de Lima. 35 años después, entre junio y julio del 2004, un grupo de coterráneos, cansados de esperar la autorización para exhumar los restos del escritor, efectuaron un operativo clandestino para trasladar sus restos mortales a su natal Andahuaylas, donde hoy descansan en paz (Flores-Montúfar, 2019).

Antes de la trágica decisión

La depresión que venía sufriendo José María Arguedas desde sus años de juventud, tuvo un episodio dramático producto de una de sus crisis depresivas, el 11 de abril de 1966, cuando intentó suicidarse por primera vez ingiriendo una sobredosis de secobarbital, por lo que fue internado durante un mes en el Hospital del Empleado (Stucchi, 2003). El laureado escritor peruano Mario Vargas Llosa (1995) menciona que “No era la primera vez que quería acabar con su vida”. Había intentado suicidarse, tomando barbitúricos, en abril de 1966, en su oficina del Museo Nacional de Historia. Esta segunda vez lo consiguió.

Arguedas publicó en 1964 su novela *Todas las sangres*, con un importante contenido autobiográfico, en la cual narra aspectos de la realidad social del Perú. En su obra se retrata como si hubiera escrito lo que sucedería el 28 de noviembre de 1969. Un hecho determinante en la vida de Arguedas fue que el 25 de junio de 1965, los panelistas presentes en la mesa redonda habían efectuado duras críticas a su novela *Todas las sangres*, lo que generó en el escritor una profunda depresión, al considerar que había fracasado como escritor, intelectual, indigenista y también como hombre, debido a su



ruptura matrimonial y a la no consolidación de su relación con Vilma Catalina Ponce Martínez con quien tuvo una hija Vilma Victoria Arguedas Ponce, en Apata-Jauja, 1955 (Orihuela, 2012).

El escritor señala: *Destrozado mi hogar por la influencia lenta y progresiva de incompatibilidades entre mi esposa y yo; convencido hoy mismo de la inutilidad o impracticabilidad de formar otro hogar con una joven a quien pido perdón; casi demostrado por dos sabios sociólogos y un economista, también hoy, de que mi libro Todas las sangres es negativo para el país, no tengo nada que hacer ya en este mundo. Mis fuerzas han declinado creo que irremediabilmente (Arguedas) (Orihuela, 2012).*

Otro elemento importante, así lo cuenta Apolinario Mayta, testigo de la relación sentimental que sostuvieron durante varios años, José María y Vilma Catalina, en el pueblo de Apata en Huancayo, quien presta especial énfasis a que el 28 de noviembre, es el día del cumpleaños de Vilma Catalina Ponce, fecha que adquiere especial significado, debido a que aceptó iniciar el idilio con tan distinguido y prestigioso visitante; coincidentemente ese mismo 1969, Arguedas se dispara en la cabeza y se suicida en el Campus de la Universidad Agraria de La Molina. Orihuela (2012) también señala que visiones ancestrales aún vigentes en la región del Mantaro, en los Andes peruanos, la vinculan con la ejecución de un rito andino y que se hacían en honor y tributo a las divinidades de las montañas sagradas.

Unas últimas líneas

El encuentro fortuito, aquella tarde del viernes 28 de noviembre de 1969, con el gran escritor José María Arguedas es una experiencia que ha marcado toda mi vida. Rindo mi homenaje y mi admiración a uno de los más grandes representantes de las letras peruanas. El poder de su pluma y la profundidad de su mensaje nos conducen por los caminos angostos que, en las laderas de los cerros, por donde se desprenden los precipicios, las vicuñas, guanacos y vizcachas, han trazado los caminos que han recorrido por miles de años. Y desde el cielo azul, el cóndor y la chinalinda, llevados por el viento, se abrazan, y danzan al compás del crujir telúrico de los Andes. La descomunal y auténtica obra de Arguedas brota desde la hondura de las montañas, para que serranos, amazónicos y costeños, rindamos honores a la tinta universal de su talento; al autor de **Todas las sangres**.



Conflicto de intereses: El autor refiere no poseer conflicto de intereses

Agradecimiento

Al Profesor Alejandro Fukusaki, quien proporcionó documentación importante proveniente de la Universidad Nacional Agraria La Molina. Natalí Pulido del Pino por el apoyo en la búsqueda de los registros de los diarios en la Hemeroteca de la Biblioteca Nacional del Perú. A la Dra. Estela Castillo de Maruenda y don Albor Maruenda, amigos del gran escritor quienes me comentaron algunos pasajes inéditos.

BIBLIOGRAFÍA

Fernández, T., y Tamaro, E. (2004). Resumen de Todas las sangres, de José María Arguedas. En *Biografías y Vidas. La enciclopedia biográfica en línea*. Barcelona. Recuperado de https://www.biografiasyvidas.com/obra/todas_las_sangres.htm.

Flores-Montúfar, M. (2019). *Cincuenta años sin Arguedas*. Recuperado de Pasajero.uterop.e http://pasajero.uterop.e/2019/12/02/cincuenta-anos-sin-arguedas/

Garmendia-Lorena, F., y Mendoza-Arana P. (2021). Servicio Nacional de Asistencia Pública. Modelo para fortalecer el primer nivel de atención en salud. *Diagnostico*, 60(3),127-30. Recuperado de <http://142.44.242.51/index.php/diagnostico/article/view/299>

Graziano, S. (2020). *Los Cuentos olvidados de José María Arguedas y la literatura andina escrita en el Perú*. Tesis de posgrado. Buenos Aires: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Recuperado de <https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.1811/te.1811.pdf>

León Moya, C. (2012). Arguedas, 28 de noviembre de 1969. *La Mula*, Publicado: 2012-11-28. Recuperado de <https://lamula.pe/2012/11/28/arguedas-28-de-noviembre-de-1969/lamula/>

León Moya, C. (2013). Donde desembocan los ríos. La última semana de José María Arguedas. *Revista buen salvaje*. Recuperado de <https://revistabuensalvaje.wordpress.com/2013/09/12/donde-desembocan-los-rios/>

Montoya, R. (1998). Todas las sangres: ideal para el futuro del Perú. *Estudios Avanzados* 12(34), 235-264. <https://www.scielo.br/j/ea/a/G3pXjCt4n3mf9RDVPQbKW3f/?lang=es&format=pdf>

Orihuela, C. (2012). Vilma Victoria Arguedas Ponce: una verdad en la vida de José María Arguedas y un epistolario revelador. *Revista de Crítica Literaria Latinoamericana*, Año XXXVIII, (75): 217-228. <https://as.tufts.edu/romancestudies/rcll/pdfs/75/217-228-Orihuela.pdf>

Pinilla, C. (1994). *Arguedas, conocimiento y vida*. Lima, Pontificia Universidad Católica. <https://culturacuidados.ua.es>



Portugal, J.A. (2011). *Las novelas de José María Arguedas. Una incursión en lo inarticulado*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Príncipe, G. (2023). La funcionalidad de los elementos del arte folklórico y la mitificación del poder socio-cultural del indio en la narrativa de José María Arguedas. *Revista Educa UMCH*, (21), 147-158. Recuperado de <https://revistas.umch.edu.pe/index.php/EducaUMCH/article/view/265>

Schirová, K. (2004). Todas las sangres – la utopía peruana. En: José María Arguedas en el corazón de Europa. *Instituto de Estudios Románicos Facultad de Filosofía y Letras Universidad Carolina de Praga*. Recuperado de <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/41250.pdf>

Stucchi, S. (2003). La depresión de José María Arguedas. *Revista de Neurosiquiatria*. 66 (3): 171-184. https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/neuro_psiquiatria/v66_n3/Pdf/a01.pdf

Urdanivia, E. (1992). *José María Arguedas en la Molina*. Lima: Universidad Nacional Agraria La Molina.

Vargas Llosa, M. (1995). *La utopía arcaica, José María Arguedas y las ficciones del indigenismo*. Recuperado de www.alfaguara.santillana.es

Figura 1. Diario La Crónica Sábado 29 de noviembre de 1969



Fuente: Elaboración propia



Figura 2. Diario La Crónica Sábado 29 de noviembre de 1969



Fuente: Elaboración propia

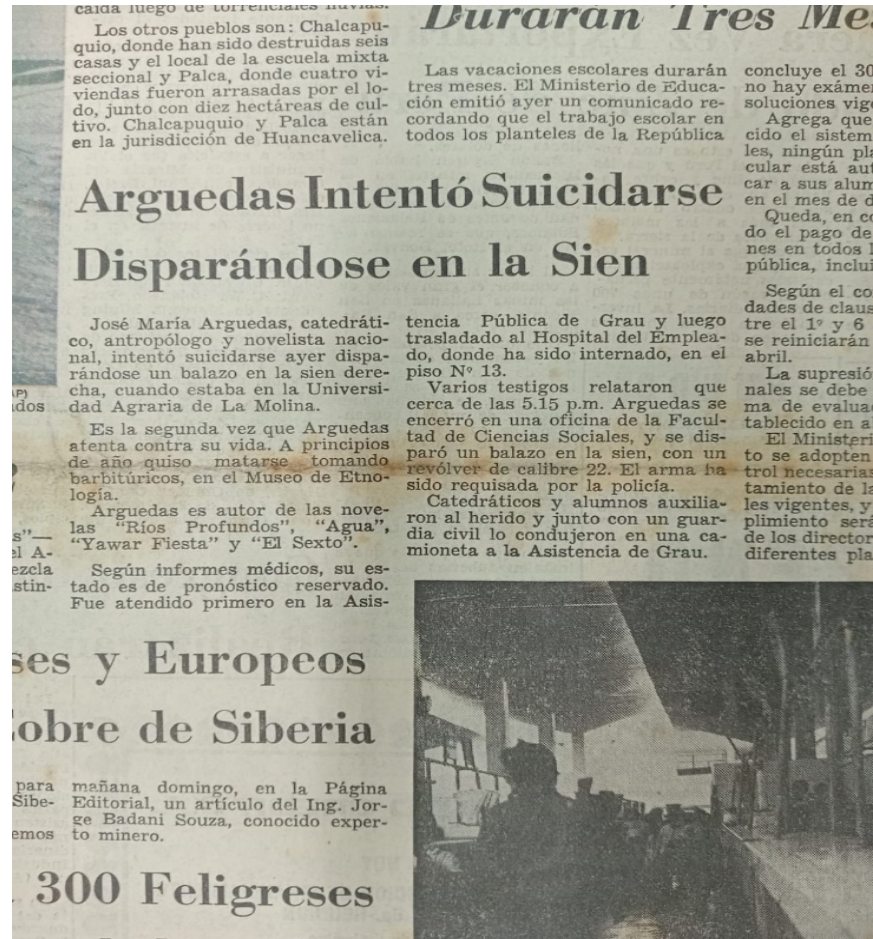
Figura 3. Diario La Prensa Sábado 29 de noviembre de 1969



Fuente: Elaboración propia



Figura 4. Diario La Prensa Sábado 29 de noviembre de 1969



Fuente: Elaboración propia



Historia de la anticoncepción y planificación familiar: una revisión narrativa

History of contraception and family planning: a narrative review

História da contraceção e do planeamento familiar: revisão narrativa

Laura Reyes-Martí^{1*}, Mireia Larrosa-Domínguez² & María Inmaculada Molina-Fernandez³

¹Becaria predoctoral en el Departamento de Enfermería, Universitat Rovira i Virgili, Av/Catalunya, 35, 43002 Tarragona, España. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7370-387X>; Correo electrónico: laura.reyes@urv.cat

²Doctoranda en el Departamento de Enfermería, Universitat Rovira i Virgili, Av/Catalunya, 35, 43002 Tarragona, España. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6338-7212>; Correo electrónico: mireia.larrosa@estudiants.urv.cat

³PhD Profesora en el Departamento de Enfermería, Universitat Rovira i Virgili, Av/Catalunya, 35, 43002 Tarragona, España. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1429-4455>; Correo electrónico: inmaculada.demolina@urv.cat

Cómo citar este artículo: Reyes-Martí, L., Larrosa-Domínguez, M., & De Molina-Fernandez, I. (2023). Historia de la anticoncepción y planificación familiar: una revisión narrativa. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(67). <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.21508>

Received: 02/07/2023

Accepted: 23/10/2023.



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

***Correspondencia:** Laura Reyes-Martí. Departamento de Enfermería, Universitat Rovira i Virgili, Av/Catalunya, 35, 43002 Tarragona, España.
Correo electrónico de contacto: laura.reyes@urv.cat

Abstract: Introduction: Contraception has played a central role in much of human history. Since the separation of reproduction from sexuality, in addition to preventing sexually transmitted diseases, contraceptive methods have been used as a tool for birth control, varying in their presentation throughout history, influenced by socio-economic and cultural processes. Method: A narrative review was conducted in the biomedical databases: Scielo, Pubmed, Dialnet, CUIDEN and Google Scholar. The literature search was conducted between August and December 2021. Results: Initial search strategies identified a total of 48247 articles. Once exclusion criteria were applied, 19 journal articles (6 in Scielo, 3 in Pubmed, 2 in Dialnet, 2 in CUIDEN, and 6 in Google Scholar) and 2 books were selected. Conclusions: The resources and culture of society have conditioned sexuality and reproduction in each historical moment. In the 20th century, the struggle for women's rights and freedom over birth control began, thus implementing family <https://culturacuidados.ua.es>



planning, which has since provided information about contraceptive methods and facilitated free and confidential access to them.

Keywords: Nursing; history of contraception; family planning; contraceptive methods; culture.

Resumen: Introducción: La anticoncepción ha sido protagonista de gran parte de la historia del ser humano. Desde que se separó la reproducción de la sexualidad, además de para prevenir enfermedades de transmisión sexual, los métodos anticonceptivos han sido utilizados como herramienta de control de natalidad, variando su presentación a lo largo de la historia, influenciada por procesos socioeconómicos y culturales. Método: Se realizó una revisión narrativa en las bases de datos biomédicas: Scielo, Pubmed, Dialnet, CUIDEN y Google Scholar. La búsqueda bibliográfica se realizó entre los meses de Agosto y Diciembre de 2021. Resultados: Las estrategias de búsqueda iniciales identificaron un total de 48247 artículos. Una vez aplicados los criterios de exclusión, se seleccionaron 19 artículos de revista (6 en Scielo, 3 en Pubmed, 2 en Dialnet, 2 en CUIDEN y 6 en Google Scholar) y 2 libros. Conclusiones: Los recursos y la cultura de la sociedad han sido condicionantes de la sexualidad y la reproducción en cada momento histórico. En el s.XX se inició la lucha por el derecho y libertad de la mujer sobre el control de la natalidad, implementándose así la planificación familiar, que, desde entonces, proporciona información sobre los métodos anticonceptivos y facilita su acceso de forma libre y confidencial.

Palabras clave: Enfermería; historia de la anticoncepción; planificación familiar; métodos anticonceptivos; cultura.

Resumo: Introdução: A contracepção tem desempenhado um papel central em grande parte da história humana. Desde a separação da reprodução da sexualidade, para além da prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, têm sido utilizados métodos contraceptivos como instrumento de controlo da natalidade, variando na sua apresentação ao longo da história, influenciados por processos socioeconómicos e culturais.

Método: Foi realizada uma revisão narrativa nas bases de dados biomédicas: Scielo, Pubmed, Dialnet, CUIDEN e Google Scholar. A pesquisa bibliográfica foi conduzida entre Agosto e Dezembro de 2021. Resultados: As estratégias iniciais de pesquisa identificaram um total de 48247 artigos. Uma vez aplicados os critérios de exclusão, foram seleccionados 19 artigos de revistas (6 no Scielo, 3 no Pubmed, 2 no Dialnet, 2 no CUIDEN e 6 no Google Scholar) e 2 livros. Conclusões: Os recursos e a cultura da sociedade têm condicionado a sexualidade e a reprodução em cada momento histórico. No século XX, começou a luta pelos direitos e liberdade das mulheres sobre o controlo da natalidade, implementando assim o planeamento familiar, que, desde então, fornece



informações sobre métodos contraceptivos e facilita o acesso livre e confidencial aos mesmos.

Palavras-chave: Enfermagem; história da contraceção; planeamento familiar; contraceção, cultura.

INTRODUCCIÓN

La anticoncepción ha sido protagonista de gran parte de la historia del ser humano. Desde que se separó la reproducción de la sexualidad y el exceso de población empezó a generar falta de recursos en las poblaciones, se han buscado métodos que impidieran la concepción y poder así, realizar un control de la natalidad (Martos, 2010). Livi Bacci, en su libro “Historia mínima de la población mundial” señala que durante la historia de la humanidad, se ha tratado continuamente de adaptar la población a sus recursos, como han realizado, por ejemplo, en algunas zonas de Europa Occidental o Asia durante las últimas décadas, mediante una reducción sistemática del número de hijos (Livi, 2012).

Los métodos utilizados para evitar la concepción son los llamados métodos anticonceptivos. Entre ellos, se encuentran actualmente los métodos de barrera, métodos hormonales, dispositivos intrauterinos, métodos naturales y métodos definitivos (Ministerio de Sanidad y Consumo y Bienestar social, 2019). Entre los años 1998 y 2008 se produjeron muchos cambios respecto a la utilización de los métodos anticonceptivos. Mientras aparecían nuevos métodos hormonales como el parche transdérmico, el anillo vaginal y la píldora de emergencia, la población fue reduciendo el uso de los métodos naturales como contraceptivo. Durante esta etapa, el preservativo fue ganando importancia a la vez que las píldoras orales combinadas que, pese a que fueron variando su dosis y composición, eran los métodos hormonales más utilizados (Somogyi y Mora, 2011). De esta manera, desde los métodos más antiguos como los espermicidas y el preservativo hasta los más modernos como los hormonales más eficaces: los Long Acting Reversible Contraception



(LARC), han ido sufriendo a través de los años constantes cambios y mejoras para facilitar su acceso a la población, mejorar la calidad y reducir los efectos secundarios.

La información proporcionada a las mujeres sobre anticoncepción basada en la última evidencia y teniendo en cuenta sus necesidades y preferencias se transmite mediante el asesoramiento anticonceptivo en consultas de planificación familiar. La planificación familiar ha sido un elemento clave en el control de la natalidad, ofreciendo información sobre los métodos anticonceptivos disponibles y facilitando su acceso a la población (Suárez-Lugo, 2013). Cabe señalar que la planificación familiar está vinculada a la salud sexual, entendiéndose ésta como “la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y que no se incluye como elemento indispensable la procreación, porque en esencia, la sexualidad es una oportunidad para desarrollar los valores de amor, comunicación, responsabilidad y equidad de género” (Fernández Álvarez et al., 2009). Debido a la relevancia del tema y sus implicaciones en la sociedad, en esta investigación se propone describir el proceso histórico de la anticoncepción y la planificación familiar y conocer la forma en que se ha visto influenciado por la cultura.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión narrativa de la literatura publicada, incluyendo documentos indexados, libros y artículos de revistas. Se seleccionaron las siguientes bases de datos: Scielo, Pubmed, Dialnet, CUIDEN y Google Scholar; consultadas entre los meses de Agosto y Diciembre de 2021.

Se incluyeron las fuentes escritas en español, portugués e inglés, con independencia del país. Se excluyeron las referencias halladas en las bases de datos consultadas a las que no se pudiera acceder a texto completo y que no estuvieran disponibles en el catálogo de la Universitat Rovira i Virgili (URV). Los descriptores utilizados fueron: "historia", "planificación familiar", "anticoncepción", "métodos anticonceptivos", "control



natalidad". La búsqueda se realizó tanto en español como en inglés y portugués, y se utilizó el operador booleano "AND" para combinar las palabras clave. Tras aplicar los criterios de exclusión, se seleccionaron un total de 19 artículos disponibles en línea y 2 libros (Tabla 1).

Tabla 1: Estrategias de búsqueda en bases de datos

BASE DE DATOS	TIPO DE BÚS- QUEDA	TÉRMINOS DE BÚSQUEDA	NÚMERO DE RE- SULTADOS	ÍTEMS SELECCIONA- DOS
Scielo	Básica. Filtros: Artículo de revista, Texto completo disponible	Historia AND Anti-concepción Planificación familiar AND Historia	59	6
Pubmed	Filtros: Artículo de revista, Texto completo disponible	Control natalidad AND historia Métodos anticonceptivos AND Historia Planificación familiar AND Historia	587	3
Dialnet	Básica	Historia AND Anti-concepción	42	2
Cuiden	Filtros: Artículo de revista, Texto completo disponible	Historia AND Anti-concepción Planificación familiar AND Historia	59	2
Google scholar	Básica	Historia AND Anti-concepción Planificación familiar AND Historia Métodos anticonceptivos AND Historia	47500	6

Fuente: Elaboración propia

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En pinturas rupestres del Paleolítico Superior la sexualidad ya aparecía relacionada con el placer y no con la reproducción. En ese momento, las mujeres independizaron su deseo sexual de los ciclos fértiles, acercándose al hombre para su satisfacción, algo novedoso en la naturaleza animal. Ante el descubrimiento de la agricultura volvió a surgir la conexión entre la sexualidad y la reproducción, celebrándose rituales para promover la abundancia y la fertilidad. El hecho de que la mujer pudiese reproducirse



en cualquier época del año, a diferencia de otros mamíferos, creó un problema inexistente hasta ese momento: el exceso de población y la falta de recursos para su manutención (Martos, 2010). No fue hasta que el humano relacionó el coito con la fundación, a principios de la edad de bronce (2.000 a.c), cuando empezó a espaciar su reproducción (Cascales et al., 2016) iniciando así el control de natalidad (Martos, 2010). Los primeros métodos de control de natalidad que fueron el aborto y el infanticidio, sobre todo de niños nacidos con el sexo no deseado (según el exceso que hubiese en esa población) (Martos, 2010). Además, el nacimiento de hijos suponía una desventaja, por ejemplo, en poblaciones nómadas (Lugones y Ramírez, 2013).

Cuando se conoció el papel del espermatozoides en la concepción se buscaron métodos para eliminar el líquido seminal del hombre como los espermicidas naturales y, métodos barrera para impedir que llegase al útero (Christin-Maitre, 2013). No fue hasta 1850 a.C., en Egipto, cuando se menciona explícitamente la anticoncepción en el Papiro de Petri. Se trata de un manual que recoge diversos métodos destinados a la contracepción como la mezcla de excremento de cocodrilo con una pasta de hierbas para absorber el semen, o la miel y el bicarbonato de sosa natural como irritante de la mucosa vaginal y espermicida. También se describió el coito interrumpido (Aguiar García et al., 2019; Cascales et al., 2016; Clavero-Núñez, 2018), tampones de algodón empapados en el zumo fermentado de las plantas de acacia y esponjas vaginales empapadas en zumo de limón o vinagre (Dhont, 2010). En el papiro de Ebers, que es algo más reciente (1.500 a.C.) y considerado el documento antiguo más importante y extenso de la medicina general, se recomienda como preventivo del embarazo un tapón de hilaza mezclado con miel, colocado profundamente en la vagina (Clavero-Núñez, 2018).

La utilización del primer preservativo se le asume al rey Minos (año 1.200 a.C), hecho de vejiga de cabra o, según algunos autores, pulmones de pez (Martos, 2010). Otros materiales fueron descritos para la creación del preservativo como lienzo, calabaza, cuero, seda, papel aceitado y tejidos animales. Los fabricados con intestinos animales eran cosidos por un lado y, por el otro se le añadía una cinta para mantenerlo sujeto. En esa época el preservativo se utilizaba en su mayoría para evitar enfermedades de transmisión sexual como la sífilis y no como contraceptivo (Potenziani y Potenziani, 2008).

Hipócrates en su tratado “Enfermedades de la mujer” (año 460 a.C.) señaló que la mujer era más fértil después de la menstruación. También se le atribuye la utilización de un tubo de plomo para insertar medicamentos o pesarios en el útero con el objetivo de evitar la concepción (Aguiar García et al., 2019).



Aristóteles fue el primer escritor griego en describir la anticoncepción y algunos de los métodos de la época, recogidos y descritos en su obra “Historia de los animales” del siglo IV a.C. (Christin-Maitre, 2013). Los aceites de cedro y/o de oliva se mezclaban con incienso o con unguento de plomo y se introducían en la vagina para endurecerla e impedir que llegase el espermatozoides al útero (Clavero-Núñez, 2018; Martos, 2010). En ese tratado señala que las poblaciones que no controlaban la natalidad estaban destinadas a la pobreza (Clavero-Núñez, 2018).

Años más tarde, Sorano de Éfeso, médico griego que ejerció en Alejandría, considerado el padre de la Ginecología, recomienda utilizar como contraceptivo una mezcla de aceite rancio de oliva, miel y bálsamo introducidos en la vagina en una bola de lana hasta llegar al cuello uterino (Clavero-Núñez, 2018). Otro método recomendado en la antigua Grecia consistía en ejercer presión sobre el abdomen para expulsar el semen de la vagina. Se dice que las mujeres de Sri Lanka comían una papaya al día para evitar el embarazo. Las mujeres chinas, hace siglos, bebían plomo y mercurio para controlar la fertilidad, lo que a menudo provocaba la esterilidad y/o la muerte (Christin-Maitre, 2013), o bien, utilizaban tampones empapados en sal, miel y aceite. En textos musulmanes como en el tratado de Medicina del Profeta o de Medicina islámica, podemos encontrar referencias al uso de espermicidas con fórmulas secretas que las comadronas insertaban en el útero (Martos, 2010).

Finalmente, el preservativo se consideró un método contraceptivo cuando, en el siglo XX, el descubrimiento de la penicilina redujo el miedo a las enfermedades de transmisión sexual (Martos, 2010). El preservativo conservado más antiguo es de 1640, permitía múltiples usos y disponía de un manual de usuario escrito en latín. Estaba fabricado de tripa de cerdo y contenía un cinturón para ajustarlo correctamente. En 1870 se diseñó el primer preservativo de caucho, el cual era de mala calidad y poco práctico (Lugones y Ramírez, 2013).

Los principales métodos de control de la natalidad utilizados antes del siglo XX incluían principalmente la abstinencia, el coito interrumpido, la lactancia materna y el aborto. A partir del siglo XX se introdujeron mejoras en el control de la natalidad gracias a varias mujeres, entre ellas, la Dra. Marie Stopes, que escribió una guía de anticoncepción titulada "Wise Parenthood" y abrió la primera clínica de planificación familiar en 1921. Otra mujer, la enfermera Margaret Sanger, fundó en 1921 la Liga Americana de Control de la Natalidad, que se convirtió en la actual "Planned Parenthood". Afirmaba que "ninguna mujer puede llamarse libre si no es dueña y



controla su cuerpo. Ninguna mujer puede llamarse libre hasta que pueda elegir conscientemente si va a ser madre o no" (Cascales et al., 2016; Chesler, 1992).

El Dispositivo Intrauterino (DIU), como se ha señalado anteriormente, se conocía desde Hipócrates, pero no fue hasta 1909 cuando se creó un anillo de seda que, en 1929, se sustituyó por plata. Su uso no alcanzó suficiente divulgación hasta pasados los años 40 (Clavero-Núñez, 2018). Durante el año 1930 se masificó la producción de preservativos de látex en los Estados Unidos (EEUU) (Potenziani y Potenziani, 2008). En 1932 Ogino en Japón, y en 1933 Knauss en Austria, estudiaron los días del ciclo de la mujer, y evidenciaron que evitar las relaciones sexuales durante esos días se podía regular la natalidad. Este método adquirió gran difusión hasta final de los años 50 cuando apareció la píldora anticonceptiva. Las aportaciones de estos dos investigadores legitimaron la anticoncepción mediante la Conferencia de Lambeth (1930) (Suárez-Lugo, 2013).

En España, en 1941, la Jefatura del estado promulgó una Ley para la protección de la natalidad contra el aborto y la propaganda anticoncepcionista, que se trasladó al Código penal, y por la que se amenazaba con penas de multa y arresto para quien informaran, divulgaran, indicaran o prescribieran cualquier método contraceptivo. Esta situación persistió hasta 1978 para la anticoncepción hormonal, hasta 1981 para los DIUs y hasta 1985 para el aborto terapéutico (Rodríguez-Ocaña et al., 2012).

En Países Bajos, Inglaterra y EEUU se inició el primer movimiento internacional por la salud de las mujeres y la planificación familiar con el objetivo común de proporcionar a las mujeres información y métodos para evitar embarazos no deseados. La creación de los anticonceptivos hormonales a finales de la década de 1950 fue considerado el principal agente de cambio hacia la separación de la práctica sexual de la concepción (Ortiz-Gómez y Ignaciuk, 2019).

Somers Sturgis, desde la Facultad de Medicina de Harvard, descubrió los efectos anovulatorios del suministro exógeno de estrógenos y en 1940 inició su administración en pacientes con dismenorrea y endometriosis. En 1950 se descubrieron los gestágenos sintéticos, que requerían cantidades inferiores para alcanzar sus efectos terapéuticos. En esta línea, reformulada a partir de 1956, apareció la primera píldora anticonceptiva. En España, se empezaron a vender en 1964 y se difundieron con rapidez. (Rodríguez-Ocaña et al., 2012).

La vasectomía, método anticonceptivo permanente, se ha estado practicando desde 1770 y se le atribuye a John Hunter, pero no pasó a ser una técnica de uso



habitual, junto a la ligadura tubárica, hasta la década de los sesenta (Clavero-Núñez, 2018) Se estima que más de 42 millones de parejas la utilizan como método contraceptivo. En 1985, se introdujo una nueva técnica de vasectomía sin bisturí que fue desarrollada en China en 1974 (Aguiar García et al., 2019).

En relación a la píldora anticonceptiva, los ensayos clínicos con anticonceptivos no podían realizarse en Estados Unidos porque su dispensación seguía siendo un delito por lo que, los ensayos iniciales se llevaron a cabo en Puerto Rico. En 1957, la Food and Drug Administration (FDA) aprobó el uso de Enovid 10 mg para el tratamiento de trastornos menstruales y amplió las indicaciones aprobadas de ese producto para incluir la anticoncepción en 1960. No fue hasta diez años más tarde, cuando se autorizó su acceso a mujeres solteras. Debido a las investigaciones, se observó que la adición de estrógenos reducía las hemorragias intermenstruales por lo que la composición de todas las píldoras posteriores fue una combinación de estrógenos y progestágenos. Hay diferencias entre las primeras píldoras y la actual, como la reducción de la dosis hormonal, la introducción de nuevos progestágenos (levonogestrel) y el desarrollo de vías de administración alternativas. Por otro lado, se creó un anillo vaginal que contenía etonogestrel y etinilestradiol, y un parche transdérmico que contenía norelgestromina y etinilestradiol, y ambos sistemas se comercializaron en 2001. Su eficacia anticonceptiva y efectos secundarios son comparables a los de la píldora oral combinada (Christin-Maitre, 2013). Los dispositivos intrauterinos (DIU) hormonales y de cobre estuvieron disponibles a principios de la década de 2000 junto al implante subdérmico (Brandi y Fuentes, 2020).

Fue a partir de 1970 que la gestión de la concepción y garantizar la libre elección e información de las mujeres y sus parejas tuvo un considerable crecimiento mediante movimientos feministas. Todo ello dentro del marco conceptual y reivindicativo del derecho sobre el propio cuerpo, autoconocimiento, maternidad libre, educación sexual y derecho al aborto. La planificación familiar es un elemento crucial para mejorar la salud de mujeres y niños, y un derecho humano para los individuos y la familia (Suárez-Lugo, 2007).

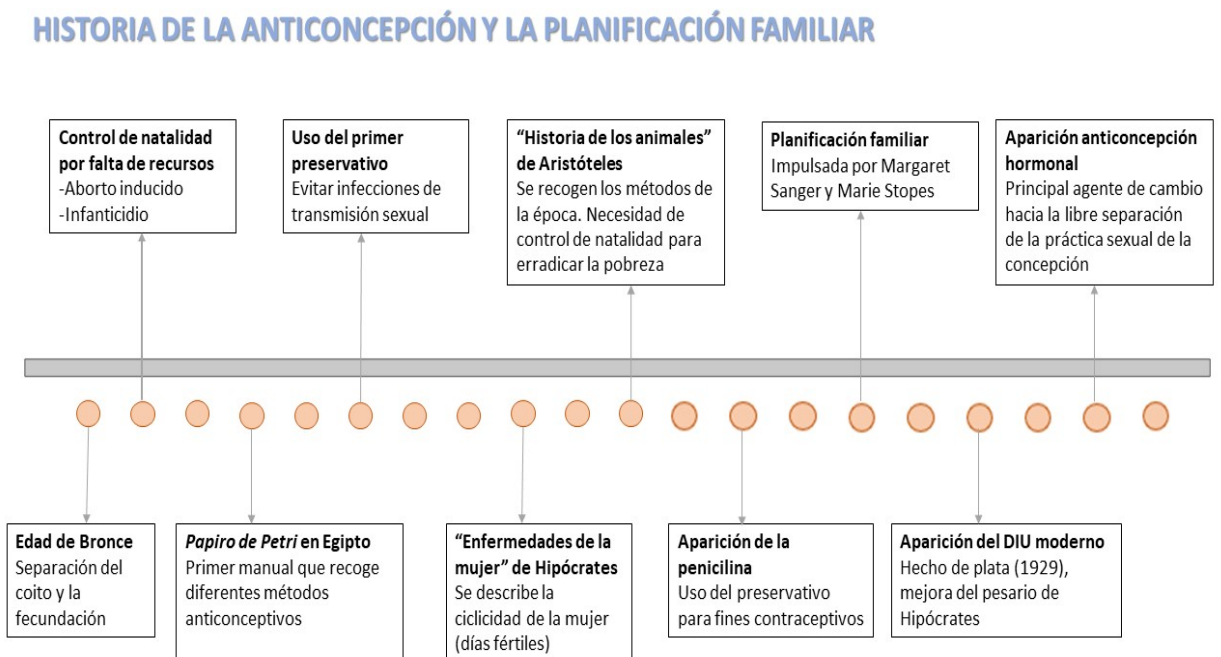
En España no fue hasta 1978 que se legalizó el uso del preservativo y se abrieron al público las primeras consultas de planificación familiar (Clavero-Núñez, 2018). La aprobación por las Cortes de la modificación del artículo 416 del Código Penal en el mes de abril de 1978 culminó el 11 de octubre de ese mismo año con la Ley 45/1978, anunciando la futura creación de centros públicos de “orientación y planificación familiar” (Ortiz y Ignaciuk, 2018). En 1979, González Merlo, médico implicado en el



asesoramiento anticonceptivo del Hospital Clínic de Barcelona, abogó por considerar la planificación familiar como un derecho humano elemental (Rodríguez-Ocaña et al., 2012). En la actualidad los preservativos gratuitos se distribuyen a través del Sistema Nacional de Salud mediante el médico de familia, las consultas de infecciones de transmisión sexual, ginecología y obstetricia, así como planificación familiar (Suárez-Lugo, 2007).

A continuación, se presenta en la Figura 1 una línea temporal que recoge los momentos históricos más relevantes anteriormente citados en relación con el control de natalidad mediante la anticoncepción y la planificación familiar (Figura 1).

Figura 1: Línea del tiempo de la anticoncepción y planificación familiar



Fuente: Elaboración propia

Pese a la variedad de métodos anticonceptivos que hay en la actualidad el preservativo masculino es el método anticonceptivo más utilizado en muchos países



y diversas culturas, siendo su utilización superior a la de los anticonceptivos orales (González y Rosado, 2000; Sociedad Española de Contracepción, 2020) Ante la baja eficacia del preservativo masculino (Soriano et al., 2010) y el aumento de interrupciones voluntarias de embarazo (IVE) debido a embarazos no planificados (Brunerie-Kauffmann, 2019), la Sociedad Española de Contracepción (SEC) recomienda la utilización de métodos de alta eficacia como los Long Acting Reversible Contraception (LARC), un grupo de métodos anticonceptivos de alta eficacia que incluye los dispositivos intrauterinos (DIU), el inyectable y el implante subdérmico (Sociedad Española de Contracepción, 2020) .

CONCLUSIONES

En el momento en el que se separó la sexualidad de la concepción y se descubrió la asociación del acto sexual al embarazo se inició la búsqueda de métodos que impidiesen embarazos no deseados en la población (métodos anticonceptivos). La literatura consultada evidencia la influencia de la economía y los recursos en las diferentes formas de abordar la anticoncepción desde su inicio en la historia. A medida que se fue avanzando en el conocimiento sobre la concepción fueron evolucionando los métodos que se utilizaban. Los más utilizados fueron aquellos que pretendían impedir la llegada del espermatozoides al útero, para, años más tarde, introducir los métodos hormonales. Además de los recursos y la economía, uno de los condicionantes que aún hoy en día está fuertemente ligado con la sexualidad y la reproducción es la cultura. Hubo un momento en el que se prohibió el uso de métodos anticonceptivos con penas de cárcel e incluso muerte a los profesionales que suministraban algún método o investigasen sobre ello. No fue hasta el s.XX, cuando dos mujeres sanitarias iniciaron la lucha por el derecho de la mujer al libre acceso a métodos anticonceptivos, y ello permitió la creación de la planificación familiar. Debido a ese movimiento, se permitió la utilización de métodos anticonceptivos, por problemas de salud al principio (los hormonales), para luego, permitirse su uso como contraceptivos. Desde entonces, la planificación familiar se encarga de informar y facilitar el acceso a métodos anticonceptivos. Esta intervención sanitaria, basada en la evidencia científica y los valores, necesidades y preferencias de las mujeres, se considera aún hoy en día, un movimiento que aboga por la libertad de decisión de las familias sobre su sexualidad y reproducción.

BIBLIOGRAFÍA



- Aguiar, A., Almelo, LC., Lazo, LA., Giniebra, GM. y Rivera, R. (2019). Historia del condón y otros métodos anticonceptivos. *Revista Médica Electrónica*, 41(2), 588–597.
- Brandi, K., & Fuentes, L. (2020). The history of tiered-effectiveness contraceptive counseling and the importance of patient-centered family planning care. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.11.1271>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Profesionales – Interrupción voluntaria del embarazo - Datos Estadísticos - Tablas y Figuras. Recuperado de <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm>. Acceso 15 Sep 2021.
- Cascales, M., Clavero, J. A., Coronado, P., Domínguez-Gil, A., Mayor, F., Esteban, M., García, A., González, A., Palacios, E., Ribas, B., Castillo, A., & Vidart, J. A. (2016). *Mecanismos fisiológicos, y moleculares de la anticoncepción*. Madrid: Real Academia Nacional de Farmacia.
- Chesler, E. (1992). *Woman of Valor: Margaret Sanger and the Birth Control Movement in America*. New York: Simon & Schuster.
- Christin-Maitre, S. (2013). History of oral contraceptive drugs and their use worldwide. *Best Practice and Research: Clinical Endocrinology and Metabolism*, 27(1), 3–12. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2012.11.004>
- Clavero-Núñez, J. A. (2018). A history of contraception. *Anales Rnm*, 135(01), 56–59. <https://doi.org/10.32440/ar.2018.135.01.rev09>
- Dhont, M. (2010). History of oral contraception. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 15(S2), S12–S18. <https://doi.org/10.3109/13625187.2010.513071>
- Fernández Álvarez-Fernández, G., Santana, L. y Torres, M. (2009). *Principales métodos anticonceptivos: historia y actualidad*. Córdoba: El Cid Editor.
- González, T., & Rosado, A. (2000). Uso del condón en estudiantes de enseñanza técnica y profesional. *Revista Cubana de Enfermería*, 16(1), 40–45.
- Livi, M. (2012). *Historia mínima de la población mundial*. Barcelona: ARIEL.
- Lugones, M., & Ramírez, M. (2013). El preservativo más viejo del mundo. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 39(3), 306–310.
- Martos, A. (2010). *Breve historia del condón y de los métodos anticonceptivos*. Madrid: NOWTILUS.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2019. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/06/gpc_585_anticoncepcion_iacs_compl.pdf. Acceso 1 Sep 2021.
- Ortiz-Gómez, T., & Ignaciuk, A. (2019). Investigar y comunicar la historia de la anticoncepción. *Revista Internacional de Estudios Feministas*, 4(1), 64–85. <https://doi.org/10.17979/arief.2019.4.1.4978>
- Ortiz, T., & Ignaciuk, A. (2018). Historia de la anticoncepción e historia oral, una revisión bibliográfica. *Dynamis*, 38(2), 293–302. <https://doi.org/10.4321/S0211-95362018000200001>
- Potenziani, J. C., & Potenziani, S. D. (2008). Historia de las enfermedades venéreas (2a parte). In *Academia Biomédica Digital*, 36, 337–355. <https://culturacuidados.ua.es>



-
- Encuesta de anticoncepción en España 2020. Sociedad Española de Contracepción: Recuperado de http://hosting.sec.es/descargas/Encuesta_%20anticoncepcion2020.pdf. Acceso 8 Sep 2021.
- Rodríguez-Ocaña, E., Ignaciuk, A., & Ortiz-Gómez, T. (2012). Ovulostáticos y anticonceptivos. El conocimiento médico sobre «la píldora» en España durante el franquismo y la transición democrática (1940-1979). *Dynamis*, 32(2), 467–494. <https://doi.org/10.4321/S0211-95362012000200009>
- Somogyi, L., & Mora, E. (2011). Métodos anticonceptivos: Entonces y ahora . *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, (Vol. 71, pp. 118–123).
- Soriano, H., Rodenos, L., & Moreno, D. (2010). Criterios de elegibilidad de los métodos anticonceptivos. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 3(3), 206–216. <https://doi.org/10.5867/medwave.2002.08.1292>
- Suárez-Lugo, N. (2007). Evaluación de la estrategia de mercadotecnia social del condón en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(1). <https://doi.org/10.1590/s0864-34662007000100007>
- Suárez-Lugo, N. (2013). Mercadeo social como herramienta en función de la salud sexual en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(5), 950–960.



ANTROPOLOGÍA

Teoría y práctica del cuidado cultural: un recorrido desde el aula a las prácticas asistenciales

Theory and practice of cultural care: a journey from the classroom to care practices

Teoria e prática do cuidado cultural: um percurso da sala de aula às práticas de cuidado

Laura Elvira Piedrahita¹, Alcira Escobar Marín², Liliana Cristina Morales³

¹Doctora en educación. Profesor Titular, Escuela de Enfermería, Facultad de salud, Universidad del Valle. Colombia. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4316-0090>; Correo electrónico: laura.piedrahita@correounivalle.edu.co

²Doctora en Enfermería. Profesora Asistente, Escuela de Enfermería, Facultad de salud, Universidad del Valle. Colombia. Orcid <https://orcid.org/0000-0002-7492-8659>; Correo electrónico: alcira.escobar@correounivalle.edu.co

³Doctora en Salud. Profesora Asociada, Escuela de Enfermería, Facultad de salud, Universidad del Valle. Colombia. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3805-4958>; Correo electrónico: liliana.morales@correounivalle.edu.co

*Correspondencia: Calle 4B No. 36-00 Barrio San Fernando, Cali

Colombia.

Correo electrónico de contacto:

laura.piedrahita@correounivalle.edu.co

Cómo citar este artículo: Piedrahita-Sandoval, L.E., Escobar-Marín, A., & Morales-Viana, L.C. (2023). Teoría y práctica del cuidado cultural: un recorrido desde el aula a las prácticas asistenciales. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(67).

<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.20501>

Received: 12/07/2023

Accepted: 21/10/2023.



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

Abstract: Goals: Understand the relationship that is established among professors, students and assistencial nurses, between the theory and practice of cultural care. Methods: Qualitative, hermeneutic, with a critical approach. A sociodemographic questionnaire, discussion groups and episodic interviews were used. Model: 34 participants: 6 teachers, 11 nurses and 17 students. Results: Three subjects were identified: 1. The theory and practice of cultural care in nursery: the learned knowledge. The cultural care is not formalized in the curriculum, some aspects from the cultural care are included in the theory of the courses. 2. Practice and theory of the cultural care in nursery: the lived experience. The rigid protocols and homogenizers from the health institutions were the major obstacle to specify along the practice of cultural care. 3: The relationship of theory and practice in nursery: what is recognized. Professors and nurses formers of human talent recognize their lack of preparation to form the students in cul-



tural care. Conclusions: There is a breach between the theory and the practice around cultural care. It is required to include the cultural care in the curriculum and make it congruent with the theory and the practice, allowing the dialog of knowledge and surpassing not only the communication barriers, but attitudinal and institutional, which were found in the study.

Keywords: Nursery; care; culture; education in nursery; anthropology.

Resumen: Objetivo: Comprender la relación que establecen profesores, estudiantes y enfermeras asistenciales, entre teoría y práctica del cuidado cultural. Métodos: Cualitativo, hermenéutico, con enfoque crítico. Se utilizó cuestionario socio demográfico, grupos de discusión y entrevistas episódicas. Muestra: 34 participantes: 6 profesores, 11 enfermeras y 17 estudiantes. Resultados: Se identificaron tres temas: 1. Teoría y práctica del cuidado cultural en enfermería: lo aprendido. El cuidado cultural no está formalizado en el currículo, algunos aspectos del cuidado cultural son incluidos en la teoría de los cursos. 2. Práctica y teoría del cuidado cultural en enfermería: lo vivido. Los protocolos rígidos y homogeneizantes de las instituciones de salud fueron los mayores obstáculos para concretar en la práctica el cuidado cultural. 3. Relación entre la teoría y la práctica en Enfermería: lo reconocido. Los profesores reconocen su escasa preparación para formar a los estudiantes en el cuidado cultural. Conclusiones: Existe una fisura entre la teoría y la práctica en torno al cuidado cultural. Se requiere incluir el cuidado cultural en el currículo y hacerlo congruente con la teoría y la práctica, permitiendo el diálogo de saberes y superando no solo barreras comunicativas, sino actitudinales e institucionales, las cuales se encontraron presentes en el estudio.

Palabras clave: Enfermería; cuidado; cultura; educación en enfermería; antropología.

Resumo: Objetivo: compreender a relação que se estabelece por professores, alunos e enfermeiros, entre a teoria e a prática do cuidado cultural. Métodos: Qualitativo, hermenêutico, com abordagem crítica. Foram utilizados questionário sociodemográfico, grupos de discussão e entrevistas episódicas. Amostra: 34 participantes: 6 professores, 11 enfermeiros e 17 alunos. Resultados: foram identificados três temas: 1. Teoria e prática do cuidado cultural em enfermagem: o que foi aprendido. O cuidado cultural não está formalizado no currículo, alguns aspectos do cuidado cultural estão incluídos na teoria dos cursos. 2. Prática e teoria do cuidado cultural em enfermagem: o que tem sido vivenciado. Os protocolos rígidos e homogeneizadores das instituições de saúde foram os maiores obstáculos para a efetivação do cuidado cultural. 3. Relação teoria e prática em enfer-



magem: o que se reconhece. Professores e enfermeiras que treinam talentos humanos reconhecem que estão mal preparados para treinar alunos no cuidado cultural. Conclusões: Há uma lacuna entre a teoria e a prática em torno do cuidado cultural. É necessário incluir o cuidado cultural no currículo e torná-lo congruente entre a teoria e a prática, permitindo o diálogo de saberes e a superação das barreiras não apenas comunicativas, mas também atitudinais e institucionais presentes no estudo.

Palavras Chave: Enfermagem; cuidado, cultura; educação em enfermagem, antropologia.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, se han presentado cambios sociales y demográficos por fenómenos como la globalización, la migración y el desplazamiento, que provocan transformaciones no solo a nivel de la salud, sino de la educación. Este hecho constituye un desafío para los profesionales de enfermería, pues requiere partir del conocimiento de la realidad cultural de las personas a quienes se cuida, considerando sus creencias y las visiones que tienen frente a la salud y la enfermedad. Lo cual debe llevar al profesional de enfermería a migrar desde la homogeneidad en el cuidado hacia unos cuidados culturalmente congruentes, de tal manera que estos se constituyan en un eje transversal en el currículo y en la práctica de los profesionales de enfermería, que les permitan reconocer la diversidad cultural de las personas, sus creencias y costumbres, sus prácticas de cuidado y el significado que les atribuyen.

Desde finales del siglo XX y comienzos del XXI, se ha dado un auge en la investigación y la teorización sobre los cuidados culturales en enfermería, destacándose el papel de Madeleine Leininger, primera enfermera que planteó el cuidado cultural desde una perspectiva antropológica, dando origen a su teoría sobre Diversidad y universalidad del cuidado cultural. (McFarland, M & Wehbe-Alamah, H., 2018). Su trabajo dió origen a la llamada Enfermería Transcultural, que busca revelar prácticas, saberes y cui-



dados culturales tal como las personas los entienden y los aplican y, adicionalmente, emplear estos conocimientos como base para las practicas asistenciales.

Otros autores han desarrollado modelos y teorías relacionados con los aspectos culturales del cuidado, como Papadopoulos y colaboradores en 1998, quienes resaltan la importancia en la inclusión de las personas en las decisiones frente a su cuidado. (Valdez-Fernández, A., 2019). El modelo de Joyce Newman Ginger y Ruth Davidhizar, por su parte, incluye dominios importantes para la evaluación del paciente y de la familia; su enfoque se basa en el postulado según el cual si las enfermeras tienen conocimiento de estos dominios pueden utilizarlo para proveer cuidado culturalmente competente. (Lipson, J. G., 2000). El modelo de “humildad cultural”, desarrollado por Foronda, Baptiste & Reinholdt, propone un acercamiento real entre los actores dando una posición de mayor respeto hacia el otro. (Valdez-Fernández, A., 2019). En Latinoamérica, Campinhe-Bacote y Lipson, construyen un modelo de cuidado llamado “El Proceso de competencia cultural en la prestación de los servicios de cuidados de salud”, centrado en los profesionales de enfermería como seres culturales, y en el impacto de la identidad, y de las relaciones con pacientes, familias y comunidades. (Romero. M N., 2009).

Es necesario que los modelos de cuidado cultural, estén presentes en la normatividad de la atención en salud de las instituciones como eje central, lo cual va a permitir principalmente, identificar necesidades desde una perspectiva cultural y desarrollar prácticas que lleven a generar confianza con los profesionales de salud como interlocutores válidos, permitiendo a las personas que son cuidadas y al cuidador negociar el cuidado de enfermería. Los procesos de negociación requieren diálogo, concertación, y reivindicar el derecho a la autonomía y al respeto.

El desafío para la enfermería está en establecer acciones orientadas a la docencia y a una práctica del cuidado que incorporen el reconocimiento del otro como un ser cultural, a partir del conocimiento de la relación que se da entre la teoría y la práctica, en torno al cuidado cultural. Esta investigación



pretendió comprender la relación que establecen profesores, enfermeros asistenciales y estudiantes de enfermería, frente a la articulación entre la teoría y la práctica del cuidado cultural, e identificar los aspectos que condicionan o facilitan esta integración.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: Se optó por una postura epistemológica hermenéutica con enfoque hermenéutico crítico, descrito por Habermas (Arteta. M., 2016).

Recolección y análisis de la información: El contexto donde se desarrolló la investigación fue una Institución Universitaria de Educación Superior de Cali, Colombia. La elección se realizó teniendo en cuenta que en ella convergen estudiantes procedentes de la región del Pacífico colombiano, región con gran diversidad étnica y cultural.

La recolección de la información, se realizó a través de un cuestionario socio demográfico, grupos focales y entrevistas episódicas, según el modelo de Flick en 2012 (Flick. U., 2012). El cuestionario sociodemográfico fue elaborado por las investigadoras en 3 versiones, para cada grupo de participantes: profesores, enfermeros asistenciales y estudiantes. Se realizaron 5 reuniones con los grupos focales: 2 con estudiantes (GFE1) y (GFE2), 2 con enfermeras asistenciales (GFEA1) y (GFEA2), y una con profesores (GFP).

El número de reuniones se determinó según el criterio de saturación de información. (Morse. J. M., 1995). Cada grupo estuvo compuesto por 5 a 8 participantes. A los grupos focales se les denominó “tertulias pedagógicas”, en consideración a que se buscó que el participante apreciara este espacio como una oportunidad para el dialogo y la expresión de ideas y experiencias. Previamente se preparó una guía según los objetivos planteados. Los diálogos fueron grabados en medio digital y transcritos por las investigadoras. La información recolectada brindó pistas para conducir las entrevistas episódicas, que prestaron especial atención a situaciones y circunstancias en las que el entrevistado ha tenido experiencias relevantes para la pregunta de estudio (Flick. U., 2012). El elemento central es la invitación a presentar narraciones de situaciones; en este caso, se emplearon preguntas



orientadoras a partir de una guía de entrevista que se aplicó a tres participantes: un profesor, una enfermera asistencial y una estudiante, atendiendo al criterio de identificar un informante clave (Taylor. S. J. & Bogdan, R., 2002).

Para el análisis se utilizó el modelo del proceso de comprensión hermenéutica siguiendo tres etapas: primero se realizó la transcripción textual de las entrevistas; en la segunda etapa se organizó y clasificó la información para la identificación de temas; en la tercera etapa se realizó la triangulación interpretativa de la información, según el modelo de Flick (Flick. U., 2012). En este proceso se identificaron aspectos que actuaron como ejes, y que hacen parte de los resultados y de las conclusiones.

Para mantener el rigor metodológico se consideraron los criterios de calidad de la investigación cualitativa: credibilidad, auditabilidad y transferibilidad. (Rojas. X., & Osorio A., 2017).

Aspectos Éticos: El proyecto fue aprobado por el Comité de ética de la Universidad del Valle, y se clasificó como de riesgo mínimo, según categorías establecidas en el artículo 11 de la Resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los hallazgos de la investigación se presentan en dos partes. En la primera se describen las características sociodemográficas de los participantes; en la segunda se presentan los temas encontrados.

Primera parte: Caracterización de los participantes.

La muestra estuvo conformada por 34 participantes: 6 profesores, 11 enfermeras (os) asistenciales que a la vez son profesores en la institución donde se realizó el estudio y 17 estudiantes.

Profesores: seis profesores participaron en el estudio, con edades entre 38 y 67 años, con una media de 54 años. Cinco de ellos con especialización y maestría en diferentes áreas, y una de las participantes con Doctorado.



Todos han recibido formación pedagógica. Con experiencia laboral entre 10 y 30 años.

Enfermeros asistenciales: De este grupo, diez son mujeres y uno hombre. Con edades entre 30 y 61 años, con una media de 47 años. Una de las participantes adelantaba estudios de doctorado en Educación, cuatro tienen maestría y tres las están cursando. Adicionalmente, cinco tienen diferentes especializaciones. Cinco participantes han recibido formación pedagógica. Con experiencia laboral entre 7 y 30 años, y experiencia docente entre 3 y 27 años.

Estudiantes: 17 estudiantes participaron en el estudio, once mujeres y seis hombres. Con edades entre 31 y 34 años, con una media de 25 años. Seis estudiantes estaban en VI semestre, 4 en VII, uno en IX y 6 en X semestre.

Segunda parte: Temas encontrados. El análisis de los datos obtenidos permitió organizar los hallazgos en tres grandes temas. A continuación, se describen:

1. Teoría y práctica del cuidado cultural en enfermería: lo aprendido en las aulas

Algunos aspectos relacionados con el cuidado cultural se incluyen en los componentes teóricos de los cursos; sin embargo, éste no hace parte del currículo del programa de Enfermería. Un hallazgo similar, identificaron Barco y colaboradores, quienes mostraron que el 90,8% de los profesionales nunca habían recibido formación sobre cuidado cultural pues el tema no está incluido en los planes de estudio de la carrera. (Barco et al, 2011). Lo anterior lleva a plantear el papel fundamental de la academia frente a la importancia de brindar a los profesionales en formación, conocimientos que les permitan comprender la necesidad de reconocer la diversidad cultural de las personas, sus creencias, costumbres, prácticas de cuidado y el significado de ellas.



Los estudiantes manifiestan que a pesar que en algunos cursos les enseñan aspectos teóricos de cuidado cultural, estos no son integrados a la práctica por diferentes razones, particularmente de las instituciones hospitalarias, y en algunos casos a las actitudes de los mismos profesionales de salud. Un estudiante expresó: “El cuidado cultural no está en la práctica; el sistema de salud y el hospital no lo permite. A nosotros nos enseñan a tener en cuenta toda esa esfera en la que está incluida la persona, pero en la práctica nos llevan mucho a los protocolos y guías y se trata “casi igual a todo el mundo”. Entonces esa parte cultural no se tiene en cuenta, aunque esté en nuestras teorías de enfermería” (GFE2).

Walsh plantea que existe un modelo de disciplinamiento, tanto estructural como institucional, a partir del cual se ha organizado la universidad y se piensa el mundo. Desde esta perspectiva en la presente investigación se evidencia que enfermería no está exenta de ello (Walsh. C. 2008). Autores como Medina, refiriéndose específicamente a la práctica de la enseñanza en enfermería, manifiesta que cada vez está más alejada de la realidad, pues es marcadamente instrumental y tecnológica, basada en la aplicación de principios teóricos generales y normativos que se emplean en forma de protocolos para dar respuesta a situaciones humanas. (Medina & do Prado, 2009).

Algunos profesores reconocen que no tienen habilidades para abordar los aspectos relacionados con el cuidado cultural y sugieren que estos aspectos deben integrarse en el currículo. Una profesora plantea: A mí en práctica me han pasado cosas; por ejemplo, trabajé con población indígena, y es “otro rollo”, dependiendo donde sea el lugar: indígenas del chocó, del Cauca, son una cosa totalmente distinta. (GFEA1).

Sin embargo, varios enfermeros reconocen tener competencias de cuidado cultural adquiridas en su práctica profesional atendiendo a personas de culturas diferentes. Una participante narró la siguiente situación: “Yo lo aprendí en el rural, yo hice el rural en un área indígena. Había muchísima TBC, había que hospitalizar el niño con la familia. Entonces traíamos la mamá, el papá, el tío... el que quisiera venir, para poder tener el niño y tomarle el PT y que saliera al otro día. (GFPA2).



2. Práctica y teoría del cuidado cultural en enfermería: lo vivido

Los protocolos rígidos y homogeneizantes de las instituciones de salud fueron los mayores obstáculos para llevar a la práctica asistencial el cuidado cultural, llevando en muchas ocasiones a que las personas deban abandonar o subsumir conceptos culturales, creencias, valores y representaciones acerca de la salud y de la enfermedad para tener acceso a la atención en la institución de salud. Los participantes consideran que esta exclusión es un asunto que toca con la “invisibilización de lo intercultural” que permea a la sociedad en general y que se refleja también en la institución hospitalaria. Una profesora lo relata así: “Generalmente la diversidad o la diferencia se omite. Eso es algo, que no solamente es de formación de universidad, sino que es formación de sociedad, formación de casa. Yo creo que es una cosa muy compleja, que hay; y muchas veces, ni siquiera uno mismo es consciente, de que tiene esos actos, eso es digamos, un comportamiento muy generalizado”. (GFP)

Algunos estudiantes manifiestan: “Una vez tuvimos una indígena, pero nadie sabía comunicarse bien con ella... entonces es como complejo. La profesora... no, no sabía muy bien cómo hablar con ella... no sabía muy bien cómo hacerlo. Es que aquí en la teoría no se habla de ese aspecto” (GFE1).

Lo anterior lleva a preguntarse: ¿por qué estudiantes y profesores no llevan a la práctica el cuidado cultural?, ¿por qué las actividades de cuidado no son culturalmente congruentes? Frente a esto, autores como Tarrés, hace algunas afirmaciones que se acercan a las respuestas a estos interrogantes; él considera que es necesario tener presente que tanto los estudiantes como los profesionales de enfermería han sido socializados desde la disciplina, en ámbitos culturales diferentes a los de las personas que cuidan (Tarrés, 2001). Lo anterior, genera una cosmovisión de vida, salud y enfermedad diferente, que lleva a situaciones de conflicto o choque, particularmente en la práctica, llevando en muchas ocasiones a que el sujeto de cuidado se aleje. Es sabido que, en las instituciones de salud, es común que las relaciones interculturales se vean como conflictivas, en parte por las actitudes de los profesionales y las diversas reacciones que en ellos provoca



personas de culturas diferentes, las cuales van desde posturas paternalistas - como las posiciones de superioridad al considerar al otro como alguien que no sabe, hasta las posturas excluyentes. Adicionalmente, Ibarra y Siles, consideran la cultura de cada profesional de enfermería como un aspecto importante; ella se entrelaza con otras subculturas inherentes al contexto como, por ejemplo, la identidad profesional, así como la identidad de la institución donde se desempeña, entre otras, lo cual pueden originar barreras culturales entre el profesional y el paciente, dando como resultado cuidados inadecuados o de calidad dudosa. (Ibarra & Siles. 2006).

3. Relación entre teoría y práctica en Enfermería: lo reconocido

Los profesores reconocen que los estudiantes no realizan un cuidado culturalmente congruente porque ellos sienten temor frente al incumplimiento estricto de las normas institucionales: “ En los escenarios de práctica está el conflicto: los estudiantes saben que el alimento es muy importante para el ser humano, pero ahí (o sea, en el hospital) hay un estándar: la comida es a tal hora, el desayuno es a tal hora; entonces, todo tiende a estandarizarse; por eso digo yo, se omite la diferencia, se omite la diversidad”. (GFP).

Por su parte, los estudiantes, identifican que la dinámica de las clases teóricas, basadas en el modelo biomédico, privilegiando los aspectos fisiopatológicos, no favorecen el reconocimiento del cuidado cultural. Un estudiante lo manifestó así: “Te dan la teoría y usted debe saber esto y en las prácticas lo vamos a ver aplicado y ya. O sea, no es que, digamos el profesor sepa qué conocimiento propio trae el estudiante o de dónde viene, o como se ve, digamos en su territorio esta práctica” (GFE1). Algo similar acontece en la práctica, donde se privilegian los aspectos técnicos del cuidado. Un estudiante lo relató así: “En la práctica hospitalaria no tenemos ni el tiempo de saber cómo son las prácticas culturales de las personas, muchas veces puede pasar que, por una conversación con el familiar, ellos revelan que tienen cierta manera de cuidar una herida o algo así, pero pues muchas veces no hay tiempo ni siquiera de saber sobre su cultura y cuál es el cuidado que llevan en esa cultura. (GFE2).



Los enfermeros asistenciales ratifican lo expresado por los profesores y los estudiantes, al respecto manifestaron: “En nuestro hospital falta todavía bastante para llegar a ese punto de respetar las diferencias, de respetar el contexto cultural de cada paciente y de cada familia. Porque, si bien es cierto la normatividad lo contempla, las instituciones no están preparadas para ello”. (GFEA2).

Otro hallazgo importante, es que los profesores evitan en las prácticas asistenciales que los estudiantes brinden cuidado de enfermería a personas de culturas diferentes, privándolos de esa experiencia. Una enfermera asistencial hizo el siguiente relato: “Al hospital, generalmente nos llegan pacientes indígenas; entonces cuando vamos a la práctica se nos va a dificultar un poco esa interacción con ellos; son pacientes que dejamos a un lado y no se los asignamos a los estudiantes. Además, que, desde la parte de la teoría, tampoco se toca (o sea, no se enseña cómo cuidar e interactuar con personas de otras etnias); entonces, al no tocarlo, en la práctica vemos “normal” que excluyamos a estas personas. (GFEA2).

Llama la atención que tanto en los estudiantes como en los profesores existe un reconocimiento de la interculturalidad de ellos mismos. Pero finalmente concluyen que el cuidado cultural no permea el currículo. Frente a este hallazgo, autores como García (García, 2013), expresan que sería recomendable desarrollar currículos que privilegien el estudio del cuidado desde la perspectiva cultural; a fin de sensibilizar a los futuros cuidadores desde su formación en lo que es universal y lo que es particular en la cultura del cuidado. Lo anterior coincide con lo expresado por un participante: “Yo diría que aquí todavía falta mucho; yo siento que falta mucho... nosotros como profesores podríamos nutrir un currículo con todas nuestras vivencias y las experiencias que tenemos desde los lugares tan diferentes de dónde procedemos” (GFP). En consonancia con este pensamiento Sánchez (Sánchez & Rondón, 2013), manifiestan que se hace necesario utilizar los conocimientos previos de los estudiantes en su contexto, como mecanismo mediador del aprendizaje significativo, pues facilita la inclusión del cuidado cultural en la educación de los profesionales de enfermería.



CONCLUSIONES

En la institución educativa donde se realizó la investigación se encontró una brecha entre la teoría y la práctica con relación a la inclusión de los aspectos del cuidado cultural, en la formación de sus profesionales. Se identificó la exclusión de la diversidad y el cuidado cultural en el currículo. Se reconoce la urgencia de formar a los futuros profesionales de enfermería en aspectos relacionados con el cuidado cultural a partir de una relación entre culturas dinámicas, donde existan reconocimiento, respeto, reciprocidad y horizontalidad.

El cuidado de enfermería en las instituciones de salud se brinda a través de modelos biomédicos, homogeneizantes, a partir de la visión institucional, la cual se estructura en torno a creencias y prácticas de los equipos de salud y de las dinámicas propias de los servicios, mostrando así un arraigo de prácticas etnocentristas del cuidado y desconociendo los conceptos de salud, enfermedad y cuidados como una construcción social, que responde a una forma particular de ver y vivir la vida.

Se resalta el reconocimiento por parte de los actores de la importancia del cuidado cultural en el currículo, así como su propio reconocimiento como sujetos interculturales.

Surge un reclamo a la institucionalidad académica y asistencial a reconocer la interculturalidad de las personas, de forma que la diversidad cultural sea un principio básico en la formación y en el cuidado de la salud.

La Universidad debe adoptar políticas y planes estratégicos que permitan contextualizar y visibilizar el cuidado cultural para que su inclusión sea real en el currículo y se evidencie, tanto en la teoría como en la práctica, a partir de relaciones equitativas entre diferentes saberes y a través del respeto de las diferencias, lo que lleva a un enriquecimiento mutuo, más considerando que ésta es una de las riquezas reconocidas de nuestra región del Pacífico, caracterizada por su gran diversidad étnica y cultural. Igualmente, incorporar elementos de prácticas y saberes del cuidado de la



salud, a fin de mantener una retroalimentación permanente, para que la formación de los profesionales responda a las necesidades y requerimientos del contexto.

El profesor juega un papel clave, pues debe partir de abordar desde sí mismo una sensibilidad intercultural que le lleve a tener una actitud crítica frente a los lineamientos de las políticas instauradas tanto en la educación como en salud, que los lleve a recontextualizar los contenidos a enseñar partiendo de las condiciones locales en las que están insertos, constituyéndose en facilitadores a partir del desarrollo en los estudiantes y en ellos mismos del reconocimiento del otro y del respeto, el buen trato, así como el reconocimiento de otros saberes, y específicamente actuando sobre la exclusión y la invisibilización de lo diverso, para poder brindar un verdadero cuidado de enfermería con sensibilidad intercultural y superando diferentes barreras, no solo comunicativas y lingüísticas, sino actitudinales, ideológicas e institucionales, como las que se hallaron en este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

Arteta, M. (2016). La hermenéutica crítica de Habermas: una «profundización» de la hermenéutica gadameriana. *Contrastes*, 21 (2), 27-39. <https://doi.org/10.24310/Contrastescontrastes.v21i2.2338>

Barco Díaz, V., Cruz Aguilar, S., Rodríguez Bernal, Z., & Herrera Cañellas, D. (2011). Gestión del cuidado desde una perspectiva transcultural. *Revista Cubana de Enfermería*, 27(1), 57-65. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000100007&lng=es&tlng=es.

Flick, U. (2012). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata S. L.

García Casanova, Y. (2013). La diversidad cultural en la práctica de Enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 29(2), 145-147. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192013000200008&lng=es&tlng=es.

Ibarra Mendoza, T.X., & Siles, J. (2006). Competencia cultural: una forma humana de ofrecer cuidados de enfermería. *Índex de Enfermería*, 15 (55), 44-48.



- Lipson, J.G. (2000). Cultura y Cuidados de Enfermería. *Índex de Enfermería*, 28/29,19-25. Recuperado de http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_19-25.php
- McFarland, M., & Wehbe-Alamah, H. (2018). *Transcultural nursing: Concepts, Theories, Research y Practice*. NY: Mc Graw Hill.
- Medina Moya, J.L., & Lenise do Prado, M. (2009). El curriculum de enfermería como prototipo de teñé: racionalidad instrumental y tecnológica. *Texto & Contexto Enfermagem*, 18(4),617-626.
- Morse, J. M. (1995). The significance of saturation. *Qualitative Health Research*, 5(2), 147-149. <https://doi.org/10.1177/104973239500500201>
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (2002). *Inducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.
- Rojas Bravo, X., & Osorio A., B. (2017). Criterios de calidad y rigor en la metodología cualitativa. *Gaceta de Pedagogía*, (36), 62-74. Recuperado de <https://bit.ly/2O7d0XV>
- Romero B., María Nubia. (2009). Investigación, Cuidados enfermeros y Diversidad cultural. *Índex de Enfermería*, 18(2), 100-105. Recuperado en 12 de julio de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000200007&lng=es&tlng=es.
- Sánchez Sanabria, Marina, & Rondón Contreras, Blanca Josefina. (2013). La diversidad cultural en los procesos de formación académica de enfermería requiere el manejo de la ética pedagógica, la corresponsabilidad y un pensamiento mediador. *Enfermería Global*, 12(29), 147-157. Recuperado en 12 de julio de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000100007&lng=es&tlng=es.
- Strauss, A., y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- Tarrés Chamorro, S. (2001). El cuidado del 'otro'. Diversidad cultural y enfermería transcultural. *Gazeta de Antropología* 17 (15). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10481/7475>
- Valdez Fernández, A. (2019). Interculturalidad una apuesta en la formación de los profesionales enfermeros. *Cultura de los Cuidados*, 23(55), 209-221. <https://doi.org/10.14198/cuid.2019.55.18>
- Walsh, C. (2008). Interculturalidad, plurinacionalidad y decolonialidad: las insurgencias político-epistémicas de refundar el Estado. *Tabula Rasa*, (09), 131-152. Recuperado de <https://revistas.unicolmayor.edu.co/index.php/tabularasa/article/view/1498>



El consumo colectivo de alcohol en jóvenes: un estudio cualitativo con perspectiva de género

Binge drinking in young people: a qualitative study with a gender perspective

O consumo coletivo de álcool em jovens: um estudo qualitativo com perspectiva de gênero

Ana M^a Peraza Olano¹, Almudena Arroyo Rodríguez^{2*}, Sandra M. Hernández Zambrano

¹Graduada en Enfermería. Distrito Sanitario Sevilla Norte-Aljarafe, Servicio Andaluz de Salud, Sevilla, España. Semillero de Investigación "José Bueno O.H.". Centro Universitario de Enfermería "San Juan de Dios", Universidad de Sevilla, Sevilla, España. Orcid:<https://orcid.org/0000-0001-8754-8260>; Correo electrónico: anamari384@gmail.com

²Doctora en Enfermería. Semillero de Investigación "José Bueno O.H.". Centro Universitario de Enfermería "San Juan de Dios", Universidad de Sevilla, Sevilla, España. Orcid:<https://orcid.org/0000-0001-9193-7170>; Correo electrónico: almudena.arroyo@sjd.edu.es

³Doctora en Ciencias de la Salud. Facultad de Enfermería, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, Colombia. Orcid:<https://orcid.org/0000-0001-5504-3065>; Correo electrónico: smhernandez3@fucsalud.edu.co

***Correspondencia:** Almudena Arroyo Rodríguez. Centro Universitario de Enfermería "San Juan de Dios" Avda. San Juan de Dios s/n, 41930, Bormujos, Sevilla
Correo electrónico de contacto: almudena.arroyo@sjd.edu.es

Abstract: Objective. To explore the discourses and opinions about the collective consumption of alcohol with a gender perspective in university students. Methodology. Qualitative descriptive study. Information was collected through discussion groups in Seville in February and March 2019. 32 first-year nursing students participated.

Cómo citar este artículo: Peraza Olano, A.M^a, Arroyo Rodríguez, A., & Hernández Zambrano, S.M. (2023). El consumo colectivo de alcohol en jóvenes: un estudio cualitativo con perspectiva de género. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(67). <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.22895>

Received:11/08/2023

Accepted: 12/10/2023.



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



For data analysis, the Taylor & Bogdan steps were followed and a matrix was used for the categorization process. Four groups were made, aged between 18-24 years. Results. The following categories were obtained: type and form of consumption, social roles and behaviors. Conclusions. Gender differences are reflected in the students' discourse, highlighting the dissimilarities in behavior between genders and the greater guilt suffered by women. The female gender is the most noted for exceeding the limits and the most vulnerable in nightlife. This suggests the need to generate interventions aimed at redefining the stereotypes of the patriarchal model associated with gender and alcohol consumption, in order to minimize risk behaviors in youth leisure.

Keywords: Alcohol drinking; Alcohol drinking in college; Gender perspective; Qualitative research

Resumen: Objetivo. Explorar los discursos y opiniones acerca del consumo colectivo de alcohol con perspectiva de género en jóvenes universitarios. Metodología. Estudio cualitativo descriptivo. La recogida de información se realizó mediante grupos de discusión en Sevilla en febrero y marzo de 2019. Participaron 32 estudiantes de enfermería de primer curso. Para el análisis de los datos se siguieron los pasos de Taylor & Bogdan y se utilizó una matriz para el proceso de categorización. Se hicieron cuatro grupos, de edad entre 18-24 años. Resultados. Se obtuvieron las siguientes categorías: tipología y forma de consumo, roles sociales y conductas. Conclusiones. Las diferencias de género quedan plasmadas en el discurso del alumnado, destacando las disimilitudes de conducta entre géneros y la mayor culpabilidad que sufren las mujeres. El género femenino es el más señalado al exceder los límites y el más vulnerable en el ocio nocturno. Esto sugiere la necesidad de generar intervenciones orientadas a resignificar los estereotipos del modelo patriarcal asociados al género y al consumo de alcohol, para minimizar conductas de riesgo en el ocio juvenil.

Palabras Clave: Consumo de alcohol en la universidad; Consumo de bebidas alcohólicas; Investigación cualitativa; Perspectiva de género

Resumo: Objetivo. Explorar os discursos e opiniões sobre o consumo coletivo de álcool com perspectiva de gênero em estudantes universitários. Metodologia. Estudo descritivo qualitativo. As informações foram coletadas por meio de grupos de discussão em Sevilha em fevereiro e março de 2019. Participaram 32 estudantes de enfermagem do primeiro ano. Para análise dos dados, seguiram-se os passos de Taylor & Bogdan e utilizou-se uma matriz para o processo de categorização. Foram constituídos quatro grupos, com idades compreendidas entre os 18 e os 24 anos. Resultados. Obtiveram-se as seguintes categorias: tipo e forma de consumo, papéis sociais e comportamentos. Conclusões. As diferenças de gênero se refletem no discurso dos alunos, destacando-se as diferenças de comportamento entre os gêneros e a maior culpa sofrida pelas mulheres. O gênero feminino é o mais destacado por ultrapassar os limites e o mais vulnerável na vida noturna. Isso sugere a necessidade de gerar intervenções que visem a redefinição dos estereótipos do modelo patriarcal associados ao gênero e ao consumo de álcool, a fim de minimizar comportamentos de risco no lazer juvenil.



Palavras Chave: Consumo de álcool na faculdade; Consumo de bebidas alcoólicas; Perspectiva de gênero; Pesquisa qualitativa.

INTRODUCCIÓN

El alcohol, es la sustancia psicoactiva más consumida en nuestro país y la más extendida entre la población de 15 a 64 años, según la Encuesta EDADES del 2019/2020. El grupo de jóvenes entre 15 y 24 años, es la población que más sufre al año intoxicaciones agudas, con una prevalencia del 38,3%; 2,3 mayor que en años anteriores. Para dicho tramo de edad la prevalencia por sexo es de 44,2% para el masculino y 32,1% para el femenino (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones [OEDA], 2020). Las intoxicaciones agudas suelen derivar de un consumo excesivo ocasional, definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “una sesión de beber en la que se consume al menos 60g de alcohol”, pudiendo denominarse también binge drinking en inglés (Anderson et al., 2008). El consumo por esta tipología en España ha aumentado de manera exponencial en las últimas décadas, alcanzando una prevalencia del 15,4%, se evidencia un leve aumento con respecto a la anterior encuesta EDADES de 2017. El grupo de población de 20-24 años participan más de dicha tipología de consumo que la población de 15-19 años (OEDA, 2020).

En España, el consumo excesivo episódico de alcohol se encuentra vinculado al acto del botellón, en los últimos 12 meses un 42% de jóvenes entre 15-24 años han participado en uno. Atendiendo al sexo la prevalencia de participación es de un 46,5% para los hombres y un 37,2% para las mujeres. Esta tipología de consumo y la práctica del botellón lleva consigo una disminución de la percepción de riesgo (OEDA, 2020).

Se identifica como patrón de riesgo, el consumo excesivo episódico de alcohol, y como población de riesgo, la de 15-24 años. Grupo de edad que en parte se encuentra cursando estudios universitarios. Por ello, otro componente a analizar es el universitario, diferentes estudios cifran el consumo



de alcohol de universitarios mayor que sus coetáneos que no van a la universidad. Se establece la necesidad de crear acciones de prevención para este segmento específico de población (Ponce-Martínez et al. 2016).

Atendiendo al sexo, independientemente de la edad y del tramo temporal, el consumo de alcohol se encuentra más extendido entre los hombres que entre las mujeres (OEDA, 2020; Sánchez Pardo et al., 2004). En el grupo de edad de 55 a 64 años se establecen las mayores diferencias de consumo en función del sexo. La mayor prevalencia de consumo la encontramos en el grupo de edad de 25 a 34 años para los hombres (86,1%), y para las mujeres en el grupo de edad de 15-24 años con un 76,7% (OEDA, 2020).

En la esfera social, la adolescencia es una etapa del desarrollo donde el individuo configura su identidad frente al grupo de pares, lo cual puede llevarle a adoptar modelos de comportamiento arriesgados, como el consumo de drogas lícitas e ilícitas. Por otra parte, el consumo excesivo de alcohol, hoy en día, es tolerado por la sociedad, incluso aprobado. En edades jóvenes, el binge drinking ha sido asociado con accidentes, suicidios, relaciones sexuales sin protección y uso de drogas ilícitas, al disminuir la percepción del riesgo, como hemos referido anteriormente. En relación con el género, se destaca como en otros estudios que existió mayor riesgo de consumo episódico excesivo en el sexo masculino, igualmente en relación con la edad de inicio, se observó mayor riesgo a menor edad de inicio de consumo de alcohol (Acosta et al., 2011). A pesar de esto, el consumo de alcohol ha dejado de ser patrimonio exclusivo de los hombres, por lo que ya hay autoras que reclaman una atención a las drogodependencias con perspectiva de género (Romo, 2012; Gómez Moya et al., 2010). Varones y mujeres consumen diferentes sustancias con intensidades y motivos distintos, por tanto, los roles asignados a los diferentes sexos se reflejan en los contextos de consumo. La desigualdad de género hace que las mujeres tengan dificultades añadidas: estigma social, necesidades específicas y vulnerabilidad. Las mujeres usan pocas "drogas ilegales" y las que las usan, son doblemente estigmatizadas al incumplir el rol que se espera de ellas. Las mujeres más



jóvenes, se acercan más al consumo de los varones en cuanto a drogas ilegales, pero conforme crecen adoptan sus tradicionales roles femeninos. El consumo de alcohol, considerada como droga legal, ha aumentado entre las mujeres, al dejar de ser marginal y estar más normalizado, lo que ha permitido su feminización (Romo, 2012).

Gómez et al. (2010), pionera en los estudios con perspectiva de género del consumo abusivo de alcohol, refiere que en fenómenos como el botellón se han igualado las conductas entre ambos géneros en lo que a consumo de alcohol se refiere, pero no en cuanto a los procesos sociales en los que se produce este consumo, ni siquiera las consecuencias de este. Como hemos referido anteriormente, el consumo diario y la cantidad de alcohol ingerido es mayor en los hombres. Hay un estudio de 2004 donde ya se refleja que en los grupos de edad más jóvenes la proporción de mujeres que bebe abusivamente supera a la de los hombres: entre las mujeres de 18 a 24 años un 31,5% bebió abusivamente de manera habitual a lo largo de los últimos 12 meses, frente a un 28,4% de hombres, y un 11,4% de las mismas bebió abusivamente de manera regular en el conjunto semanal en los últimos 30 días, frente al 10,3% de hombres (Sánchez Pardo et al., 2004).

Las mujeres, en especial las jóvenes, tienen una fuerte presencia en el consumo de alcohol de fin de semana. Esto es debido a la aceptación social del consumo de alcohol. En los trabajos realizados por Gómez et al. (2010) encontraron que las mujeres aprenden de las malas experiencias ya que no se las prepara en el seno familiar, al considerarse el consumo de alcohol inapropiado para ellas. Además, asocian el alcohol como parte de la vida social, haciéndolas más vulnerables frente a conductas de riesgo. Por tanto, habría que desterrar estereotipos como que las mujeres beben debido a una personalidad más débil, que las mujeres inician el consumo a edades mayores o inducidas por una desestabilización emocional e incluso que las mujeres tienen una menor tolerancia al alcohol. Esta percepción formaría parte del imaginario colectivo: por un lado, con poco alcohol deberían mostrarse afectadas y, por otro lado, si se emborrachan tampoco son toleradas. Sin embargo, el precio que se paga tiene que ver con el malestar físico y, en el caso de las mujeres, el sentimiento de culpa, vergüenza y el descrédito.



En esta misma línea, el estudio de García Carpintero et al. (2019), confirma que las chicas sufren una doble vulnerabilidad debido al género, en cuanto a la imagen social y a la seguridad física. Pero, la percepción del uso del alcohol como desinhibidor tiene un sesgo de género; mientras que normalmente el grupo no lo desaprueba en ellos, en ellas es censurado tanto por otras chicas como por los chicos, principalmente.

Aunque el interés por comprender los fenómenos sociosanitarios desde la perspectiva de género se ha potenciado en las últimas décadas, son escasos los estudios sobre el consumo de alcohol en jóvenes universitarios que se abordan desde esta perspectiva, por tanto, es necesario generar conocimiento en esta línea para que las intervenciones en salud integren la perspectiva de género, como dimensión fundamental para lograr cambios de comportamientos en salud que minimicen los riesgos asociados al consumo de alcohol. Por tanto, el objetivo general de este estudio fue explorar los discursos y opiniones acerca del consumo colectivo de alcohol con perspectiva de género en jóvenes universitarios.

MÉTODOS

Diseño

Estudio cualitativo de carácter descriptivo que pone énfasis en el análisis del discurso social. Este diseño permite analizar la perspectiva de género en el fenómeno de consumo colectivo de alcohol, desde el ángulo social y cultural, realizando una descripción de lo que ocurre en la realidad. El análisis del discurso ahonda en las relaciones del grupo y del fenómeno, mediante el estudio del texto construido por los individuos (Amezcuca & Gálvez Toro, 2002). Este estudio cuenta con la aprobación ética del Centro Universitario donde se recogieron los datos y el consentimiento informado de todos los participantes.

Población

Alumnado universitario de primer curso de grado en enfermería, ya que, por su edad, pertenecen a los principales partícipes de botellones. El



estudio se realizó en el Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios, adscrito a la Universidad de Sevilla, España.

Criterios de inclusión

Jóvenes universitarios menores de veinticinco años, cursando el primer año de enfermería, con capacidad, disponibilidad y voluntad para comunicarse libremente sobre la temática a tratar.

Muestra

En primer lugar, contactamos con el Centro Universitario vía electrónica, informándole del estudio y de los criterios de inclusión. La captación del alumnado se realizó por medio del profesorado del centro. La selección de los participantes fue por conveniencia con el fin de escoger a los “mejores” sujetos, que pudieran arrojar más información sobre la temática.

El contacto con el alumnado se realizó por medio del profesorado, utilizando las vías oficiales de la institución.

Recogida de datos

La recogida de información se realizó mediante la técnica de grupos de discusión. Dos miembros del equipo de investigación fueron las encargadas de realizar los grupos de discusión. La técnica nos ayuda a conocer la opinión de un determinado grupo social sobre una temática concreta, mediante el consenso y debate grupal (Amezcuca & Gálvez Toro, 2002). Los grupos de discusión se realizaron por medio de un guion semiestructurado (anexo 1) que exploró las diferencias de género asociadas al consumo colectivo de alcohol.

Los grupos de discusión fueron realizados en el Centro Universitario de San Juan de Dios, durante el mes de febrero de 2019. La duración de los grupos osciló entre 40 y 60 minutos. Se realizaron un total de cuatro grupos de discusión, alcanzando la saturación de los datos y dando por finalizada la fase de recogida de datos. Los cuatro grupos de discusión se realizaron sin interrupciones, y no hubo necesidad de repetir ninguno de ellos.



Los datos fueron grabados en audio previo consentimiento informado de los participantes, para garantizar el anonimato del alumnado durante la grabación, se asoció un número a cada participante. Cada alumno memorizó su número y durante la grabación emplearon dicho número y no sus nombres reales.

Análisis de datos

El análisis cualitativo siguió los tres momentos propuestos por Taylor & Bogdan (en Salgado, 2007): descubrimiento (buscar temas examinando todos los datos recogidos), codificación (unificación de todos los conceptos, ideas, proposiciones creadas en la etapa anterior) y relativización (relación de la información generada con su contexto). Fue realizado por los propios investigadores sin el empleo de software.

El equipo de investigación realizó el análisis cualitativo partiendo de categorías preestablecidas en el guion de temas explorados en los grupos de discusión, concordantes con las dimensiones del estudio, apoyándose en una matriz. Para el tercer momento, se empleó además la clasificación Hombers & Miles (en Amezcua & Gálvez Toro, 2002) para la reducción de datos por medio de la codificación, presentación de datos por medio de diagramas, y elaboración-verificación de las conclusiones. La información extraída no fue devuelta al alumnado. Sin embargo, la triangulación se realizó entre varias investigadoras y se garantizó la consistencia de los datos con los verbatim que sustentan las categorías.

Consideraciones éticas

Todos los que participaron en la investigación respetaron el anonimato de los informantes, se asignó a cada grupo de discusión un código y en los textos y fragmentos textuales fue retirado el nombre del informante. Cada grupo de discusión estuvo precedido del consentimiento informado escrito.



RESULTADOS

Participaron un total de 32 estudiantes (tabla 1), con una media de ocho alumnos por grupo. La mayoría de los participantes fueron mujeres (72,2%). El rango de edad del alumnado fue de 18 a 24 años. El grupo morado ostentó la menor media de edad con 18,96 años y el grupo azul la mayor con 20,03 años. (Tabla 1: Variables demográficas por grupo de discusión).

Tabla 1: Variables demográficas por grupo de discusión

GRUPOS DE DISCUSIÓN	EDAD MEDIA	MUJERES	HOMBRES	Nº PARTICIPANTES TOTALES
ROSA	19,42	6	3	9
MORADO	18,96	7	1	8
VERDE	19,70	6	1	7
AZUL	19,19	6	2	8

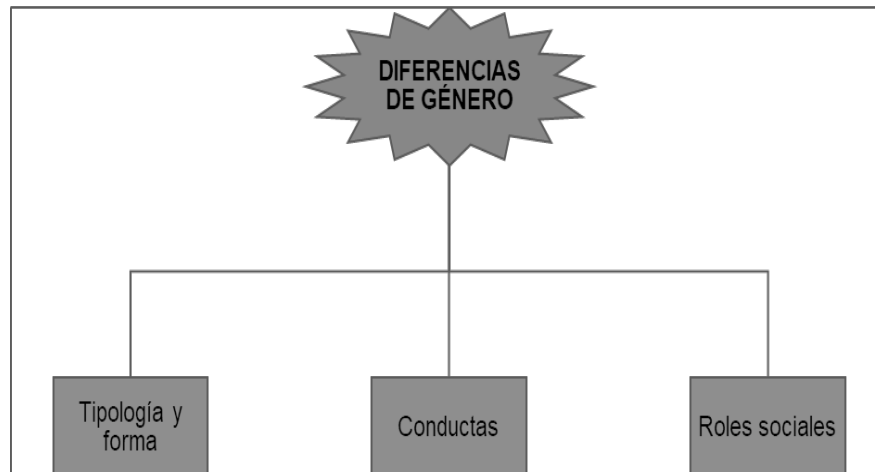
Fuente: Elaboración propia

Tras el abordaje de la temática de diferencias de género en el consumo de alcohol, el alumnado encuentra discrepancias en cuanto a la tipología y forma de consumo, conducta y roles esperados socialmente. En la figura 1 se ilustran las categorías emergentes evocadas por el discurso del alumnado.

Por tipología de consumo establecen menor cantidad de copas de media y menor frecuencia a las mujeres jóvenes. Por forma de consumo, mayor velocidad y normalmente bebidas de mayor graduación alcohólica para los hombres jóvenes. Aunque ciertos estudiantes creen que hay mujeres que consumen en tipología y en forma al nivel de los hombres, pero no lo identifican como la normalidad de consumición en ellas:



Figura 1: Red de categorías de diferencias de género



Fuente: Elaboración propia

“En mi entorno cuando hemos salido con grupos de chicos y chicas. Mis amigas han bebido menos, y en cambio mis amigos siempre han estado con la copa en la mano” (IND 4 GR).

“Yo he visto ambos casos, tanto mujeres que beben como beben los hombres, como al contrario” (IND 1 GR).

“Pero son menos. Yo por ejemplo en mi grupo de amigas somos diez y hay una o dos que pueden beberse ocho o diez cubatas y están como yo con dos cubatas, pero, yo por ejemplo, o mis amigos, se pueden beber ocho cubatas que para ellos es lo normal y en mi grupo de amigas de mujeres no es normal que eso se dé” (IND 4 GA).

Además, a los hombres jóvenes los relacionan con un mayor gasto de dinero, ya que vinculan la tipología de beber de los hombres con mayor consumo de alcohol dentro de los recintos de las discotecas:

“Yo cuando he podido observar diferencias entre niño y niña, los niños siempre son más de venga a pedir y pedir, si se gastan ya algo que ellos hayan comprado, pues ya tiran de barra, en plan para pedir otra y otra. Las mujeres nos cortamos más” (IND 7 GR).



Identifican una menor tolerancia al alcohol en el caso de las mujeres, ya que empiezan a presentar síntomas de embriaguez antes que sus congéneres masculinos; y refieren diferencias fisiológicas entre sexos que explican este grado de menor tolerancia para la mujer:

“Pues a mí personalmente me pasa eso que me bebo una copa de balón y estoy como si un amigo mío se bebiese seis copas, que estoy para acostarme e irme a mi casa” (IND 4 GA).

“Bueno, como hemos estudiado, por el tema de las enzimas, las mujeres tienen menos cantidad de las enzimas que metabolizan el alcohol. Eso a nivel metabólico” (IND 4 GV).

El discurso general del alumnado alude a diferencias de conducta entre géneros, otorgándole principalmente una actitud más agresiva a los hombres:

“Los hombres tienden más a la agresividad... no todos” (IND 7 GR).

Ciertos estudiantes creen que dichas diferencias de conducta no dependen del sexo o del género, sino del carácter individual de la persona, para ellos priman las diferencias individuales por encima de las diferencias de género. No obstante, una minoría considera que las diferencias de conducta se relacionan con el entorno en el que se encuentran. Es decir, para ellos la actuación del individuo depende de las personas que lo rodean, pudiendo actuar de diferente manera si se encuentran rodeados de congéneres femeninos que de masculinos:

“Por ejemplo, en mi pandilla nosotros somos dos o tres hombres y cerca de ocho o nueve mujeres y no tiene nada que ver. No, no es eso, no siempre es el hombre el agresivo” (IND 2 GF).

“Efectivamente, si estás en un grupo de hombres y estas bebiendo, normalmente sí se suele adoptar un carácter más agresivo. Por ejemplo, yo si salgo con mi grupo de amigas, yo bebo y a lo mejor no... no sé, yo no soy agresivo. Pero que no tengo la misma sensación que si bebo con mis amigos. Es como que tienes que estar más relajado a lo mejor o diferente, no sé” (IND 4 GF).

El alumnado es capaz de identificar diferentes roles (figura 2): determinados comportamientos que pueden estar bien vistos en un hombre, pero no

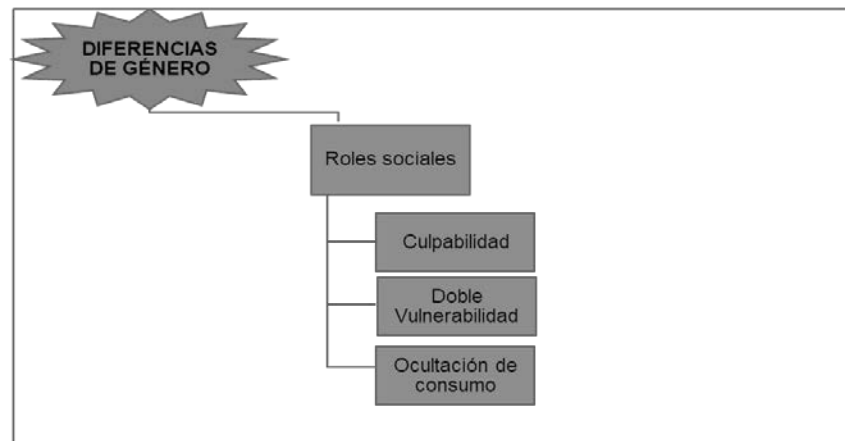


en una mujer y viceversa. En el caso del hombre se espera que realice consumiciones de mayor intensidad y frecuencia, hecho que no se espera de una mujer, y por lo tanto no se naturaliza. Además, consideran que la mujer actúa y consume de cierta manera porque es lo esperado, normalizando la actitud de descontrol en las jóvenes:

“Yo pienso que, sí que una mujer puede consumir más que un hombre, pero eso no quita el hecho de que esté peor o mejor visto. Decir que un hombre consume, si un hombre consume una cierta cantidad de alcohol, a que lo haga una mujer” (IND 2 GM).

“Pues está el hecho, de que lo típico que sí una chica bebe un montón se descontrola, pero eso es como que está asumido, que no es una cosa... ¿entiendes lo que te quiero decir? Incluso a lo mejor, a veces, se utiliza como excusa, es como que va dentro de un rol social [silencio]” (IND 2 GM).

Figura 2: Red de la categoría roles sociales



Fuente: Elaboración propia

En el caso de la mujer identifican una actitud de ocultación, afirmando que suelen ocultar su consumo de alcohol y conductas vinculadas al alcohol a su familia:



“Conozco muchos casos sobre todo del tipo femenino que tienen a sus padres engañados creyendo que no beben. Entonces eso va a repercutir muchísimo más, el no tener ni siquiera control de que tu hijo vaya a tener un modelo a seguir, que vaya por libre, por libre, por libre... al final creo que es eso, hay que darle visibilidad y naturalidad, y apoyar más que prohibir, porque es algo que va a ocurrir” (IND 7 GV).

Además, identifican un carácter de mayor culpabilidad para la mujer. Las acciones de la mujer se ven juzgadas con mayor dureza que la de los hombres. El alumnado considera que este hecho posee una raíz social, creen que realmente las mujeres se ven juzgadas con mayor dureza porque es lo aprendido socialmente:

“Sí, digamos que cuando un chico pierde el control nadie se lo echa en cara, pero si es verdad que cuando a una chica le pasa algo, entonces ya es culpa suya porque no se ha cuidado, o no ha sabido mantener el control con el alcohol” (IND 1 GM).

“Que, si es verdad que las mujeres al beber llaman más la atención que un hombre, porque se desinhiben, un hombre pues a lo mejor se desabrocha la camisa, pero la que va en vestido pues se la remanga y llama más la atención...” (IND 8 GM).

Se muestra una doble cara en cuanto al género femenino, por un lado, se culpabiliza, pero por otro se relaciona al género femenino con la vulnerabilidad. El alumnado asocia mayor riesgo para las mujeres en el ocio nocturno que para los hombres:

“También se puede aprovechar de ti, por ejemplo [...] una chica que ha bebido y vuelve sola a casa, y hay gente que se puede aprovechar de ella” (IND 4 GR).

“O acosar a una mujer, y eso una mujer borracha dudo yo, que se ponga a acosar de un hombre, pero vamos borracha o sin borracha” (IND 3 GM).

“Siempre supone un riesgo para el que va borracho, pero sobre todo más para las mujeres, parece” (IND 3 GR).



DISCUSIÓN

Los discursos del alumnado muestran como hallazgos principales: las diferencias en cuanto a consumo y conducta entre las y los jóvenes universitarios, mayor culpabilidad asociada a las jóvenes, mayor vulnerabilidad de las mujeres en estado de embriaguez, y la confusión o divagación en el discurso del alumnado cuando se tratan temas de género.

El estudio de Gómez et al. (2010), establece que las mujeres asumen conductas para las que no se ven preparadas desde el seno familiar. Idea respaldada por la menor frecuencia de consumo en el caso de las mujeres y el menor grado de tolerancia al alcohol, identificada por el alumnado. Así mismo consideran que la sociedad ha engendrado una nueva tipología de consumo femenina “las mujeres han salido a la luz pública imitando conductas masculinas”. Por su parte los alumnos identifican una mayor consumición en líneas generales para los jóvenes, pero también reconocen casos puntuales en los cuales hay mujeres que consumen más que los hombres, hecho que ratifica la idea mostrada por la autora y sus colaboradores.

En cuanto a las diferencias de conducta entre géneros, destaca la idea aportada por una minoría del alumnado, que establece un condicionamiento de esta por el entorno, lo que nos lleva a hablar de un comportamiento en torno a lo esperado y a la influencia entre iguales (Amezcuza & Palacios Ramírez, 2015; Guerrero-Aragón et al., 2021; Hernández Zambrano, 2016). Por tanto, según el discurso de nuestros jóvenes, ellos y ellas actúan según lo esperado, emitiendo una conducta u otra, dependiendo del ambiente, así un hombre rodeado de sus congéneres podría actuar de una manera más agresiva, hecho que quizás no se daría si socializan con individuos del otro género. Por otro lado, estas discrepancias de conducta y tipología de consumo podrían estar directamente vinculadas a los mandatos de género que moldean e influyen las acciones individuales de la población (Fundación Atenea, 2016).

Entonces, vemos como las mujeres consumen alcohol y participan de estos cánones históricamente masculinos para formar parte del mundo social (Gómez Moya et al., 2010; Fernández Rodríguez et al., 2020). El género femenino se encuentra en una encrucijada: por un lado, entienden una necesidad de participar en la vida pública, adoptando los roles de consumo esperados para su edad, pero a la vez sienten vergüenza por adoptar un rol que históricamente no ha pertenecido a la esfera femenina, lo que provoca,



además, un rechazo social por adentrarse en un rol que no es el suyo (Romo, 2012; Gómez Moya et al., 2010; Fernández Rodríguez et al., 2020). El hecho de esta responsabilidad e inversión de cánones, podría vislumbrar el carácter de culpabilidad que se asume en mayor medida por el género femenino. El alumnado expresa el cambio de rol, y así mismo los resentimientos que ello conlleva. De la misma manera identifican al género femenino como el más señalado cuando se sobrepasa o cuando sufre algún mal. Todo ello podría explicar la ocultación que llevan a cabo las jóvenes a sus familias sobre las prácticas que realizan con respecto a la bebida, en parte por vergüenza y en parte por miedo a ser señaladas.

En cuanto al hallazgo de la doble cara asociada a la mujer sobresale la incoherencia del género femenino por ser el más señalado y culpabilizado, pero a la vez el género más vulnerable. Estos resultados concuerdan con el estudio de García Carpintero et al. (2019), que refieren que el consumo excesivo de alcohol en mujeres las hace doblemente vulnerables frente al acoso sexual y la imagen que proyectan, mientras la conducta del que acosa está normalizada en el contexto de ocio nocturno. En este sentido, no se puede pasar por alto las referencias del alumnado a un mayor acoso del hombre hacia la mujer, un ejemplo de la “legitimidad de la que brinda la violencia contra la mujer en esta sociedad” (García Carpintero et al., 2019; Fundación Atenea, 2016).

En cuanto al último tema, establecer que al tratarse de alumnado de enfermería ya ha cursado una asignatura directamente vinculada al género, denominada “Género y Salud”, pero aun así encuentran dificultad para expresar sus opiniones respecto a la temática, lo que evidencia la necesidad de implantar formación de género en la Universidad como un elemento transversal (Arroyo Rodríguez, 2016). Así mismo, es importante una perspectiva interdisciplinaria en el abordaje del consumo de alcohol en jóvenes que integre el enfoque de género (Cáceres et al., 2020).

Finalmente, la limitación principal de este estudio se relaciona con la muestra estudiada. Sería interesante recrear el estudio en otras carreras sociales o sanitarias para poder contrastar y triangular los resultados obtenidos con este estudio, y arrojar mayor luz sobre la temática tratada.

Para concluir, las diferencias de género quedan plasmadas claramente en el discurso del alumnado, destacando las disimilitudes de conducta entre géneros y la mayor culpabilidad que sufren las mujeres. Las jóvenes se



muestran como las más señaladas al exceder los límites, además de identificarlas más vulnerables en el ocio nocturno. Estos hallazgos sugieren la necesidad de generar intervenciones orientadas a resignificar los estereotipos del modelo patriarcal asociados al género y el consumo de alcohol, para minimizar conductas de riesgo en contextos de ocio juvenil.



Anexo 1: Guion semiestructurado

- ¿Pensáis que el consumo de alcohol y las afectaciones se dan de manera diferente en hombres que en mujeres?
- ¿Afecta el consumo de alcohol de la misma manera a hombres y mujeres? ¿Qué diferencias hay?
- ¿Consumen de la misma forma hombres y mujeres? ¿Cómo se comporta cada uno?

BIBLIOGRAFÍA

Acosta L.D., Fernández A.R. & Pillon, S.C. (2011). Factores sociales para el uso de alcohol en adolescentes y jóvenes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19, 771-781.

Amezcuca, M., & Gálvez Toro A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev. Esp. Salud Pública*, 76, 423-436.

Amezcuca, M., & Palacios Ramírez J. (2015). *Riesgo Consentido*. 1º ed. Granada: Fundación Index. Col. Cuadernos Index.

Anderson, P., Gual A., & Colon J. (2008). *Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas*. 1º ed. Washington, D.C.: Biblioteca Sede OPS.

Arroyo Rodríguez, A. (2016). Nuevos profesionales de Enfermería con gafas de género. *Enfermería Comunitaria*, 12(1). <http://www.index-f.com/comunitaria/v12n1/ec11131.php>

Cáceres D., Cáceres, C., Colimil, F., & Ramírez, D. (2020). Análisis interdisciplinar con perspectiva de género del alcoholismo en mujeres. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 36(1), e1056.

Fernández Rodríguez, M.A., Dema Moreno, S. & Fontanil Gómez, Y. (2020). Género y políticas sobre drogas en España: avances y limitaciones. *Revista Española de Drogodependencias*, 45(1), 10-25.

Fundación Atenea (2016). Hombres, Mujeres y Drogodependencia. *Explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas*, 1,1. Recuperado de <https://fundacionatenea.org/sobre-la-necesidad-de-incluir-una-perspectiva-de-genero-hombres-y-mujeres-ante-el-consumo/>

García Carpintero M.A., Ruíz Repullo C., & Avilés N. (2019). Acoso sexual juvenil en los espacios de ocio nocturno: doble vulnerabilidad femenina. *Lectora: revista de dones i textualitat*, 25, 329-348.



Gómez Moya, J., Arnal Gómez A., Martínez Vilanova A.M., & Muñoz Rodríguez, D. (2010). Mujeres y uso de alcohol en las sociedades contemporáneas. *Revista Española de Drogodependencia*, 35, 273-282.

Guerrero-Aragón, S.C., García-Perdomo, Á. A., Hernández-Zambrano, S.M., & Castiblan-Montañez, R.A. (2020). Phenomenology of consumption of psychoactive substances in university students in Bogota. *Rev. cienc. ciudad*, 17(2), 53-64. Recuperado de <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/1870>

Hernández-Zambrano, S.M. (2016). *Líderes juveniles controlando riesgos ante el consumo colectivo de alcohol* [tesis doctoral, Universidad de Alicante]. Alicante: Repositorio Institucional de la Universidad de Alicante. Recuperado de <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/63015>

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2020). *Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES)*. Recuperado de <https://www.ine.es/dyngs/IOE/es/operacion.htm?numinv=54102>

Ponce-Martínez, D., Pillon, S.C., Ávila-Medina M.L., Cano-Fajardo L.E., Quevedo-Díaz M.M., & López-Guevera S.J. (2016). Creencias acerca de pros y contras y uso de alcohol en universitarios. *Parainfo Digital. Monográficos de Investigación en Salud*, 25. Recuperado de <http://www.index-f.com/para/n25/311.php>

Romo, N. (2012). Reflexiones sobre la inclusión de la perspectiva de género en el estudio de los nuevos usos de alcohol por las mujeres. *Monográfico jóvenes y alcohol: enfocando una realidad*, 78, 20-23.

Salgado, A. C. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13, 71-78. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272007000100009

Sánchez Pardo, L., Navarro Botella, J., & Valderrama Zurián, J.C. (2004). *Género, Alcohol y Cultura (GENACIS)*. 1º ed. Alicante: Sociedad Española de Toxicomanías.



Cultura kosher y judía estadounidense en “Indignación” de Philip Roth

Kosher and American-Jewish Culture in Philip Roth’s Indignation

Cultura kosher e judaica americana em “Indignação” de Philip Roth

Vasundhara^{1*}, Sarika Tyagi²

¹Pursuing Ph.D. in English in Vellore Institute of Technology, Vellore, India. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0362-8827>; Correo electrónico: vasundharasingh2042@gmail.com

²Associate Professor and Head, Department of English in Vellore Institute of Technology, Vellore, India. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5144-9981>; Correo electrónico: tyagisarika27@gmail.com

***Correspondencia:** Vellore Institute of Technology, Vellore, India. 632014
Correo electrónico de contacto: vasundharasingh2042@gmail.com

Cómo citar este artículo: Vasundhara., & Tyagi, S. (2023). Cultura kosher y judía estadounidense en “Indignación” de Philip Roth. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(67). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.20621>

Received: 12/08/2023
 Accepted: 23/10/2023.



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: Abstract: “Kosher” is a word used to illustrate the food laws of Jewish people. It’s a traditional Jewish law for food. For Jews, it’s more than food consumption with safety. It’s regarding religious beliefs and traditions. Jews follow proper guidelines of Kosher and give the compulsion to food to be reckoned Kosher. The English word “Kosher” is derived from the Hebrew root “Kasher”, which means to be pure, proper, or suitable for consumption. Kashrut is a charter that renders the foundation for kosher dietetic rule and is established inside ‘Torah’ which is a Jewish sacred book. Kosher dietetic rules are including all and produce a strict structure of rules and regulations which gives a sketch of foods allowed or prohibited. It also determines how foods allowed should be made, refined, and fixed before eating. The paper illustrates kosher law and food among American-Jewish people and their determination towards their religious beliefs in American land, which is not their motherland, with analysis from Philip Roth’s novel Indignation. This paper also ascertains Jewish culture into the outlook of American culture which ends with a cultural clash referring to historical consequences.

Keywords: Kosher; jewish; culture; america; law; religion



Resumen: "Kosher" es una palabra que se usa para ilustrar las leyes alimentarias del pueblo judío. Es una ley judía tradicional para la alimentación. Para los judíos, es más que consumir alimentos con seguridad. Se trata de creencias y tradiciones religiosas. Los judíos siguen las pautas adecuadas de Kosher y dan la compulsión a la comida para ser considerada Kosher. La palabra inglesa "Kosher" se deriva de la raíz hebrea "Kasher", que significa puro, apropiado o apto para el consumo. Kashrut es una carta que constituye la base de la regla dietética kosher y se establece dentro de la 'Torá', que es un libro sagrado judío. Las reglas dietéticas kosher incluyen a todos y producen una estructura estricta de reglas y regulaciones que dan un bosquejo de los alimentos permitidos o prohibidos. También determina cómo se deben preparar, refinar y arreglar los alimentos permitidos antes de comerlos. El documento ilustra la ley kosher y la comida entre los judíos estadounidenses y su determinación hacia sus creencias religiosas en la tierra estadounidense, que no es su patria, con un análisis de la novela Indignación de Philip Roth. Este artículo también inscribe la cultura judía en la perspectiva de la cultura estadounidense que termina con un choque cultural que se refiere a las consecuencias históricas.

Palabras clave: Kosher; judío; cultura; américa; derecho; religion

Resumo: "Kosher" é uma palavra usada para ilustrar as leis alimentares do povo judeu. É uma lei judaica tradicional para comida. Para os judeus, é mais do que consumir alimentos com segurança. É sobre crenças e tradições religiosas. Os judeus seguem as diretrizes adequadas de Kosher e dão a compulsão à comida de ser considerada Kosher. A palavra inglesa "Kosher" é derivada da raiz hebraica "Kasher", que significa ser puro, adequado ou adequado para consumo. Kashrut é uma carta que torna a base para a regra dietética kosher e é estabelecida dentro da 'Torá', que é um livro sagrado judaico. As regras dietéticas Kosher incluem tudo e produzem uma estrutura estrita de regras e regulamentos que dão um esboço dos alimentos permitidos ou proibidos. Também determina como os alimentos permitidos devem ser preparados, refinados e fixados antes de serem consumidos. O artigo ilustra a lei e a comida kosher entre os judeus americanos e sua determinação em relação às suas crenças religiosas na terra americana, que não é sua pátria, com análise do romance Indignation, de Philip Roth. Este artigo também averigua a cultura judaica na perspectiva da cultura americana que termina com um choque cultural referente às consequências históricas.

Palavras-chave: Kosher; judaico; cultura; américa; direito; religião



INTRODUCTION

Following their culture has always been the priority for Jews, it's connected to their identity and religion. Jewish law should be pursued rigorously and it's pure by origin because it has been derived from 'Torah' which is their holy book. Judaism is old more than 3000 years. Its root has made structure in the Middle East during Bronze Age. Judaism depicts the religion, outlook, practice, and means of livelihood of Jewish people. It gives light on the history and development of religion and how they must adapt everything according to religious faith and practice it. Judaism culturally traces no differentiation in its laws between religious and non-religious life. Jews do not separate religious, national, ethnological, or traditional identities. 'Halakha' is the joint figure of Jewish religious statutes borrowed from the Written and Oral Torah. Halakha supervises not only traditional practices and faiths but various conditions of everyday life. 'Halakha' is usually transcribed as "Jewish Law", transcribes might be "the way to behave" or "the way of walking". The word originates from the root that means "to behave". With respect to history, halakha served various Jewish communities thoroughly in both religious and non-religious approaches and it is a medium for sages to come onwards with their view. Sages point out the social system of holy Israel. Halakha represents Jewish mythic culture in the setting of the number of laws. It's a manifestation of unending trueness, equally developed by altering the ethnic realism or incomprehensibly because both are unchangeable and commutable (Neusner, 2002). Kosher butchering law is portrayed in the novel which is one of the important rules of Judaism, through the Messner family, Marcus Messner describes his family's kosher butchering history in American-Jewish background and; quotes, "My father's father, dead before I was born, had been a kosher butcher, as were my father's three brothers, Uncle Muzzy, Uncle Shecky, and Uncle Artie, each of whom had a shop like ours in different part of Newark" (Roth, 2010, p. 36).

RESULTS

Settlement of jews in america



Jews fled to the United States of America centuries back because of discrimination in their own land and for the opportunity of religious freedom. Immigration of Jewish-Americans is divided into three waves by historians: Spanish-Portuguese Jews, German Jews, and Russian Jews – based on which part of Europe they belong. Jews of Portuguese and Spanish roots are called the “Sephardic Jews”, who reached the United States in the mid-seventeenth century. The first-ever group of Sephardic settlers came to New Amsterdam in 1654 from Brazil. Later, audacious Sephardic and Ashkenazi merchants made a home in American colonies which includes Newport, New Amsterdam, Philadelphia, S.C., Charleston, and Ga (Zollman, 2011). Jews imagined the land of their dream and of desire and they migrated to a foreign land, and that was America, and established a community of Jews. After the establishment of Jews in America, the subject of Jewish-American culture came into existence. Jews occupied unique status in American society. In the history of America, Jews have always made a special position in all ways of society. The American society gave multicultural thought to the world by giving space to the immigrant of the entire corner. America is considered a multicultural society (Fludernik, 2003).

Colonial Synagogues of America followed Sephardic rites and directed each condition of Jewish religious life. Synagogue didn't attempt economic action. It diverged from the old world where all things were commercialized; Synagogues in Amsterdam, London, and in other places governed Jewish publications and penalized members for mistakes. Colonial synagogues divided Jewish and outside fields in American Jewish life. Colonial American Sephardic synagogues merged modern opinion of beauty with traditional Judaism by making congregations that were pure and wise. Synagogues made some rules for services and prayers to complete it with some decorousness. Colonial synagogue arranged places to sit for male and female members in the congregation. Well-known families were prioritized because they have paid money and as a result, they were getting good seats. The amalgamation of modern thought with Jewish tradition in American land made space for Jewish immigrants to make a new identity. Synagogue was the best place for Jewish people in America to know each other and to



get to know a new place where they were going to start a new life with their old tradition with the new aspect of society for their religious faith, which they wanted to carry in new land too (Zollman, 2011).

German Jews started settling in America in large numbers in the 1840s. Jews saw American land as their medicine which will cure the suffering of restrictions, economic struggle, oppression, etc which they were having in Germany; America became a land of economic strength and social equality for Jews. Around 250,000 German-speaking Jews arrived in America by the eruption of World War I. This large immigrant group spread out American Jewish places on the map by making themselves in smaller parts of cities and towns.

Eastern European Jews started coming to America in ample numbers after 1880. Forced to come out of Europe by too much population, oppressive rules, and poorness, they were forced towards America by the chance of money and social up-gradation. Between 1880 and 1924, more than two million Jews from different parts of the world migrated to America. They started engaging themselves in various fields to make their place in a new society and for earning money, as the Eastern Europeans were in bulk, the characteristic of American Jews changed.

Jews started settling in the wretched locality of main cities. Cities like New York, Philadelphia, Boston, Baltimore, and Chicago turned into Jewish people's locality by the twentieth century. The immigrants started working in factories of garments, cigars, food production, and building. Jewish workers made their union and started working together and made a voice of their own for their rights in the working place. As they started working in the garment factory in New York, it became the capital of fashion and Jewish food also became popular. They started contributing to American culture. Marcus Messner's mother says once to him, "we're not starting now. We are Americans" (Roth, 2010, p. 172). It depicts the contribution of a person to his/her society and the adoption of societal rules. American Jewish started flourishing in every field such as in drama, media, prose writing, etc. in the shape of Yiddish culture. Marcus Messner is willing to



change his profession unlike his kosher butcher father and wants to become a lawyer. He is one of the best examples of a contributor to American-Jewish society according to the demand of the society. He even quotes, “As a pre-law student majoring in political science, I was taking The Principles of American Government and American History to 1865” (Roth, 2010. p. 30).

The Eastern European Jews got with them positive myths rules that will determine American Jewry. Most workers braced socialism or communism for assuring equality in society. So, in such a way, they made a bond between American Jews and society for their settlement. They infused Orthodox Judaism with new thought and joy in a modern concept for maintaining their tradition and culture. In this era one more concept came into existence is cultural pluralism in America from minorities of Europe. Cultural Pluralism is a concept in which one ethnic group has an ethical right to live on their own condition between the larger societies by continuing their specific cultural inheritance (Haas, 2015). Cultural pluralists say that various ethnic groups have impoverished the American style of living as immigrants and natives of America have learned from other ethnic groups and have expanded their ideas on food, art, education, dress, music, and another prospect of life too. The protagonist of the novel, Marcus Messner, who is studying law is once told by his Dean, “On the basis of this interview, I think you are destined to be an outstanding lawyer.” (Roth, 2010, p. 105). He discards being a kosher butcher and adopts the profession of being a lawyer in the American society which is an outcome of being in a society of America (Cultural Pluralism).

Kosher butchering laws

The Kosher condition is a processing and investigation of the role of the specific kind of animal and its slaughtering method, and after slaughtering. The Torah (religious book of Jews in Hebrew) permits Jewish people to eat solely terrene mammals that have cloven hooves and chew their rechewed food, for example- cow, goats, sheep, etc (Hill, 2019). There are twenty-four species that are not allowed to eat particularly except that all poultries are allowed to eat by the Torah. Torah allows consumption of kosher meat and



fowl particularly if it's rightly slaughtered. The explanation of kosher slaughtering- shechitah (it's the practice of slaughtering animals permitted in the Jewish religion) is developed by rabbis' comments and conventional laws. Jewish traditional law prohibits consuming whatever animal is suffering from illness and disease even if it is slaughtered properly. After slaughtering inspector does an inspection for approving kosher and illness-free meat according to the rabbinical instructions given. In the novel also it is mentioned, "to buy kosher meat and chickens from a rabbinically certified shop whose owner was a member of the Federation of Kosher Butchers of New Jersey" (Roth, 2010, p. 03). According to Jewish law, two kosher butchers are supposed to perform slaughtering in presence of each other at a time so that they can check each other's knives and cattle's lungs. By doing this failure in kosher butchering becomes low. A Jew person must pass three-level examinations to be a kosher butcher. By slaughtering fowl, cattle, etc, they can pass the examination and get the license to be a professional butcher.

The removal of whole blood is called kashering, and should be completed within seventy-two hours of slaughter. In time the blood becomes excessively solidified to take out. In case kashering is not accomplished within seventy-two hours, the meat should be water-washed to prolong the time period for one more seventy-two hours; this procedure possibly can be reiterated one extra time if required. By salting leftover blood should be removed. Egg with any spot of blood is prohibited from consumption and is considered non-kosher. One more thing in the history of kosher meat is the cost of production, which is higher than non-kosher meat. In a long history, kosher fraud in the market is also highly recorded. To solve the problem of fraud Jewish institutions made some laws following their tradition. It helped the institution somehow to handle the fraud (Stern, 1990).

Utensils are also important to be in a kosher category, for also some rules are there. Utensils that are picked to eat food or cook food should come under kosher status. If meat is cooked in a utensil, the utensil becomes of meat. After this process, if the utensil is used for boiling the milk, then the status of the utensil becomes of forbidden concoction (Masoudi, 1993).



In ancient days rabbis were having the right to check the knife of tabach for its imperfectness before slaughtering the animal, which can fix whether it was kosher or not. Rabbis are allowed to give serious permission to butchers if they are refusing for inspection. It includes banning selling meat. Rabbis always want to make sure that butchers should be professional kosher butchers and Jew by religion. Same way, Marcus Messner's family's background is of a kosher butcher, his father is a kosher butcher, not a butcher because they are Jews; even in the college of his, dean mentions his profession and says, "It says here your father is a kosher butcher." (Roth, 2010, p. 91). Jewish people are the only ones whom rabbis can believe for being kosher butchers because they follow all the rules of the Torah. Torah is a religious book of Jews and according to it Jews follow entire activities of life and fulfill their livelihood (Lytton, 2013). Its significance in Jew's life is very important and it gives basic knowledge of communal life. One more point, it gives space in the Jewish community wherever Jews are settled in the world after settling in a heterogeneous society among mixed-race people. Being in mixed-race community Jews can follow their religion and this Torah is a basic Jewish background knowledge giver.

Marcus Messner, the protagonist of the novel discusses the scene of his father's kosher butcher shop and at the same, his role also in the shop, saying, "I'd scrape out the blood to keep the place kosher" (Roth, 2010, p. 07).

Novel's plot and analysis

Indignation is a story of Marcus Messner, is the son of a kosher butcher and is a college-going boy, who wants to break the chain of restraint of family. The story revolves around the father-son relationship, Marcus says, "And I loved my father, and he me, more than ever before in our lives." (Roth, 2010, p. 07). Marcus' father's over possessiveness towards Marcus has become suffocative for him, he says; "my father's surveillance had become insufferable." (Roth, 2010, p. 09). His father is always being afraid that his son will be killed in the war and he wanted that his son should also become a kosher butcher. Marcus left Newark after finishing his first year of college and took a transfer to Winesburg College a fictional liberal arts



school in Ohio. Marcus took this step because he realized pastoral life is less to be liberated in life. At the time of attending chapel sitting, Marcus being an atheist finds comfort in singing the Chinese anthem, learned in his school time, and the title of the novel comes from this song: “China’s masses have met the day of danger. “Indignation fills the hearts of all our countrymen, Arise! Arise! Arise!” (Roth, 2010, p. 82). Philip Roth has shown creativity in the novel and it’s his twenty-seventh masterpiece of fiction which is having a fully Jewish background, Marcus Messner’s Jewish descent comes into notice as mentioned by his dean, “I notice, though you are of Jewish extraction” (Roth, 2010, p. 92). The novel is set at the time of the Korean War of 1950-53 and its fear among people. It takes us to fear the past of war among people. Fear has doomed an individual’s life and his family. On the ground level novel takes a firm stand on past events’ chaoticness and harmful current existence bringing out the mode in which the past event of the post-war U.S.A. has been whatever though an unavoidable event. Marcus Messner is unable to fight the scary history of war and violence and the reality of life. As he is born and brought up in a kosher butcher’s family has seen blood spots everywhere and, on the battlefield, too where he has died. The storyline also reveals the restraints of social and cultural American society of the controlled middle century by portraying the historical spread out. Roth has attempted to show the consequences of war in American culture and through his characters in the novel alienation of contemporary American life after war. He has tried to depict the chain of past and present in a series of tales that exemplify the horrible history’s effect on an individual’s life, “but history will catch you in the end. Because history is not the background- history is the stage!” (Roth, 2010, p. 222). In the story, father-mother-son’s relation to each other is served to the readers and their inheritance of tradition and culture. Marcus’s father inherited Jewish culture and followed it fully being a kosher butcher and his mother followed American and Jewish tradition both, though Marcus wished for American equalitarianism and to be free. Family longed for the American dream. Marcus is a living example of the American Dream, his mother talks to him concerning upliftment of his position in society by means of knowledge, and says to him; “Markie, you are here to be a student and to study the Supreme Court



and to study Thomas Jefferson and to prepare to go to law school.” (Roth, 2010, p. 171). Marcus tried to break the chain of restrictions of his father and lost his life on the war field. This father-mother-son chain broke after Marcus’ death and with their chain of relationship, their American dream also broke.

Marcus Messner’s story of life in the novel revolves around history’s progression and restores the Chinese national anthem in every single narrative structure in the story, and the words of the anthem express combativeness.

Marcus shares a feeling of kinship with the Chinese national anthem, and he understood it at the time when Dean Caudwell called him to his office regarding the change of roommate request twice. On the other point, Marcus is too young to understand the consequences of his action and its end. He was transported to Korea on account of his wrong actions to die. He is intelligent but at last, loses his insight of action of incentive. After his arrival in Winesburg, he alienated himself from everyone even didn’t join the Jewish fraternity. Refused to be part of the baseball team thinking extracurricular activity will destroy his studies. His coordination with roommates is not so good; he fought with them because they were disturbing him at the time of his studies. One of his roommates (Flusser) Beethoven record he broke and after this incident, Marcus told Flusser that he will buy him a new one.

Flusser then mockingly told Marcus “Thank you so much. You really are a nice boy, Marcus. Irreproachable. Marcus the well-washed, neatly dressed boy. You do the right thing in the end, just like Mama Aurelius taught you” (Roth, 2010, p. 25). All the way through Marcus loses his calmness. With the next roommate, he fought and ended up in Dean Caudwell’s office with vomit during an argument being an atheist. Even he badmouthed Dean Caudwell. Roth provides a clear and distinct view at every bit that Marcus has an insufficiency of resources to be free from the restriction enforced on him historically and socially. As we can see clearly that



religious beliefs and cultures were imposed on him by his father and society, he tried to remove them but becomes unsuccessful. As in college also during his conversation with the dean, the dean keeps on focusing on his religious background; says, "I'd be curious to know why you didn't write down 'kosher,' Marcus." (Roth, 2010, p. 92).

Kosher butcher's life in america

Marcus' father's profession is as a kosher butcher, and he also use to work in his father's butcher shop. Post-war downfall in the number of families disturbed the economy and as a result, maintaining kosher food and eating kosher meat from the rabbis proved shop became difficult for people. Marcus' father's rabbinically certified shop is in trouble, World War Two disturbed his kosher butcher business. Jewish people started buying non-kosher meat after World War Two because of the low price. Being a kosher butcher in American society become trouble for Messner, following Jewish kosher culture became the reason for his downfall in business. In another land following Jewish culture became expensive for Messner. Even though, he wanted his son to be a kosher butcher in American society.

Marcus's involvement in the kosher butcher's profession became a nightmare being killed in Korean War and it made an image virtually of his childhood remembrance. Because of images of blood Marcus wants to fly to Ohio from New Jersey to pursue law at a college (Mckinley, 2014). He is longing to be an educated boy instead of a kosher butcher. Without knowing his future, he went to college out of his place and got killed on the battlefield, not listening to his father became expensive for Marcus. Father is always worried about his son's life, knowing the outside situation. He would have been always happy if his son would have chosen the family business because for him son's life is more important than being educated, says, "You are a boy with a magnificent future before you- how do I know you're not going to places where you can get yourself killed?". (Roth, 2010, p.03). Messner's father was also a kosher butcher, but Marcus never liked to be a kosher butcher. Marcus doesn't like the smell of blood, especially the smell of carcass subsequently it's slaughtered and before preparing it.



He is surrounded by too much blood since his childhood at the slaughterhouse, seeing the ritualized killing of animals according to kosher law. He doesn't long to fulfill his life by wearing an apron full of blood and passing over hands on it, even doesn't like to see father and mother full of blood after an hour opening of the shop, "a fresh apron always smeared with blood within an hour after the store opened." (Roth, 2010, p.35). His father never taught him to like the blood, taught him only about butchering. He has changed his clothes in college to begin a new life, brought new clothes to remove the image of a kosher butcher's son. Tried to make a new existence but in vain because on the same cloth, he vomited during the meeting with Dean Caudwell. In those clothes, while wearing his roommate punched him and his girlfriend Olivia blew him. It suggests changing clothes too didn't help to change the life which he has imagined. He went to college to become a student and study Supreme Court and compete in law school. To make a good reputation in society than other people of the family, never willing to be like his grandfather and father and cousins and part of a butcher shop for his entire life.

CONCLUSION

Roth has subtly represented everything in the novel and rather than that Marcus' failure in life is tragic. The failure of Marcus to hold his emotions time and again makes him defenceless to his historic minute. This is the point Marcus' father shared in between their fight which drove Marcus to leave the house. It is a warning of his father of the coming future, which is waiting for his son outside, an ill-fated future. Indignation is a book of "alternative history" of American-Jewish cultural conflict. Being a Jewish boy Marcus has failed to know and comprehend the nature of every side belonging to him. He is portrayed as a sufferer and merchandise both of his time because of his indignation. Indignation is a critic of American society of the late 1950s and religious conflict.

If Marcus would have attended the chapel forty times, he would have been alive. He didn't attend the prayer, so, is sent to war and killed over there. The novel revolves around the superpower of religion. Basically,



Marcus Messner strangled between Jewish culture (Kosher butcher) and American culture (Law student), and within it died searching for identity as a lawyer by discarding being a kosher butcher. Marcus' story depicts the American-Jewish culture and struggle of life in an American land of the character. American society gives hope of social upliftment, but the reality is something else as we can see the identity problem in American society in both phases of Marcus' life, the life of a kosher butcher and law student. The identity of a kosher butcher was unacceptable for Marcus Messner, and the identity of a lawyer which he tries to make for himself is unacceptable for the society of America. The role of history never leaves the person as the novel suggests an existence of a person is a recollection of the past. Indignation rightfully depicts the American culture and the consequences of post-war.

BIBLIOGRAPHY

- Aldama, F. L. (2011). Putting a Finger on That Hollow Emptiness in Roth's Indignation. *Philip Roth Studies*, 7(2), 205-217.
- Duban, J. (2011). Written, Unwritten, and Vastly Rewritten: Meyer Levin's In Search and Philip Roth's "Defender of the Faith." *The Plot Against America, and Indignation. Philip Roth Studies*, 7(1), 29-50.
- Duban, J. (2015). From Negative Identity to Existential Nothingness: Philip Roth and the Younger Jewish Intellectuals. *Partial Answers: Journal of Literature and The History of Ideas*, 13(1), 43-55.
- Fludernik, M. (Ed.) (2003). Diaspora and multiculturalism: Common traditions and new developments (Vol. 66). Rodopi. NY: Rodopi. Retrieved from <https://brill.com/display/title/28036>
- Grossman, S., & Haut, R. (1992). Daughters of the King: Women And the Synagogue (A Survey of History, Halakhah, and Contemporary Realities). NY: Jewish Publication Society.
- Haas, Michael. (2015). Cultural Pluralism. Immigration to the United States. NY: Print.
- Hill, A. (January 25, 2019). Kosher Food: Everything You Need to Know. Recuperado de <https://www.healthline.com/nutrition/what-is-kosher#bottom-line>.



- Jun-yu, L. I. (2010). Escaping, Rebellng and Being Destroyed: the Conflict of Father-Son in Indignation. *Journal of Heilongjiang College of Education*, (3), 53.
- Jun-yu, L. I. (2010). The Triangular Relationship in Philip Roth's Indignation. *Journal of Mudanjiang Normal University (Philosophy Social Sciences Edition)*, (2), 20.
- Kimmage, Micheal. (2012). In History's Grip: Philip Roth's Newark Trilogy. Stanford, California: Stanford University Press.
- Lirca, C. A. (2013). "To Be or Not To Be?"—On Philip Roth's Jewish-Americanness. *Studia Universitatis Petru Maior. Philologia*, (15), 162-166.
- Lytton, T. D. (2013). *Kosher*. Harvard: Harvard University Press.
- Masoudi, G. F. (1993). Kosher food regulation and the religion clauses of the first amendment. *The University of Chicago Law Review*, 60(2), 667-696.
- McKinley, M. (2014). Blood, tradition, and the distortion of ritual in Philip Roth's indignation. *Studies in American Jewish Literature (1981-)*, 33(2), 186-201.
- Mildorf, J., & Kinzel, T. (2016). Multisensory Imaginings: An Audionarratological Analysis of Philip Roth's Novel Indignation and its German Radio Play Adaptation Empörung. *CounterText*, 2(3), 307-321.
- Neusner, J. (2002). *The Halakhah: historical and religious perspectives*. Brill.
- Rosenberg, K.S. (2004). *Challenge and Change: History of the Jews in America*. Springfield, New Jersey: Behrman House, Inc.
- Roth, P. (2010). *Indignation*. Gyldendal A/S.
- Roth's, P. (2018). *After the Fall*. PHILIP ROTH STUDIES, 1.
- Rubin-Dorsky, J. (2001). Philip Roth and American Jewish Identity: The Question of Authenticity. *American Literary History*, 13(1), 79-107.
- Shternshis, A. (1923- 1939). *Soviet and Kosher: Jewish Popular Culture in the Soviet Union*. Indiana: Indiana University Press. Print. Retrieved from https://books.google.co.in/books?hl=en&lr=&id=voCm84JOZ9EC&oi=fnd&pg=PR9&dq=kosher+culture&ots=q8BgkoSr5B&sig=M9N02dLH396rkmikcrCP_KF_WOA&redir_esc=y#v=onepage&q=kosher%20culture&f=false.
- Stern, Marc D. (1990). Kosher Food and the Law. *Judaism New York*, 39(4). Retrieved from <https://search.proquest.com/openview/3a4474f3cdac9ef7d3e81191c992be93/1?pq-origsite=gscholar&cbl=6969>.
- Weinryb, B. D. (1957). Jewish Immigration and Accommodation to America: Research, Trends, Problems. *Publications of the American Jewish Historical Society*, 46(3), 366-403.



Cultura de los Cuidados. 3º Cuatrimestre 2023. Año XXVII. nº 67

Yu, P. (2014). Writing Historical Memories in Philip Roth's Indignation. *Contemporary Foreign Literature*, (4), 2.

Sarna, J., & Zollman, J. (2011). Jewish immigration to America: Three waves. My Jewish Learning. Retrieved from <https://www.myjewishlearning.com/article/jewish-immigration-to-america-three-waves/>



El lugar del racismo en la enfermería brasileña: una revisión integradora de la literatura

The place of racism in brazilian nursing: an integrative literature review

O lugar do racismo na enfermagem brasileira: uma revisão integrativa da literatura

Felipe Akira Miasato^{1*} & Desirré Mathias Pinheiro da Silva²

¹Doutorando em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professor Substituto de Saúde Mental na Universidade Federal Fluminense. Membro associado do Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1182-6807>; Correo electrónico. felipemiasato@gmail.com

²Doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Professora da Faculdade de Medicina de Petrópolis. Coordenadora da equipe técnica da Sala Lilás de Petrópolis/RJ. Orcid. <https://orcid.org/0000-0002-4008-2624>; Correo electrónico: desirre.mps@hotmail.com

Cómo citar este artículo: Miasato, F. A., & Silva, D. M. P. (2023). El lugar del racismo en la enfermería brasileña: una revisión integradora de la literatura. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(67). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.23111>

Received: 12/08/2023
Accepted: 23/10/2023.



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

***Correspondencia:** Endereço: Rua Buarque de Macedo, 70/502, Flamengo – Rio de Janeiro, RJ. CEP: 22220-030.

Correo electrónico de contacto: felipemiasato@gmail.com

Abstract: Objective: to know the Brazilian scientific production on racism in the nursing profession. Method: an integrative literature review was carried out in the following databases: Scientific Electronic Library Online, Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences, Portal Periodicals of the Commission for the Improvement of Higher Education Personnel and Google Scholar. The following descriptors were used: racism, nursing, nurses and nurses, with the Booleans AND and OR, and



without temporal demarcation. Results: 18 articles were selected in Portuguese, published between 1997 and 2018. Racism appears in the profession since its beginnings, in its training and in the professional market, being approached through a historical perspective, capable of pointing out the black woman as your main target. In recent years, there has been greater academic production on the subject, which has become a way of confronting racism. Final thoughts: academic production on racism in the nursing profession is scarce. There is a silence on the subject that makes it difficult to debate, as well as ways to face this type of violence in the profession. The theoretical-conceptual appropriation of the theme by nursing students and professionals is urgent so that it occupies a relevant place in the scientific literature.

Keywords: Racism; violence; nursing; nurses

Resumen: Objetivo: conocer la producción científica brasileña sobre el racismo en la profesión de enfermería. Método: se realizó una revisión integradora de literatura en las siguientes bases de datos: Scientific Electronic Library Online, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud, Portal de Revistas de la Comisión para el Perfeccionamiento del Personal de Educación Superior y Google Scholar. Se utilizaron los siguientes descriptores: racismo, enfermería, enfermeros y enfermeras, con los booleanos AND y OR, y sin demarcación temporal. Resultados: se seleccionaron 18 artículos en portugués, publicados entre 1997 y 2018. El racismo aparece en la profesión desde sus inicios, en su formación y en el mercado profesional, siendo abordado a través de una perspectiva histórica, capaz de señalar a la mujer negra como su principal objetivo. En los últimos años ha habido una mayor producción académica sobre el tema, que se ha convertido en una forma de enfrentar el racismo. Consideraciones finales: la producción académica sobre el racismo en la profesión de enfermería es escasa. Hay un silencio sobre el tema que dificulta el debate, así como las formas de enfrentar este tipo de violencia en la profesión. Urge la apropiación teórico-conceptual del tema por estudiantes y profesionales de enfermería para que ocupe un lugar relevante en la literatura científica.

Palabras clave: Racismo; violencia; enfermería; enfermeras y enfermeros.

Resumo: Objetivo: conhecer a produção científica brasileira sobre o racismo na profissão de enfermagem. Método: foi realizada uma revisão integrativa da literatura, nas seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Portal Periódicos da Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior e Google Acadêmico. Foram utilizados os seguintes des-



critores: racismo, enfermagem, enfermeiras e enfermeiros, com os boleanos AND e OR, e sem demarcação temporal. Resultados: foram selecionados 18 artigos em português, publicados entre os anos de 1997 e 2018. O racismo aparece na profissão desde seus primórdios, em sua formação e no mercado profissional, sendo abordado através de uma perspectiva histórica, capaz de apontar a mulher negra como seu principal alvo. Nos últimos anos, há maior produção acadêmica sobre o tema, que se torna uma forma de enfrentamento ao racismo. Considerações finais: é escassa a produção acadêmica sobre o racismo na profissão de enfermagem. Há um silêncio acerca do tema que dificulta seu debate, bem como formas de enfrentamento a este tipo de violência na profissão. É urgente o apropriação teórico-conceitual do tema por estudantes e profissionais de enfermagem para que este ocupe um lugar relevante na literatura científica.

Palavras-chave: Racismo; violência; enfermagem; enfermeiras e enfermeiros.

INTRODUÇÃO

A discussão sobre racismo contra pessoas negras envolve, necessariamente, os conceitos de raça e violência. Almeida (2018, p. 22) demonstra que raça “é um elemento essencialmente político, sem qualquer sentido fora do âmbito socioantropológico” e “é um fator político importante para naturalizar desigualdades e legitimar a segregação e o genocídio de grupos sociologicamente considerados minoritários” (Ibidem). A violência é um tema é complexo, multifacetado, histórico, encarado como atemporal e existente desde os primórdios da humanidade. Neste artigo, compreende-se a violência como estrutural: não se trata daquela violência corporal direta entre agente e vítima, mas de modos de funcionamento sociais em que certos grupos de pessoas são prejudicados, excluídos e impedidos de atingirem seus potenciais (Galtung, 1969).

Diversos autores e autoras debruçaram-se sobre os conceitos de raça e racismo, a fim de pensá-lo criticamente, como Kabengele Munanga, Achille Mbembe, Frantz Fanon, bell hooks, Toni Morrison, Lélia Gonzales, entre outros(as). Fanon (2008[1952]) afirma que, historicamente, o racismo procurou reduzir o colonizado a um ser inferior, habitante de uma zona de não-ser, porém com potencial para ser humano, se convertido e domesticado



pela educação e pelo trabalho – virtudes civilizadoras eurocêntricas. Assim, o racismo trata não apenas das violências físicas e letais praticadas contra pessoas negras, mas de sociabilidades que procuram, de forma velada, destituir a humanidade dessas pessoas. Este racismo se apresenta de várias formas na vida cotidiana. Kilomba (2019) analisou esses episódios, aparentemente triviais, e concluiu com a defesa da essência estrutural desta forma de violência.

No Brasil, Minayo (2007) demonstra que os níveis elevados de desigualdades sociais, raciais e de gênero representam uma das formas de violência mais contundentes e estruturantes, devido ao seu grau de enraizamento e de sua herança colonial escravocrata. Na sociedade brasileira, recorrentemente, o racismo se apresenta como “sem intenção, às vezes de brincadeira, mas sempre com consequências sobre os direitos e oportunidades de vida dos atingidos” (Guimarães, 1999, p. 67). Também apontado por Almeida (2018, p. 19), “o racismo à brasileira é zelosamente guardado, porque é sutil, engenhoso; a bem dizer, mascarado”.

Isto posto, pesquisadores (Santana et al., 2019; Werneck, 2016; Goes & Nascimento, 2013) apontam para a questão do racismo reproduzido e praticado nas instituições de saúde, entre pares de profissionais da saúde, entre usuários dos serviços, bem como na educação universitária na área da saúde. Contudo, nem sempre o campo da saúde e da ciência trabalharam em prol da diminuição das desigualdades raciais. Pelo contrário, a história brasileira permite verificar ações desses campos que buscaram criminalizar e patologizar o negro e a negra, erradicá-los da sociedade ou transformá-los, como visto nas teorias raciais e eugênicas do século XIX, que tinham como meta “melhorar a raça nacional” e a manutenção da supremacia branca (Gioppo, 1996).

Assim, objetiva-se, aqui, conhecer a produção científica brasileira sobre o racismo na profissão de enfermagem. Esta profissão corresponde a cerca 50% do total de trabalhadores da área da saúde no Brasil, e é considerada nuclear nos sistemas de saúde, presente em todas as estruturas organizaci-



onais de saúde do país, e em todos os municípios brasileiros (Silva & Machado, 2020). Segundo dados da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (Machado et al., 2015), são 1,4 milhões de técnicos e auxiliares de enfermagem, representando 77% dos trabalhadores de enfermagem, e 414 mil enfermeiros. Há predominância de 85% do sexo feminino na profissão. Outra informação importante diz respeito às características de cor ou raça: 58% dos enfermeiros são brancos, enquanto 57,5% dos técnicos e auxiliares são negros (pretos e pardos). A discrepância absoluta chama a atenção para a necessidade de estudos relativos à raça/etnia na profissão, visando desvelar e analisar as relações sociais produzidas na área.

METODOLOGIA

Este é um artigo de revisão integrativa, de abordagem qualitativa. É um método específico capaz de reunir e sintetizar prévios estudos teóricos e/ou empíricos, a fim de construir conhecimento aprofundado sobre determinado assunto, que permite a inclusão de estudos com métodos variados, determinando o conhecimento atual sobre a temática pesquisada (Broome, 2000). Seis etapas foram seguidas para sua construção (Mendes et al., 2008): 1) a elaboração da pergunta norteadora; 2) a busca na literatura e determinação da amostragem; 3) categorização dos estudos a partir da definição das informações a serem deles extraídas; 4) análise crítica dos estudos incluídos na revisão; 5) interpretação e discussão dos resultados, e 6) apresentação da revisão. Utilizou-se o protocolo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (Moher et al., 2009), com fluxograma apresentado na Figura 1.

As buscas ocorreram nos meses de julho e agosto de 2020, nas seguintes bases: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Portal Periódicos da Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (Portal de Periódicos CAPES) e Google Acadêmico. Na estratégia de busca, sem delimitação do período de publicação, foram utilizados os Descritores em Ciências



da Saúde (DeCS) “racismo”, “enfermagem” e “enfermeiras e enfermeiros”, e as palavras chave “discriminação racial”, “enfermeiros negros” e “enfermeiras negras” em diferentes combinações com os booleanos AND e OR.

Foram incluídos: 1) estudos originais brasileiros, disponíveis na íntegra em língua portuguesa, espanhola ou inglesa; 2) em livre acesso, cujos objetivos acordassem com a questão norteadora; 3) estudos nos quais o racismo e a profissão de enfermagem fossem abordados de forma diretamente relacionada, e 4) aqueles em que o objeto de pesquisa se referisse ao profissional de enfermagem negro(a), mas que apresentasse discussão acerca do racismo na profissão. Foram excluídas entrevistas, resenhas, resumos de trabalhos publicados em anais de congressos, e os estudos que abordassem e/ou discutissem sobre ações de enfermagem no enfrentamento ao racismo referente à população geral, sem que necessariamente abordassem o racismo dentro da própria profissão.

A pesquisa resultou em 133 publicações (SciELO: 7; Portal de Periódicos CAPES: 51; LILACS: 61; Google Acadêmico: 14). A primeira avaliação dos dados foi realizada através da leitura dos títulos, com posterior exclusão dos estudos duplicados. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, e posterior leitura dos resumos, trinta estudos foram selecionados; a partir da leitura criteriosa destes na íntegra, dezoito foram selecionados para a revisão (Figura 1).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram selecionados onze artigos publicados em revistas científicas, quatro dissertações, uma tese, uma monografia e um trabalho completo publicado em anais de congresso. Os estudos concentram-se nas áreas de Ciências da Saúde e de História. Nos meses de setembro e outubro de 2020, os estudos foram organizados e categorizados de



acordo com as informações a serem extraídas e analisadas, com posterior análise e discussão dos resultados. A apresentação sintetizada desses estudos encontra-se no Quadro 1.

Quadro 1: Distribuição dos estudos selecionados.

Autores	Título	Periódico	no
Jezuino, A. L.	Perfil social da população negra no Brasil: Implicações para a profissão enfermagem	Revista Brasileira de Enfermagem	997
Sena, A. R. M. F.	Aspectos étnicos na configuração da enfermagem moderna no Rio de Janeiro nos anos 20 e 30	Dissertação de Mestrado – Universidade Federal do Rio de Janeiro	999
Campos, P. F. S	Cultura dos cuidados: mulheres negras e formação da enfermagem profissional brasileira	Cultura de los cuidados	007
Santiago, E. S.; Oguisso, T.; Campos, P. F. S	Racismo e preconceito: depoimentos de enfermeiros afro-descendentes egressos da escola de enfermagem da Universidade de São Paulo	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental	010
Medeiros, R. M.	Com a Palavra a Mulher Negra – [a vez] e a voz de Enfermeiras Afro-Descendentes a respeito de suas Representatividades Discursivas: um fio condutor para uma nova abordagem educativa	Tese de Doutorado – Universidade do Vale do Rio dos Sinos	010
Bonini, B. B.	Ser enfermeiro negro na perspectiva da transculturalidade do cuidado	Dissertação de Mestrado – USP	010
Lima, B. S.	Mulheres negras e profissionais da Enfermagem; quando o invisível torna-se visível e dizível	Dissertação Mestrado - UNIFESP	011
Campos, P. F. S	Cuidadoras negras no Brasil	Acta Científica	012
Gonçalves, M. E. S.	A invisibilidade da mulher negra na enfermagem profissional brasileira	Revista Eletrônica Multidisciplinar Pindorama do IFBA	012
Campos, P. F. S	História social da enfermagem brasileira: afrodescendentes e formação profissional pós-1930	Revista de Enfermagem Referência	012



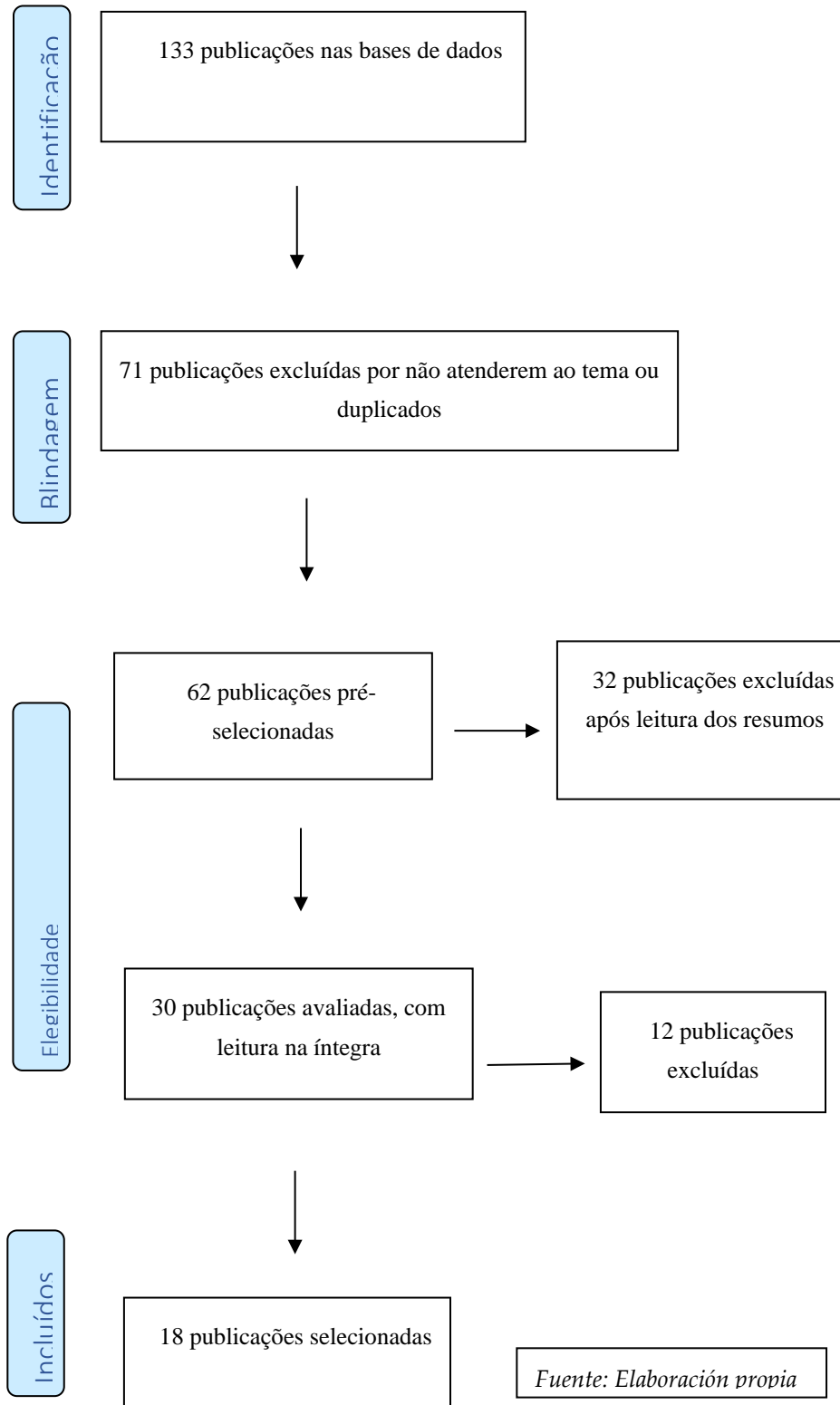
Cultura de los Cuidados. 3º Cuatrimestre 2023. Año XXVII. nº 67

Low, L.	Enfermeiras negras na Revolução Constitucionista de 1932	Dissertação de Mestrado - USP	013
Low, L. e Oguisso, T.	Mary Seacole e Maria Soldado: enfermeiras negras que fizeram história	Cultura de los cuidados	013
Pinheiro, C. W., et al.	O cuidado das amas-de-leite e o protagonismo do negro na história da enfermagem: uma luta por equidade	História da Enfermagem: Revista Eletrônica	015
Mendes, V. S.; Candida, C. S.; Ribeiro, R. L. R.	Racismo biológico e suas implicações no ensinar-cuidar a saúde da população negra	Revista da ABPN	015
Loureiro, P. R. A.; Moreira, T. B. S.; Nascimento Junior, A.	Discriminação Racial no Mercado de Enfermagem no Brasil Evidências a Partir de Estimativa de Dados em Painel	Revista Análise Economica	016
Campos, P. F. S.; Carrijo, A. R.	Ilustre inominada Lydia das Dôres Matta e enfermagem brasileira pós-1930	História, Ciências, Saúde - Manguinhos	018
Barbosa, L. R., et al.	A resistência das lideranças femininas negras no movimento estudantil frente a sociedade	X Congresso Brasileiro de Pesquisadores Negros	018
Nascimento Junior, C. B. O.	BLACK LADIES NURSES! SIM; Enfermeiras negras e a construção da identidade da Enfermagem no Brasil	Monografia Conclusão de Curso de – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia	018

Fuente: Elaboración propia



Figura 1. Fluxograma de seleção dos estudos, PRISMA, Rio de Janeiro (RJ), 2020.





A discussão dos resultados foi organizada em quatro blocos temáticos, categorizados a partir do conteúdo dos estudos, de acordo com informações qualitativamente relevantes ao objeto de pesquisa.

Bloco 1: Que racismo? Conceituações e abordagens teóricas

Há carência de conceituações teóricas do racismo em grande parte das pesquisas analisadas (Campos, 2012a; Campos, 2012b; Campos, 2015; Campos et al., 2007; Gonçalves, 2012; Jezuíno, 1997; Nascimento Junior, 2018; Pinheiro et al., 2015; Sena, 1999), visto que, por vezes, a discussão assume um caráter pré-concebido do conceito, utilizando-o de forma abrangente e confundindo-o como sinônimo de outros conceitos que se referem a outros processos e experiências como desigualdade, preconceito e discriminação.

Evidenciou-se que o racismo é caracterizado a partir de sua relação à herança colonial brasileira, onde seus primórdios são discutidos como consequência das teorias eugênicas e dos ideais de branqueamento populacional (Campos, 2012b; Goes & Nascimento, 2013; Gonçalves, 2012; Loureiro et al., 2016; Nascimento Junior, 2018; Pinheiro et al., 2015; Werneck, 2016). Todos os estudos selecionados resgataram a história do Brasil, especialmente do período da Primeira República, onde discorrem sobre a construção de representações sociais de pessoas negras como degeneradas, sujas e sem capacidade intelectual – o que conduziria a um racismo persistente na sociedade brasileira.

Por outro lado, autores e autoras (Barbosa et al., 2018; Bonini, 2010; Lima, 2011; Löw, 2013; Löw & Oguisso, 2013; Santiago & Campos, 2010) procuraram conceituar o racismo, ora por definições concisas dos dicionários de língua portuguesa, ora por autores relevantes na área como Albert Memmi e Kabengele Munanga.

Racismo biológico, estrutural e institucional também são alvos de discussões na literatura brasileira de enfermagem (Barbosa et al., 2018; Loureiro & Moreira, 2016; Lima, 2011; Medeiros, 2010; Mendes et al., 2015; Nascimento Junior, 2018). O racismo biológico parece relevante para o entendi-



mento de suas apresentações sutis na formação profissional de enfermagem, tanto em seus primórdios quanto na atualidade, considerando-o como uma das bases constitucionais da profissão (Mendes et al., 2015). Já as formas de racismo estrutural e institucional não aparecem conceituadas com aprofundamento. A apresentação do racismo enquanto uma forma de violência é observada em poucos estudos (Bonini, 2010; Lima, 2011; Medeiros, 2010), indicando a necessidade do aprofundamento dessas discussões teóricas no campo da enfermagem.

Bloco 2: Onde o racismo aparece?

O racismo é abordado qualitativamente, com perspectiva histórica, e é revelado através de sua própria história oficial, narrada de um ponto de vista hegemônico e branco. Há ênfase, nos estudos, sobre os acontecimentos referentes à estruturação profissional de enfermagem no Brasil (Campos, 2012a; Campos, 2012b; Campos et al., 2007; Nascimento Junior, 2018; Piniheiro et al., 2015). O esquecimento ou apagamento de enfermeiras e cuidadoras negras brasileiras da história da enfermagem aparece tanto pela ausência de discursividade relativas às enfermeiras negras na Revista Brasileira de Enfermagem (REBen), como observado por Medeiros (2010), quanto pela escassa produção relativa ao racismo na profissão, evidenciada por todos os autores e autoras incluídas nesta revisão. Ainda, autores verificaram a presença do discurso eugênico entre enfermeiras, bem como publicações deste tipo na REBen, através de documentos analisados por Gonçalves (2012) e por Mendes, Costa e Ribeiro (2013).

O racismo aparece menos velado quando se atenta ao modelo de enfermeira padrão trazido pela Missão (civilizadora) Parsons (Campos, 2012a; Campos, 2012b; Campos et al., 2007; Jezuino, 1997; Nascimento Junior, 2018). No bojo da enfermagem moderna, às mulheres negras e homens eram barrados o acesso à formação profissional. A imagem da enfermeira ideal, pautada na mulher branca, culta, de bons valores e costumes, era



oposta à imagem construída da população negra brasileira, nos anos 1920 (Campos, 2012a; Campos, 2012b; Gonçalves, 2012; Löw, 2013).

Autores (Campos, 2012a; Sena, 1999) discutem em detalhes os processos seletivos discriminatórios das primeiras escolas de enfermagem do país, ao recusarem candidatas negras, ou ao fazerem observações escritas em suas fichas de admissão com as palavras “black” (negra) ou “very dark” (muito escura), referindo-se à cor da pele das candidatas. Mesmo as primeiras acadêmicas negras de enfermagem, na Universidade de São Paulo, não foram poupadas: sofreram graves ataques racistas de suas veteranas e docentes. Porém, construíram importantes trajetórias na profissão, resgatadas por Campos (2018) como “ilustres inominadas”.

As atitudes racistas no âmbito acadêmico aparecem “à brasileira”, na forma de apelidos, brincadeiras, piadas, ou na recusa de estabelecimento de laços sociais (Santiago & Campos, 2010; Bonini, 2010). Aparecem também nas tentativas de apagamento, desqualificação e silenciamento de estudantes negras em cargos de liderança, como nos movimentos estudantis ou centros acadêmicos (Barbosa et al., 2018; Gonçalves, 2012). Tais ataques geralmente provém de colegas de classe e de docentes, como evidenciado por Bonini (2010). Mendes, Costa e Ribeiro (2015) expuseram o lugar ocupado pelos docentes em uma lógica epistemológica hegemônica e de estrutura racista, onde representam o negro como potenciais patogênicos a certos tipos de doença, sem o reconhecimento do racismo e suas consequências que influenciam nesse processo.

O racismo aparece no mercado profissional, cujo ingresso é vivenciado de forma temerosa por egressos negros, quando encontram dificuldades de contratação, especialmente em hospitais privados ou naqueles fundados por colônias imigrantes (Bonini, 2010; Lima, 2011). Entre 1992 e 2011, existiu significativa discriminação racial no mercado de trabalho em enfermagem no Brasil, em relação aos salários distribuídos (Loureiro et al., 2016). A situação piora ao ser considerado o contingente de trabalhadoras da enfermagem, majoritariamente mulheres negras, onde a diferença salarial é ainda



maior quando comparada aos homens brancos ou negros e às mulheres brancas (Goes & Nascimento, 2016).

Bloco 3: A enfermeira e cuidadora negra

O cuidado e a mulher negra brasileira têm estreita relação, desde o Brasil Colônia, seja na figura das amas-de-leite, babás ou mães pretas, que foram escondidas na história, e iluminadas com recentes pesquisas que buscaram novas lentes para enxergar o passado (Campos, 2012a; Campos, 2012b; Campos et al., 2007). A ideia representativa da mulher negra como forte, saudável, resistente, a colocou no lugar de trabalho manual que permanece nos tempos atuais, agora nos papéis da técnica e auxiliar de enfermagem (Oliveira & Kubiak, 2019; Campos, 2015). À estas mulheres, couberam significar o ser negra e ser enfermeira, desvelando, além do racismo, outras formas de violências, como a violência institucional, violência de gênero e a violência doméstica (Lima, 2015).

Biografias de enfermeiras negras, esquecidas no tempo e testemunhas do racismo, vieram à superfície a partir do reconhecimento de suas atuações na Revolução Constitucionalista de 1932, com atenção especial à Maria José Barroso, conhecida como Maria Soldado (Löw, 2013), às primeiras discentes da USP e suas trajetórias ímpares na enfermagem, como Lydia das Dores Matos, Josephina de Melo e Maria de Lourdes Almeida (Lima, 2011; Löw & Oguisso, 2013), bem como às contribuições de outras enfermeiras negras como Rosalda Nogueira Paim, Izabel Santos e Maria Stella de Azevedo Santos (Nascimento Junior, 2018).

A mulher negra foi colocada às margens da enfermagem através da narrativa oficial da história da profissão – que tratou de marginalizar, também, Mary Seacole, que atuou com Florence Nightingale na guerra da Crimeia em 1854 (Gonçalves, 2012; Löw e Oguisso, 2013).

Bloco 4: O enfrentamento do racismo

Os próprios estudos incluídos nesta revisão constituem-se como meios de enfrentamento ao racismo na profissão de enfermagem. Chama-se a <https://culturacuidados.ua.es>



atenção para as novas perspectivas históricas que permitem resgatar memórias e eventos até então omitidos. Essas pesquisas ocupam importante lugar neste campo, visto a possibilidade de desconstruir estereótipos e romper a cristalização padronizada de uma imagem ideal, fornecendo matéria prima para novas formas de pensar o ensino da profissão de enfermagem (Campos, 2012a; Lima, 2011; Mendes et al., 2015).

Se nas primeiras escolas brasileiras de enfermagem eram vetadas as candidatas negras, hoje encontram-se estudantes mobilizadas e organizadas em coletivos de enfrentamento ao racismo e às outras formas de violência, como na Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO): o Coletivo de Negritude Maria Soldado, o primeiro desta instituição (Barbosa et al. 2018).

O crescente enfrentamento na forma de pesquisas sobre o tema pode ser percebido ao longo dos anos, com especial contribuição advinda da Universidade de São Paulo, e do número relativamente alto de dissertações e teses, tornando visíveis as inquietações dos acadêmicos de enfermagem que contribuem com a produção de conhecimento sobre o tema na academia (Barbosa et al., 2018; Bonini, 2010; Lima, 2011; Löw, 2013; Medeiros, 2010; Nascimento Junior, 2018; Sena, 1999).

Ademais, é preciso reconhecer que o racismo na enfermagem é uma questão global, não restrita ao Brasil. Estudos internacionais (Beard & Julion, 2013; Hassouneh, 2013; Markey & Tilki, 2007; Puzan, 2003; Stibe & Ajayi, 2013) apontam que enfermeiros apresentam dificuldades em admitir a presença do racismo nas relações, bem como em lidar com essa violência no ambiente de trabalho ou de ensino, gerando profundo silêncio sobre o tema. Tal silêncio repercute no currículo acadêmico, no treinamento e prática profissional, que se voltam para uma branquitude da enfermagem (Puzan, 2003).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O inquietante silêncio da enfermagem brasileira sobre o tema parece colocar o racismo em um lugar quase irreconhecível na profissão. É urgente o



seu debate, e mostra-se promissora a nova geração de enfermeiras e enfermeiros que se utilizam de movimentos estudantis, monografias, dissertações e teses como meios de transformações e fundamentações teóricas no direcionamento da profissão aos diálogos que por tantos anos permaneceram em um lugar de silêncio.

As questões raciais discriminatórias estão presentes desde a estruturação da enfermagem no país, porém esquecidas ou ocultadas pela historiografia. Novas perspectivas históricas em diálogo com outros campos, como o das Ciências Sociais e Humanas, tornaram possível a construção de novas narrativas que levantaram críticas e reflexões acerca da enfermagem brasileira.

O racismo na enfermagem é um tema ainda pouco pesquisado no Brasil. Os estudos aqui revisados demonstram a constância do racismo na profissão, em suas diversas formas, onde o principal alvo é a mulher negra, invisibilizada nos discursos acadêmicos e sociais, sendo esta impactada simultaneamente pela opressão racial e de gênero.

REFERÊNCIAS

Almeida, S. (2018). *O que é racismo estrutural?* Belo Horizonte: Letramento.

Barbosa, L. R., Domingos, E. J., Magno, K. M. S., Oliveira, A. S., & Tavares, G. S. (outubro de 2018). A resistência das lideranças femininas negras no movimento estudantil frente a sociedade. *X Congresso Brasileiro de Pesquisadores Negros*, Uberlândia, Minas Gerais. Recuperado de https://www.copene2018.eventos.dype.com.br/resources/anais/8/1530408402_ARQUIVO_COPENETRABALHOFINALFINALSUPERFINAL2018.pdf

Beard, K. V., & Julion, W. A. (2016). Does race still matter in nursing? The narratives of African-American nursing faculty members. *Nurs Outlook*, 64(6), 583-96. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27432213/>

Bonini, B. B. (2010). *Ser enfermeiro negro na perspectiva da transculturalidade do cuidado*. (Dissertação de mestrado). São Paulo: Universidade de São Paulo.

Broome, M. E. (2000). Integrative literature reviews for the development of concepts. Em *Concept Development in Nursing* (pp. 231-250). Philadelphia: Saunders Company.

<https://culturacuidados.ua.es>



- Campos, P. F. S. (2012a). História social da enfermagem brasileira: afrodescendentes e formação profissional pós-1930. *Rev Enferm Ref*, III(6), 167-177. Recuperado de <https://scielo.pt/pdf/ref/vserIIIIn6/serIIIIn6a16.pdf>
- Campos, P. F. S. (2012b). Cuidadoras negras do brasil. *Acta científica*, 21(3), 11-20. Recuperado de <https://revistas.unasp.edu.br/actacientifica/article/view/63>
- Campos, P. F. S. (2015). As enfermeiras da Legião Negra: representações da enfermagem na revolução constitucionalista de 1932. *Faces de Eva*, 33, 53-65. Recuperado de <https://scielo.pt/pdf/eva/n33/n33a07.pdf>
- Campos, P. F. S. (2019). Ilustre inominada: Lydia das Dôres Matta e enfermagem brasileira pós-1930. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, 26(1), 165-185. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/DQDjy4pnBtPSkMf8KJ5WmRj/?lang=pt>
- Campos, P. F. S., Oguisso, T., & Freitas, G. F. (2007). Cultura dos cuidados: mulheres negras e formação da enfermagem profissional brasileira. *Cult los Cuid.*, 9(22), 33-9. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/6630/1/CC_22_05.pdf
- Damasceno, M. G., & Zanella, V. M. L. (2018). Saúde Mental e Racismo Contra Negros: Produção Bibliográfica Brasileira dos Últimos Quinze Anos. *Psicol Ciência e Profissão*, 38(3), 450-64. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/pcp/a/gPLSxD-cHDhDccZgpk3GNVG/?lang=pt>
- Fanon, F. (2008). *Pele negra, máscaras brancas*. Salvador: Editora da Universidade Federal da Bahia.
- Galtung, J. (1969). Violence, peace, and peace research. *Journal of Peace Research*, 6, 167-191. Recuperado de <https://www.jstor.org/stable/422690>
- Gioppo, C. (1996). Eugenia: a higiene como estratégia de segregação. *Educ. rev.*, 12, 167-180. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/er/a/rgvGSgcssyWZnf4zbCnHkSN/?lang=pt>
- Goes, E. F., & Nascimento, E. R. (2013). Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. *Saúde em Debate*, 37(99), 571-9. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/kw9SwJT5SHMYty6dhTYvsGg/abstract/?lang=pt>
- Gonçalves, M. (2012). A invisibilidade da mulher negra na enfermagem profissional brasileira. *Revista Pindorama*, 53(9), 1689-99. Recuperado de <https://publicacoes.ifba.edu.br/Pindorama/article/view/379>
- Guimarães, A. S. A. (1999). *Racismo e anti-racismo no Brasil*. São Paulo: Editora 34.
- Hassouneh, D. (2013). Unconscious racist bias: Barrier to a diverse nursing faculty. *J Nurs Educ*, 52(4), 183-4. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23550788/>



Heringer, R. (2002). Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. *Cad. Saúde Pública*, 18(suppl), 57-6. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/csp/a/sqxP3HJB58RwMKVHNPCdNyw/abstract/?lang=pt>

Jezuino, A. L. (199). Perfil social da população negra no Brasil: implicações para a profissão enfermagem. *Rev. bras. Enferm*, 50(4), 485-96. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/reben/a/bXgDhP4zRyQCHfVZrxPKsry/abstract/?lang=pt>

Kilomba, G. (2019). *Memórias da Plantação: Episódios de Racismo Cotidiano*. Rio de Janeiro: Cobogó.

Loureiro, P. R. A., Moreira, T. B. S., & Nascimento Júnior, A. (2016). Discriminação Racial No Mercado De Enfermagem No Brasil: Evidências a Partir De Estimativa De Dados Em Painel. *Análise Econômica*, 34(66), 173-92. Recuperado de <https://seer.ufrgs.br/index.php/AnaliseEconomica/article/view/51214>

Lima, B. S. (2011). *Mulheres negras e profissionais da Enfermagem; quando o invisível torna-se visível e dizível*. (Dissertação de mestrado) – São Paulo: Universidade Federal de São Paulo.

Löw, L. (2013). *Enfermeiras negras na revolução constitucionalista de 1932*. (Dissertação de mestrado). São Paulo: Universidade de São Paulo.

Löw, L., & Oguisso, T. (2013). Mary Seacole e Maria Soldado: Enfermeiras negras que fizeram história. *Cult los Cuid*, 18(38), 64-70. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/36985/1/Cult_Cuid_38_09.pdf

Machado, M. H. (2015). Relatório final da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. Rio de Janeiro: *NERHUS-DAPS-Ensp/Fiocruz e COFEN*. Recuperado de <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>

Markey, K., & Tilki, M. (2007). Racism in nursing education: a reflective journey. *Br J Nurs*, 16(7), 390-3. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17505358/>

Medeiros, R. M. (2010). *Com a palavra a mulher negra - [a vez] e a voz de enfermeiras afro-descendentes a respeito de suas representatividades discursivas: um fio condutor para uma nova abordagem educativa*. (Tese de doutorado). São Leopoldo, RS: Universidade Vale do Rio dos Sinos.

Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto – enferm*, 17(4), 758-64. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqN-jKJLkXQ/abstract/?lang=pt>

Mendes, V. S., Costa, C. S. & Ribeiro, R. L. R. (2015). Racismo biológico e suas implicações no ensinar-cuidar a saúde da população negra. *Revista da ABPN*, 7(16), 190-213. Recuperado de https://redib.org/Record/oai_articulo2209958-racismo-biol%C3%B3gico-e-suas-implic%C3%A7%C3%B5es-ensinar-cuidar-a-sa%C3%BAde-da-poula%C3%A7%C3%A3o-negra



- Minayo, M. C. S. (2006). *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Minayo, M. C. S. (2007). Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. Em *Impactos da Violência na Saúde* (pp. 21-42). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). The PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA Statement. *J Clin Epidemiol*, 62(10), 1006-12. Recuperado de <https://www.bmj.com/content/339/bmj.b2535>
- Nascimento Junior, C. B. O. (2018). *BLACK LADIES NURSES?! SIM: Enfermeiras negras e a construção da identidade da Enfermagem no Brasil*. (Monografia de Graduação). Bahia: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.
- Oguisso, T., Campos, P. F. S. & Moreira, A. (2011). Enfermagem pré-profissional no Brasil: questões e personagens. *Enferm em Foco*, 2(SUP), 68-72. Recuperado de <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/85>
- Oliveira, B. M. C., & Kubiak, F. (2019). Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. *Saúde debate*, 43(122), 939-48. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/VL3mkyvXRQbKMZKqVbb5mdd/?lang=pt>
- Pinheiro, C. W., Araújo, A. S., Vasconcelos, A. P. N., Freitas, D. J. N., Alencar, H. C. N., & Rolim, K. M. C. (2015). O cuidado das amas-de-leite e o protagonismo do negro na história da enfermagem: uma luta por equidade. *Hist enferm Rev eletronica*, 6(1), 124-34. Recuperado de http://here.abennacional.org.br/here/9_AR_01015_MM.pdf
- Puzan, E. (2003). The unbearable whiteness of being (in nursing). *Nurs Inq.*, 10(3), 193-200. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12940974/>
- Santana, R. A. R., Akerman, M., Faustino, D. M., Spiassi, A. L., & Guerriero, I. C. Z. (2019). A equidade racial e a educação das relações étnico-raciais nos cursos de Saúde. *Interface (Botucatu)*, 23, 1-15. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/icse/a/fcFjjTxbDtytgD9dXx-dVcJK/abstract/?lang=pt>
- Santiago, S., & Campos, P. F. S. (2010). Racismo E Preconceito: Depoimentos De Enfermeiros Afro-Descendentes Egressos Da Escola De Enfermagem Da Universidade De São Paulo. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online*, 2(4), 1303-12. Recuperado de <https://www.re-dalyc.org/pdf/5057/505750833005.pdf>
- Sena, A. R. M. F. (1999) *Aspectos étnicos na configuração da enfermagem moderna no Rio de Janeiro nos anos 20 e 30*. (Dissertação de mestrado). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro
- Silva, M. C. N., & Machado, M. H. (2020). Health and work system: Challenges for the nursing in Brazil. *Ciênc. saúde coletiva*, 25(1), 7-13. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/csc/a/wqFyYK4y49f8WZPmkvrvVsQ/abstract/?lang=en>



Cultura de los Cuidados. 3º Cuatrimestre 2023. Año XXVII. nº 67

Stone, T. E., & Ajayi, C. (2031). "There comes a time when silence is betrayal": Racism and nursing. *Nurs Health Sci.*, 15(4), 407-9. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24299033/>

Werneck, J. (2016). Racismo institucional e saúde da população negra. *Saude e Soc.*, 25(3), 535-49. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/sau-soc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/?format=pdf&lang=pt>



Análisis de la teoría de la diversidad y universalidad del cuidado cultural de Madeleine Leininger

Analysis of the Madeleine Leininger's theory of diversity and universality of cultural care

Análise da teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural de Madeleine Leininger

Bruno Neves da Silva^{1*}, Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira² & Erika Simone Galvão Pinto³

¹Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Enfermeiro assistencial da Prefeitura Municipal do Natal/RN, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9854-4492>; Correo electrónico: enfbneves@gmail.com

²Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, RN, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7255-960X>; Correo electrónico: analuisa_brandao@yahoo.com.br

³Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo. Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, RN, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0205-6633>; Correo electrónico: erikasgp@gmail.com

Correspondencia: Bruno Neves da Silva, Rua das Embarcações, nº 01, BL08, AP. 306. CEP: 59152-822, Parnamirim, RN, Brasil.

Correo electrónico de contacto: enfbneves@gmail.com

Cómo citar este artículo: Silva, B. N., Lira, A. L. B. C., & Pinto, E. S. G. (2023). Análisis de la teoría de la diversidad y universalidad del cuidado cultural de Madeleine Leininger. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(67). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.23001>

Received: 22/07/2023
Accepted: 18/09/2023.



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

Abstract: This study aimed to analyze Madeleine Leininger's Theory of Diversity and Universality of Cultural Care. It is a study of interpretive analysis based on the model of theory evaluation proposed by Johnson, carried out in the months of January and February 2022. It is confirmed that Leininger's theory has theoretical consistency and the ability to contribute to practical, scientific and nursing profession. The theory is presented as easy to understand, with accessible and clear language, and presents well-defined concepts that stimulate the formulation of propositions. It presents further variations and assumptions that contribute to the interpretation and understanding of the propositions, as well as theoretical knowledge that helps to explain and make predictions about two phenomena of



interest in the disease. To analyze it is possible to show Leininger's theory to theoretical consistency and to the capacity to contribute to nursing practice. The relevance of the application of nursing hairs in various contexts of care is highlighted for the scope of care that is culturally and consistently guided by the context and the needs of two individuals.

Keywords: Nursing Theory; transcultural nursing; culturally competent care; theory evaluation.

Resumen: Este estudio tuvo como objetivo analizar la Teoría de la Diversidad y Universalidad del Cuidado Cultural de Madeleine Leininger. Se trata de un estudio de análisis interpretativo basado en el modelo de evaluación de la teoría propuesto por Johnson, realizado en enero y febrero de 2022. Se constató que la teoría de Leininger tiene consistencia teórica y capacidad de contribuir a la práctica, la ciencia y la profesión de enfermería. La teoría es de fácil comprensión, con un lenguaje accesible y claro, y presenta conceptos bien definidos que estimulan la formulación de proposiciones. También presenta variables y supuestos que contribuyen a la interpretación y comprensión de proposiciones, así como conocimientos teóricos que ayudan a explicar y hacer predicciones sobre los fenómenos de interés para la enfermería. El análisis permitió evidenciar en la teoría de Leininger la consistencia teórica y la capacidad de contribuir a la práctica de enfermería. Se destaca la relevancia de la aplicación de los enfermeros en diferentes contextos de trabajo para lograr un cuidado guiado cultural y congruentemente con el contexto y las necesidades de los individuos.

Palabras clave: Teoría de Enfermería; enfermería transcultural; asistencia sanitaria culturalmente competente; análisis de teoría.

Resumo: Este estudo objetivou analisar a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger. Trata-se de um estudo de análise interpretativa baseado no modelo de avaliação de teorias proposto por Johnson, realizado nos meses de janeiro e fevereiro de 2022. Constatou-se que a teoria de Leininger possui consistência teórica e capacidade de contribuir para a prática, ciência e profissão de enfermagem. A teoria se apresenta de fácil compreensão, com linguagem acessível e clara, e apresenta conceitos bem delimitados que estimulam a formulação de proposições. Apresenta ainda variáveis e suposições que contribuem para a interpretação e compreensão das proposições, assim como conhecimento teórico que auxilia a explicar e fazer predições acerca dos fenômenos de interesse da enfermagem. A análise possibilitou evidenciar na teoria de Leininger a consistência teórica e a capacidade de contribuir para a prática de enfermagem. Destaca-se a relevância da aplicação da pelos enfermeiros em diversos contextos de atuação para o alcance de um cuidado culturalmente e congruentemente pautado no contexto e nas necessidades dos indivíduos.

Palavras-chave: Teoria de enfermagem; enfermagem transcultural; assistência à saúde culturalmente competente; análise de teoria.

<https://culturacuidados.ua.es>



Palavras-chave: Carga de trabalho; aderência ao tratamento; doença crônica; questionários; enfermagem.

INTRODUÇÃO

As teorias de enfermagem são consideradas explicações sistemáticas de um fenômeno ou evento que auxiliam a orientar a ação, em que os componentes e os conceitos são identificados, são propostos relacionamentos e realizadas previsões, fornecendo uma visão sistemática, proposital e hipotética dos fenômenos. A utilização da teoria proporciona organização e estrutura ao conhecimento de enfermagem, fornecendo um meio sistemático de coleta de dados para descrever, explicar e prever a prática, definindo e esclarecendo a enfermagem e a finalidade da sua prática (McEwen, 2016).

A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC), também conhecida como teoria do cuidado cultural, ou teoria transcultural, é uma teoria de enfermagem que foi desenvolvida por Madeleine Leininger durante seu estudo com o Povo Gadsup, nas Terras Altas Orientais de Papua Nova Guiné. A evolução da teoria pode ser traçada desde a dissertação inovadora de Leininger durante a década de 1970, que viu a publicação do seu primeiro texto de enfermagem transcultural: *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, and Practices*. Nesse volume, Leininger apresentou suas ideias iniciais acerca da teoria de enfermagem transcultural, incluindo suposições, definições e proposições, bem como outras teorias e estudos sobre enfermagem transcultural e fenômenos de cuidado (McFarland & Wehbe-Alamah, 2019). Na idealização da teoria, Leininger se concentrou em desvendar os significados culturais, valores, crenças e referentes simbólicos do cuidado às culturas designadas (Leininger, 2007).

Leininger utilizou construtos da antropologia para a formulação da TDUCC, assim como o conceito de cuidado, próprio da enfermagem, considerando que ambos se encontram implicados, dando origem a um todo irreduzível, o que representa uma orientação humanística da vida e do viver. Dessa forma, o cuidado é culturalmente constituído, e em cada cultura existem estruturas, formas, padrões e expressões próprias para conhecer,



explicar e predizer os padrões comportamentais relacionados ao continuum saúde-doença, o estado de bem-estar, e universos sociais e culturais nos quais ocorrem esses processos (Moura, Chamilco & Silva, 2005).

Na ótica de Leininger, a apropriação e consideração do conteúdo do conhecimento e da cultura dos sujeitos e grupos para a oferta de cuidados é essencial, visto que a diversidade cultural existente implica em diversas formas de pensar e praticar as ações de saúde, o que pode interferir na realidade do cuidado. Aprender a cultura da comunidade da qual cuida propicia a aproximação da enfermeira, estabelecendo vínculos e favorecendo a avaliação precisa das demandas de saúde. Nessa perspectiva, o cuidado transcultural deve ser capaz de prever a diversidade cultural, bem como as transformações demográficas e de mudanças pessoais, visto que a maioria das complicações de saúde das pessoas são de origem sociocultural (Almeida, Nascimento, Silva, Bello & Fontes, 2021).

A TDUCC representa um guia efetivo para a ação, decisão e avaliação do cuidado de enfermagem (Betioli, Neu, Meier, Wall & Lenardt, 2013). Nessa perspectiva, a teoria de Leininger contribui para os seus diversos âmbitos, seja para a prática do enfermeiro, seja para a pesquisa e avanço da construção do conhecimento. Logo, analisar sistematicamente essa teoria contribui para a sua aplicação e difusão, uma vez que a análise teórica destaca os limites e potencialidades de uma teoria. Outrossim, salienta-se que estudos analíticos sobre a teoria são escassos na literatura, destacando a relevância da análise ora realizada. O objetivo deste estudo, portanto, é analisar a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de análise interpretativa, baseado no modelo de avaliação de teorias proposto por Johnson (2015). Foi realizado nos meses de janeiro e fevereiro de 2022, a partir das reflexões e discussões propiciadas



durante a disciplina Ciência da Enfermagem na Atenção à Saúde, componente curricular obrigatório do curso de doutorado acadêmico do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil. A teoria elegida para avaliação foi a TDUCC de Madeleine Leininger, prolífica pesquisadora e estudiosa, e principal expoente da ideia de que cuidado é sinônimo de enfermagem (McEwen, 2016).

A TDUCC se constitui em uma teoria de médio alcance alta, na qual um dos princípios centrais consiste na importância de o enfermeiro compreender a visão de doença do sujeito (McEwen, 2016). Para Leininger (1988), o cuidado cultural propicia meios amplos e importantes para estudar, explicar e prever o conhecimento e a prática de enfermagem concomitante, e o intuito final de sua teoria é proporcionar práticas de cuidado de enfermagem culturalmente congruentes. As definições, suposições e explicações teóricas relacionadas ao cuidado cultural são apresentadas no modelo sunrise (sol nascente) para retratar os principais componentes da teoria.

O modelo de avaliação teórica elencado no estudo em tela auxilia na realização de julgamentos acerca do valor e da usabilidade de uma teoria, os quais demonstram como o conhecimento teórico é incorporado à prática de enfermagem, tratando-se de um modelo de avaliação baseado nos oito critérios subsequentes, conforme Johnson (2015): O significado da teoria é claro e compreensível; Os limites são consistentes com a prática de enfermagem; A linguagem é compreensível e inclui jargões mínimos; Os conceitos principais são identificados e definidos; Os conceitos estimulam a formulação de proposições; As variáveis e suposições auxiliam a interpretar e compreender as proposições; O conhecimento teórico auxilia a explicar e prever o fenômeno; A teoria influencia a prática de enfermagem.

A implementação do modelo de avaliação baseado em critérios é realizada em três fases, a primeira delas avalia a intenção da teoria em como ela é visualizada a partir do seu significado, limites e linguagem. A segunda fase focaliza nos principais conceitos e proposições, e a usabilidade da teoria na prática de enfermagem é examinada na terceira fase, a partir dos julgamentos realizados nas fases anteriores (Johnson, 2015).



A avaliação crítica de cada um dos critérios foi realizada de forma narrativa, a partir de idas e vindas à teoria e à literatura de enfermagem correlacionada, amparadas pelo aporte do modelo de avaliação, que indica alguns instrumentos no intuito de facilitar a análise, como escalas do tipo likert.

RESULTADOS

Critério 1: o significado da teoria é claro e compreensível

O objetivo da TDUCC tem sido utilizar os resultados dos estudos acerca do cuidado cultural para fornecer cuidados gerais e/ou específicos da cultura que seriam culturalmente congruentes, benéficos e seguros para pessoas de culturas diversas ou semelhantes, para sua saúde, bem-estar e recuperação, assim como para auxiliar os indivíduos a enfrentar incapacidades e a morte (McFarland & Wehbe-Alamah, 2006).

A teoria de Leininger apresenta-se compreensível, não sendo necessário ao leitor, ou ao enfermeiro que busque utilizá-la, habilidades aprofundadas sobre as teorias de enfermagem, e se apresenta de forma clara, com linguagem acessível. Isso pode ser observado tanto nos textos escritos pela teórica, quanto nos escritos derivados.

Johnson (2015) apresenta uma escala likert de cinco pontos para avaliação desse critério, considerando que quanto maior a pontuação, mais claro seria o significado da teoria. Ante ao exposto, atribuiu-se pontuação de cinco pontos à teoria ora avaliada.

Critério 2: Os limites são consistentes com a prática de enfermagem

Os limites a serem avaliados neste critério incluem o cenário onde ocorre o cuidado de enfermagem, os receptores desse cuidado, o papel da enfermagem no gerenciamento desse cuidado, e os acordos legais e informais que estabelecem responsabilidades de diversos profissionais de saúde (Johnson, 2015)



No que diz respeito ao cenário em que ocorre o cuidado, Leininger aponta que os princípios da sua teoria podem ser aplicados em diferentes localizações geográficas, em contextos culturais ocidentais ou não, em espaços que vão desde à comunidade até o hospital. Em relação aos receptores desse cuidado, ainda que inicialmente e experiência de Leininger tenha sido voltada para aspectos da saúde mental de crianças, sua teoria é capaz de sustentar o cuidado direcionado para o continuum saúde-doença seja de adultos, idosos, da família, grupos ou da comunidade, em situações agudas e crônicas e no âmbito da promoção da saúde e prevenção de doenças (McFarland & Wehbe-Alamah, 2006).

Quanto ao papel da enfermagem, a teoria sustenta a prática assistencial e gerencial, uma vez que direciona práticas de cuidados mais congruentes aos indivíduos. As contribuições para o papel de cientista e de educador do enfermeiro também podem ser destacadas, uma vez que no âmbito da pesquisa a teoria de Leininger contribui sobremaneira no estudo de populações tradicionais, por exemplo. Sobre o papel de educador, sabe-se que o enfermeiro é responsável por orientar diversos segmentos populacionais, o que pode ser melhorado se as orientações considerarem a cultura dos indivíduos, o que pode dar-se mediante o enfoque da teoria.

No que concerne aos limites existentes entre os profissionais de saúde, estes não foram visualizados, uma vez que as proposições da teoria e seus principais conceitos possuem uma estrutura interdisciplinar, visto que Leininger buscou bases na antropologia para desenvolvê-los.

Critério 3: A linguagem é compreensível e inclui jargões mínimos

Na avaliação deste critério, foram identificadas poucas palavras, expressões ou jargões estranhos ao vocabulário cotidiano. Expressões difíceis de serem traduzidas ou sem uma tradução literal correspondente no português não foram evidenciadas. Na escala para avaliação desse critério proposta por Johnson (2015), a teoria é compreensível mais do que 90%.

Efetivamente, alguns conceitos importantes para a teoria, e que são oriundos da antropologia, podem apresentar-se como de difícil compreensão.



Contudo, existe uma explicação clara por parte da teorista, tanto acerca da sua definição original, quanto da sua definição dentro do escopo da TDUCC.

Por exemplo, os construtos emic e etic, relacionados, na antropologia, com a maneira de adentrar-se e de estudar-se a cultura de uma sociedade, são apontados por Leininger como os conhecimentos, concepções e pontos de vista acerca de determinado fenômeno no âmbito local ou interior do grupo, quando se refere ao emic; e, quando se trata do etic, como as perspectivas de pessoas exteriores ao grupo, como os profissionais de saúde, ou o conhecimento institucional sobre o fenômeno em questão (McFarland & Wehbe-Alamah, 2006). No âmbito da teoria, esses construtos se relacionam ao propósito de descoberta de fenômenos de cuidado ético e êmico de base cultural que são significativos ou congruentes para as culturas e que influenciam os modos de vida das pessoas (Leininger, 2007).

Critério 4: Os conceitos principais são identificados e definidos

Na teoria transcultural os conceitos são claramente definidos, e cuidado, cuidar, cultura, cuidado cultural, diversidade e universalidade cultural do cuidado representam alguns dos conceitos que merecem ser destacados. O conceito de cuidado (que representa a tradução de care enquanto substantivo) se refere a fenômenos relacionados ao comportamento de assistência, apoio ou capacitação para outro indivíduo (ou grupo) com necessidades evidentes ou antecipadas de melhorar uma condição ou modo de vida (Leininger, 1988).

Quanto ao conceito de cuidar (que representa a tradução de care – caring enquanto verbo), está relacionado às ações diretamente voltadas para a auxiliar, apoiar ou capacitar outro indivíduo (ou grupo) com necessidades antecipadas para melhorar uma condição humana ou modo de vida. O conceito de cultura, por sua vez, refere-se às crenças, valores, normas práticas de vidas aprendidas, compartilhadas e transmitidas de um grupo particular, que orientam o pensamento, decisões e ações de maneiras padronizadas (Leininger, 1988).



O cuidado cultural, nessa perspectiva, relaciona-se a essas crenças, valores e expressões cognitivas conhecidas, que auxiliam, possibilitam ou apoiam que outro indivíduo ou grupo mantenha o bem-estar, melhore uma dada condição ou modo de vida, ou enfrente a morte e as incapacidades (Leininger, 1988). A teórica discute que o cuidado cultural é um construto integrado e sintetizado, e não dois conceitos separados, e que a teoria é holística e culturalmente baseada, incorporando amplas dimensões humanísticas sobre os indivíduos em seu contexto de vida cultural (Leininger, 2007).

Quanto à diversidade cultural do cuidado, trata-se da variabilidade de significados, padrões, valores ou símbolos de cuidado que são culturalmente derivados pelos seres humanos para seu bem-estar, ou para melhorar uma condição e/ou modo de vida, ou ainda para enfrentar a morte. No que concerne à universalidade cultural do cuidado, diz respeito a significados, padrões, valores ou símbolos de cuidado comuns, semelhantes ou uniformes que são culturalmente derivados pelos indivíduos para seu bem-estar, ou para melhorar uma condição e/ou modo de vida, ou para enfrentar a morte (Leininger, 1988).

No que concerne aos conceitos do metaparadigma da enfermagem, que são definidos em quatro, conforme Fawcett (2005): pessoa, ambiente, saúde e enfermagem, Leininger aponta uma crítica a essa definição, considerando-a muito limitada para revelar completamente a enfermagem, especialmente as ideias relacionadas à enfermagem transcultural, sobretudo, devido a definição não englobar o conceito cuidado, considerado como uma dimensão crucial para explicar e prever um fenômeno teórico, o qual deveria ser o conceito central para os paradigmas ou metaparadigma de enfermagem. Leininger também aponta como ilógica a utilização do conceito enfermagem para explicar a própria enfermagem, pois se constitui em uma contradição lógica e teórica utilizar o mesmo termo para prever ou explicar o mesmo fenômeno (Leininger, 1989).

Para mais, a teórica aponta que a pessoa, outro componente do, por si só, não seria suficiente para explicar a enfermagem, pois não leva em conta



grupos, famílias, instituições sociais, e culturas, estando a enfermagem preocupada não apenas com a pessoa como um conceito individual, mas inclui grupos, coletividades e instituições (Leininger, 1989).

Na teoria apresentada por Leininger, os conceitos são apresentados de forma clara, e podem ser facilmente compreendidos tanto nos escritos originais, quanto nas as interpretações que são observadas em fontes secundárias. Utilizando-se da escala de avaliação do critério 4 indicada por Johnson (2015), os conceitos da TDUCC possuem alta consistência tanto com a prática atual, quanto com a prática futura da enfermagem, uma vez que os conceitos tendem a continuar a serem empregados na construção do cuidado culturalmente congruente em diversos cenários de atuação.

Critério 5: Os conceitos estimulam a formulação de proposições

Diversas proposições podem ser traçadas a partir dos conceitos desenvolvidos por Leininger, cujo legado central foi articular o papel da cultura no cuidado desenvolvido pela enfermagem, entendendo-o como essencial para uma prática congruente às necessidades da clientela.

Na escala para avaliação do nível de dificuldade de formulação de proposições a partir dos conceitos proposta pelo modelo de Johnson (2015), esse critério obteve a maior pontuação (sete pontos), indicando que a formulação de proposições e as suas definições a partir dos conceitos foram “muito fáceis”. As proposições a seguir constituem-se em exemplos formulados a partir dos conceitos principais da teoria de Leininger (Leininger, 1988; Leininger, 1989; McFarland & Wehbe-Alamah, 2006):

- o O cuidado representa a essência da enfermagem;
- o A cultura é um constructo central a ser considerado no cuidado de enfermagem;
- o O cuidado culturalmente congruente é o cerne da TDUCC;



- Ainda que as culturas difiram entre os indivíduos, existem elementos universais recorrentes que sevem como guia para a enfermagem traçar e fornecer seus cuidados;
- O significado individual de saúde varia conforme a cultura dos indivíduos.

Critério 6: As variáveis e suposições auxiliam a interpretar e compreender as proposições

As variáveis representam conceitos observáveis e mensuráveis com capacidade de mudança (Johnson, 2015). Na TDUCC, pode-se identificar como variáveis fatores econômicos, culturais e de estrutura social e familiar, fatores político-legais, fatores educacionais, fatores religiosos e filosóficos, e fatores tecnológicos, que são apresentadas no modelo sunrise (representado na figura 1), e contribuem para o entendimento das proposições da teoria.

O modelo sunrise funciona como mapa cognitivo para descobrir fatores incorporados e múltiplos relacionados à teoria, princípios e suposições com o domínio específico de investigação em estudo, lembrando a pesquisadores que se ancoram na enfermagem transcultural de pesquisar amplamente diversos fatores que influenciam o cuidado dentro de qualquer cultura em estudo. O modelo descreve diversos fatores previstos para influenciar as expressões de cuidado cultural e seus significados (McFarland & Wehbe-Alamah, 2006).

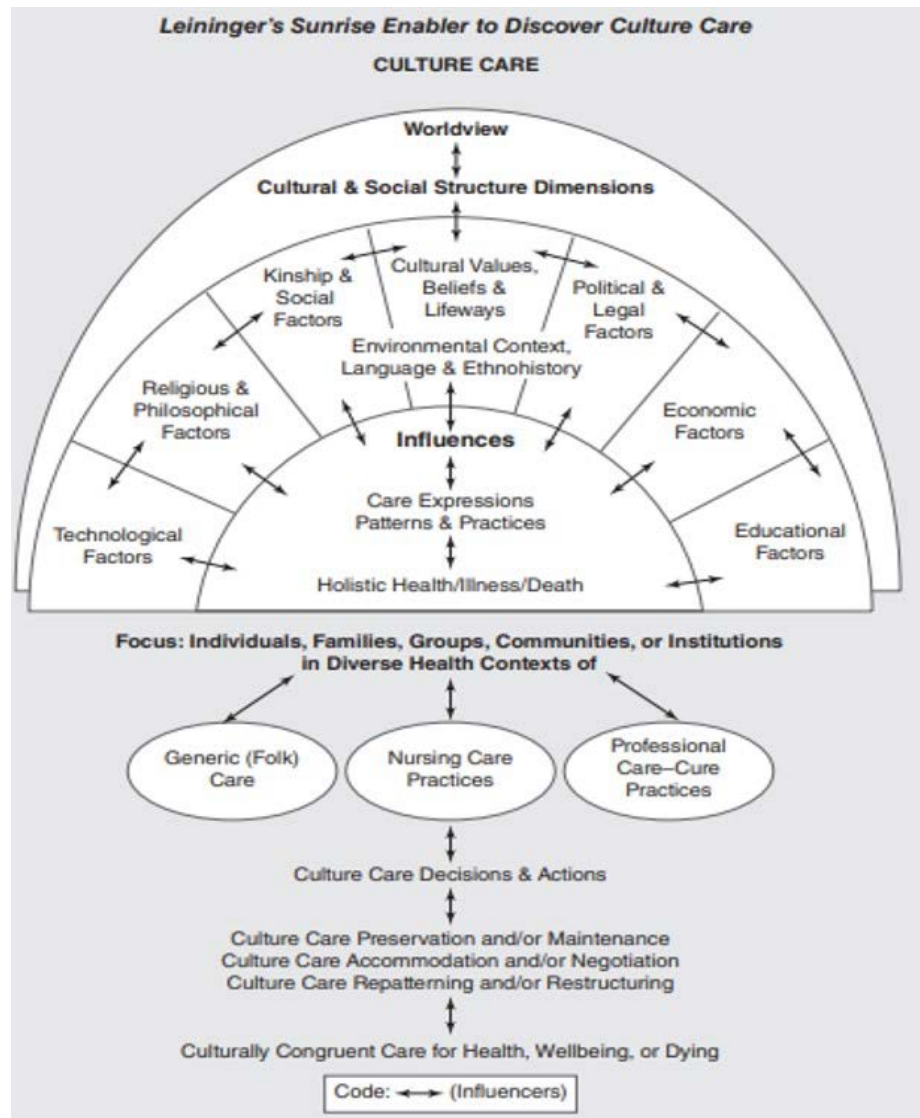
Tais fatores permitem compreender as proposições que influenciam diretamente nos principais conceitos da teoria. Por exemplo, o cuidado transcultural desenvolvido por uma enfermeira que atua em regiões rurais pode ser diretamente implicado tanto por fatores político-legais relacionados à infraestrutura dos serviços de saúde nos quais desempenha as suas atividades, quanto por fatores educacionais, religiosos e culturais, que podem interferir na adesão terapêutica dos indivíduos.

Destaca-se a consulta de enfermagem como um momento privilegiado para entender e mensurar essas variáveis, uma vez que prescinde da interação entre a



enfermeira e o sujeito que busca o cuidado. Exemplificando, fatores econômicos podem ser mensurados a partir da renda dos indivíduos, assim como pela sua inscrição em programas sociais. Fatores religiosos, por sua vez, podem ser analisados perguntando-se ao indivíduo como se dá a sua participação em atividades comunitárias religiosas, assim como pela frequência a qual participa de celebrações, por exemplo.

Figura 1. Modelo Sunrise da TDUCC. Natal, RN, 2022



Fonte: McFarland MR, Wehbe-Alamah HB, 2006



Crítério 7: O conhecimento teórico auxilia a explicar e predizer o fenômeno

Leininger fundamentou a teoria transcultural na sua vivência enquanto enfermeira, buscando, inclusive, aprofundar os estudos em antropologia para melhor aperfeiçoá-la. À luz da teoria de Leininger, é possível alcançar explicações e fazer predições sobre um fenômeno que se relacione com a competência cultural no processo de cuidar, de forma a transladar o conhecimento teórico.

No âmbito da teoria transcultural, a familiarização da enfermeira com a bagagem cultural do indivíduo oportuniza melhor entendimento e prediz como ele ou ela irá responder aos cuidados e às orientações fornecidas. Para Leininger, compreender o porquê das diferenças e semelhanças do cuidado entre culturas oferece poder explicativo para apoiar a enfermagem como disciplina acadêmica e profissão. O uso da teoria, por consequência, pode auxiliar a estabelecer a natureza, a essência, os significados, as expressões e as formas de cuidado humano – um corpo de conhecimento altamente único, confiável e significativo para a enfermagem (Leininger, 1991).

Para mais, a teoria de Leininger levou a teórica a desenvolver um método de pesquisa qualitativa: a etnoenfermagem, voltado para pesquisadores de enfermagem estudarem e promover avanços sobre os fenômenos de enfermagem a partir de uma perspectiva filosófica da ciência humana com a lente analítica qualitativa da cultura e do cuidado, que auxilia os pesquisadores a obter novos insights acerca do cuidado, da saúde e bem-estar (McFarland & Wehbe-Alamah, 2006).

Na escala de avaliação desse critério proposta por Johnson (2015), considerando as contribuições da TDUCC para o entendimento dos fenômenos relacionados à enfermagem, que frequentemente se depara com questões culturais relacionadas ao cuidado, considerou-se que a teoria “realmente faz a diferença”, sendo atribuída a nota máxima de cinco pontos na escala.

Crítério 8: A teoria influencia a prática de enfermagem



Na prática da enfermagem é evidente a importância do reconhecimento das diferenças e padrões de comportamento de indivíduos com concepções culturais diversificadas, assim como a necessidade de contemplar individualmente o aspecto cultural no cuidado (Moura, Chamilco & Silva, 2005).

Para Leininger, o campo da enfermagem transcultural abriu as portas para a descoberta de novas perspectivas acerca do cuidado humano, constituindo-se em uma área bem estabelecida de estudo formal para a prática de enfermagem, e desempenha um papel significativo auxiliando enfermeiros a ganhar a cooperação da sua clientela, e a entender seus modos de comportamento. A teorista prossegue afirmando que os enfermeiros passaram a saber como realizar avaliações de saúde culturais e holísticas, podendo fornecer cuidados culturalmente sensíveis e congruentes de forma habilitada (Leininger, 1989).

A teorista defendia uma previsão que a TDUCC seria reconhecida e utilizada ao passo que o mundo se torna mais fortemente multicultural, e as culturas demandam e exigem cuidados que se adequem aos seus valores, crenças e modos de vida, o que seria intensificado com a tendência mundial de globalização, que aumentaria os cuidados de base cultural (Leininger, 2007).

Para mais, utilizar diferentes crenças e valores culturais durante o cuidado do indivíduo conduz a práticas de enfermagem mais humanizadas e terapêuticas. A TDUCC expandiu grandemente o pensamento da enfermagem em considerar os valores culturais, estrutura social e outros fatores como influenciadores no cuidado e na saúde, proporcionando base epistemológica para o conhecimento de enfermagem, assim como para o conhecimento da enfermagem transcultural e práticas (Leininger, 1989). Atualmente, a TDUCC representa um guia para a pesquisa científica e translacional para a construção do conhecimento de enfermagem para a prática, pesquisa, educação, política e administração (McFarland & Wehbe-Alamah, 2019).



Na análise desse critério segundo o modelo em consideração proposto por Johnson (2015), uma das formas de observar mais nitidamente a influência teórica sobre a prática, é refletir sobre os efeitos da teoria na atuação profissional. Nessa perspectiva, no cuidado de enfermagem a populações rurais, por exemplo, observa-se que considerar as concepções que os sujeitos elaboram sobre saúde e doença e conectar esses conceitos ao conhecimento científico do profissional (utilizando as concepções da população como subsunções ou formas de ancoragem), melhora a adesão terapêutica a práticas promocionais de saúde. Quando utilizada a escala de avaliação proposta por Johnson (2015), a teoria obteve nota máxima, o que indica que a teoria faz uma diferença bastante surpreendente na prática da enfermagem.

DISCUSSÃO

Desde Florence Nightingale, diversas teorias vêm sendo desenvolvidas pela enfermagem, com o objetivo de aprimorar o cuidado e fortalecer a ciência e profissão. As teorias com abordagem cultural são uma especialidade da enfermagem, uma vez que objetivam desenvolver conhecimentos humanísticos e científicos que direcionem seus estudos na análise e comparação de diferentes culturas, no sentido de avaliar o comportamento dos sujeitos e desenvolver a competência de promover cuidados alicerçados em nuances específicas e universais (Grimaldi, Camargo, Conceição, Whitaker & Oliveira, 2021).

Cada cultura é única, possuindo características simbólicas que constituem a singularidade e a identidade de cada pessoa, possibilitando a elas uma rede de relações sociais para que as comunidades possam ser compreendidas mediante as suas individualidades. Constitui-se em um conceito básico na antropologia, contudo, também utilizado no âmbito dos profissionais de saúde como conceito instrumental, designado pela presença de atores sociais que demandam cuidados provenientes de diferentes classes sociais, regiões, grupos étnicos, dentre outros (Schek, Ianiski, Rzigoski, Vontroba & Mix. 2019).



Nessa perspectiva, ainda que o cuidado represente a base da profissão, e que a prática seja fundamentada no cuidado humano, é incoerente e inaceitável a sua realização de forma puramente técnica e mecanicista, devendo-se considerar a individualidade de cada pessoa, seus princípios, crenças, valores, opiniões e sentimentos, encarando holisticamente o ser humano e promovendo uma prática solidária e humana. O cuidado deve ser desenvolvido na perspectiva ontológica de sua existência, sendo que para tanto, deve-se realizar uma análise crítica e uma reflexão socioantropológica acerca das condutas adotadas em diferentes culturas, com vistas a proporcionar uma promoção da saúde respeitosa e adequada, atuando de maneira eficaz perante o continuum saúde-doença, que é permeado pelas necessidades específicas de cada indivíduo (Grimaldi et al., 2021).

A teoria de Leininger, sob essa ótica, aponta pressupostos que fundamentam a sua previsão de que culturas distintas percebem e praticam o cuidado de formas distintas, ainda que existam alguns elementos comuns em relação ao cuidado em todas as culturas existentes. A teórica organiza, dessa forma, um conjunto de interrelações de hipóteses e conceitos que respeitam as crenças, valores e comportamentos de indivíduos e grupos na promoção do cuidado, reconhecendo, dessa forma, os aspectos culturais das necessidades humanas, e considerando as especificidades provenientes do modo de vida de cada pessoa (Moura, Chamilco & Silva, 2005).

A TDUCC orienta enfermeiros e outros profissionais de saúde a explicar os significados do cuidado, de modo que crenças, valores e modos de vida do cuidado cultural possam servir como bases precisas e confiáveis para a tomada de decisões culturalmente específicas coparticipativas entre o enfermeiro e sua clientela. Constitui-se ainda em uma maneira de identificar traços de cuidados universais ou comuns, e destaca que os enfermeiros não podem separar visões de mundo, fatores de estrutura social e crenças ou práticas culturais de saúde, bem-estar, doença ou cuidado ao trabalhar com culturas, porque esses fatores estão intimamente ligados e interrelacionados (McFarland, Wehbe-Alamah, 2019).



Estudios têm mostrado diversas contribuições da aplicação da TDUCC para a prática de enfermagem em diferentes em variados contextos, como no cuidado a idosos fragilizados e ao seu familiar cuidador (Silva, Gonçalves & Lemos, 2000), a indivíduos acamados e seus familiares (Gandolfi, Siega, Rostirolla, Kleba & Colliselli, 2016), no aleitamento materno em comunidades quilombolas (Martins et al., 2020), e a populações amazônicas tradicionais (Silva et al., 2019), por exemplo.

No âmbito acadêmico, outros estudos diversos têm mostrado as potencialidades da TDUCC. Alves et al. (2021), em estudo realizado no banco de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) do Brasil, com o intuito de caracterizar a produção científica que utiliza teorias de enfermagem a partir de teses realizadas por enfermeiros no Brasil, identificaram que entre o período de 2011 a 2019, a teoria de Leininger foi a mais utilizada. Outros diversos estudos destacam as potencialidades da TDUCC para a compreensão de fenômenos de interesse para a enfermagem (Ayaz & Sherman, 2022; Betancurth-Loaiza, Alarcón, Palacio, Orozco-Castillo & Giraldo-Osorio, 2021; Carvalho, Rocha & Rocha, 2015; 2021; Nascimento, Morais, Amorim & Santos, 2020), o que destaca que a teoria de Leininger representa um dos referenciais teóricos específicos da própria enfermagem que mais vem sendo utilizado pelos pesquisadores, constituindo-se de uma forma de aproximação aos significados dos cuidados em culturas diversas na atual sociedade multicultural (Lenardt et al., 2021; Schaurich & Crossetti, 2010).

Quanto às limitações do presente estudo, ressalta-se que a análise efetuada pode ser afetada pelo caráter subjetivo do avaliador, o que foi mitigado a partir do obedecimento criterioso do modelo de avaliação baseado em critérios adotado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da TDUCC permitiu evidenciar a sua consistência teórica e capacidade de contribuir para a prática de enfermagem, sendo inclusive



considerada uma teoria de fácil compreensão, com linguagem clara e conceitos bem delimitados que estimulam a formulação de proposições. Outrossim, destaca-se a relevância da sua aplicação pelos enfermeiros em diversos contextos de atuação, contribuindo para a enfermagem enquanto ciência, disciplina e profissão.

Recomenda-se a realização de novos estudos com ênfase na avaliação da TDUCC com base em outros referenciais além do de Johnson, para explicitar ainda mais todos os aspectos da teoria a partir de diferentes lentes analíticas.

REFERÊNCIAS

- Almeida, G. M. F., Nascimento, T. F., Silva, R. P. L., Bello, M. P., & Fontes, C. M. B. (2021). Theoretical reflections of Leininger's cross-cultural care in the context of Covid-19. *Rev. Gaúcha Enferm*, 42(spe), e20200209. doi: 10.1590/1983-1447.2021.20200209.
- Alves, H.L.C., Lima, G.S., Albuquerque, G.A., Gomes, E.B., Cavalcante, E.G.R., & Viana, M.C.A. (2021). Uso das teorias de enfermagem nas teses brasileiras: estudo bibliométrico. *Cogitare enferm*. (26), e71743. doi: 10.5380/ce.v26i0.71743.
- Ayaz, N. P., & Sherman, D. W. (2022). Understanding Attitudes, Social Norms, and Behaviors of a Cohort of Post-Operative Nurses Related to Pain and Pain Management. *Healthcare (Basel)*, 4;10(5), 844. doi: 10.3390/healthcare10050844.
- Betancurth-Loaiza, D.P., Alarcón, A.M.M., Palacio, N.S., Orozco-Castillo, L., & Giraldo-Osorio, A. (2021). Enfermería en atención primaria: plan de decisiones y acciones basado en la transculturalidad. *Av.Enferm.*, 39(3), 385-394. doi: 10.15446/av.enferm.v39n3.86692.
- Betiulli, S. E., Neu, D. K. M., Meier, M. J., Wall, M. L., & Lenardt, M. H. (2013). Decisões e ações de cuidados em enfermagem alicerçadas em Madeleine Leininger. *Cogitare Enferm*, 18(4):775-81. doi: 10.5380/ce.v18i4.34936.
- Carvalho, A.O., Rocha, S.S., & Rocha, K.N.S. (2015). A atuação de enfermagem no adolescer saudável sob a ótica da teoria transcultural de Leininger. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 14(4),1546-1554. doi: 10.4025/ciencuidsaude.v14i4.27836.
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories*. Philadelphia: FA Davis.



- Gandolfi, M., Siega, C. K., Rostirolla, L. M., Kleba, M. E., & Colliselli, L. (2016). Sistematização da assistência de enfermagem: da teoria ao cuidado integral. *Rev enferm UFPE on line*, 10(Supl. 4), 3694-703. doi: 10.5205/reuol.9681-89824-1-ED.1004sup201623.
- Grimaldi, M. R. M., Camargo, C. L., Conceição, M. M., Whitaker, M. C. O., & Oliveira, P. M. P. (2021). O papel da enfermagem para a promoção da sustentabilidade em populações vulneráveis. *Enferm Foco*, 12(4), 826-31. doi: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4501.
- Johnson, B. M. (2015). *Theory avaluation*. In Johnson, B. M. & Webber, P. B. *An introduction to theory and reasonig in nursing*. New York (USA): Wolters Kluwer/ Lippincott Williams a Witkins.
- Leininger, M. M. (1991). *Culture care diversity and universality: Theory of nursing*. New York: National League for Nursing.
- Leininger, M. M. (1988) Leininger's Theory of Nursing: Cultural Care Diversity and Universality. *Nursing Science Quarterly*, 1(4), 152–160. doi:10.1177/089431848800100408.
- Leininger, M. M. (2007). Theoretical questions and concerns: response from the Theory of Culture Care Diversity and Universality perspective. *Nursing Science Quarterly*, 20(1), 9-15. doi: 10.1177/0894318406296784.
- Leininger, M. M. (1989). Transcultural Nursing: Quo Vadis: (Where Goeth the Field?). *Journal of Transcultural Nursing*, 1(1), 33–45. doi:10.1177/104365968900100107.
- Lenardt, M.H., Michel, T., Betioli, S.E., Seima, M.D., Baran, F.D.P., & Brito, C.S. (2021). Production of knowledge based on the Theory of Culture Care Diversity and Universality: documental research. *Rev. Bras. Enferm*, 74(3), e20200732. doi: 10.1590/0034-7167-2020-0732.
- Martins, L.A., Oliveira, R.M., Camargo, C.L., Aguiar, A.C.S.A., Santos, D.V.D., Whitaker, M.C.O., & Souza, J.M.M. (2020) Practice of breastfeeding in quilombola communities in the light of transcultural theory. *Rev Bras Enferm*, 73(4), e20190191. doi: 10.1590/0034-7167-2019-0191. PMID: 32609176.
- McEwen, M. (2016). *Bases teóricas de enfermagem*. Porto Alegre: Artmed.
- McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. B. (2006). *Leininger's culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. B. (2019). Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality: An Overview With a Historical Retrospective and a View Toward the Future. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(6), 540–557. doi:10.1177/1043659619867134.
- Moura, M. A. V., Chamilco, R. A. S. I., & Silva, L. R. (2005). A teoria transcultural e sua aplicação em algumas pesquisas de enfermagem: uma reflexão. *Esc Anna Nery R Enferm*, 9(3), 434-40. doi: 10.1590/S1414-81452005000300012.



Nascimento, A.C.S.T., Morais, A.C., Amorim, R.C., & Santos, D.V. (2020) O cuidado realizado pela família ao recém-nascido prematuro: análise sob a teoria transcultural de Leininger. *Rev Bras Enferm*, 73(Suppl 4), e20190644. doi: 10.1590/0034-7167-2019-0644.

Schaurich, D., & Crossetti, M.G.O. (2010). Knowledge production on nursing theories: analysis of the area periodicals, 1998-2007. *Esc. Anna Nery*, 14(1), 182-188. doi: 10.1590/S1414-81452010000100027.

Schek, G., Ianiski, F. R., Rzigoski, D., Vontroba, A., & Mix, P. R. (2020) Care of a remaining quilombols community in the light of Madeleine Leininger's transcultural theory. *Saúde-UNG*, 4(3-4), 71-79. doi: 10.33947/1982-3282-V14N3-4-4327.

Silva, A.G.I., Sardinha, D.M., Costa, H.P.G., Teixeira, J.L., Pereira, J.S., & Silva, K.B. (2019). Enfermagem e a Diversidade Transcultural Amazônica: Um Relato de Experiência. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (19), e212. doi: 10.25248/reas.e212.2019.

Silva, E. N. F., Gonçalves, L. H. T., & Lemos, D. O. (2000). O cuidar/cuidado do idoso doente fragilizado com o seu familiar cuidador: fundamentado na teoria de Madeleine Leininger. *Texto & contexto enferm*, 9(2), 178-85. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-282315>.



La configuración sociocultural de la enfermedad desde el lente de una comunidad rural en Colombia

The sociocultural configuration of the disease from the lens of a rural community in Colombia

A configuração sociocultural da doença sob a ótica de uma comunidade rural na Colômbia

Nydia Nina Valencia Jiménez¹, Concepción Amador Ahumada² & Keyda María Morinson López³

¹Magíster en Educación. Universidad de Córdoba (Colombia), Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Enfermería. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2414-2276>; Correo electrónico: nnvalencia@correo.unicordoba.edu.co

²Magister en Enfermería, Universidad de Córdoba (Colombia), Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Enfermería. <https://orcid.org/0000-0002-0008-3374>; Correo electrónico: conceamador@yahoo.es.

³Enfermera. Universidad de Córdoba (Colombia), Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Enfermería. Orcid:<https://orcid.org/0000-0001-5024-4706>; Correo electrónico: keydmor15@gmail.com. Moro Gutiérrez^{1*}, Marta González Fernández-Conde²

***Correspondencia:** Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Enfermería. Universidad de Córdoba (Colombia). Código Postal 230002430.

Correo electrónico de contacto: nnvalencia@correo.unicordoba.edu.co

Cómo citar este artículo: Valencia Jiménez, N.N., Amador Ahumada, C. & Morinson López, K.M^a (2023). La configuración sociocultural de la enfermedad desde el lente de una comunidad rural en Colombia. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(67).<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.20225>

Received: 30/07/2023

Accepted: 07/09/2023.



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 purpose of the study was to understand the sociocultural configurations about diseases of a group of peasants in Córdoba, Colombia, through a micro-ethnographic design and the application of semi-structured interviews, conversations and observations to 20 members of the community, between October 2020 and March 2021. The interviews were transcribed and organized in matrices for their categorization and analysis using Bardin technique. The disease is conceived from two constructions: being sick is not being able to work and being sick is restlessness and anguish; Both configurations are built from the link between the opportunities to work and do activities from daily life, but they are altered by problems in the provision of the health service. It is concluded that the sociocultural configuration of the diseases overcomes the vision of physical imbalance because it is perceived into daily life activities, the ways of living, and the solidarity networks woven by the peasants as a strategy against the negligence of the state ineffectiveness of health system in Colombian rural areas.



Keywords: Rural population; disease; cultural characteristics.

Resumen: El propósito del estudio fue comprender las configuraciones socioculturales sobre las enfermedades construidas por un grupo de campesinos en el Departamento de Córdoba, Colombia, mediante un diseño micro etnográfico y la aplicación de entrevistas semiestructuradas, conversaciones y observaciones a 20 miembros de la comunidad, entre octubre de 2020 y marzo de 2021. Las entrevistas fueron transcritas, organizadas en matrices y procesadas para su posterior organización, categorización y análisis con apoyo de la técnica de Bardin. Se develan dos construcciones para concebir la enfermedad: estar enfermo es no poder trabajar y estar enfermo es intranquilidad y angustia; ambas configuraciones se construyen a partir del vínculo con las oportunidades para trabajar y realizar acciones de la vida cotidiana, pero están permeadas por el déficit en la prestación del servicio de salud y las dificultades para acceder a este. Se concluye que la configuración sociocultural de las enfermedades supera la visión de desequilibrio físico del individuo al enunciarse en el ámbito de las prácticas cotidianas, los modos de vivir y las redes de solidaridad tejidas por los campesinos como estrategia de resistencia ante el olvido estatal y la ineficacia de los abordajes del sector salud en zonas rurales colombianas.

Palabras clave: Población rural; enfermedad; características culturales

Resumo: O objetivo do estudo foi compreender as configurações socioculturais sobre doenças de um grupo de camponeses em Córdoba, Colômbia, por meio de um desenho microetnográfico e da aplicação de entrevistas semiestructuradas, conversas e observações a 20 membros da comunidade, entre outubro 2020 e março de 2021. As entrevistas foram transcritas e organizadas em matrizes para sua categorização e análise pela técnica de Bardin. A doença é concebida a partir de duas construções: estar doente é não poder trabalhar e estar doente é inquietação e angústia; Ambas as configurações são construídas a partir da ligação entre as oportunidades de trabalho e de realização das atividades do cotidiano, mas são alteradas por problemas na prestação do serviço de saúde. Conclui-se que a configuração sociocultural das doenças supera a visão do desequilíbrio físico, pois é percebida nas atividades do cotidiano, nos modos de viver e nas redes solidárias tecidas pelos camponeses como estratégia contra o descaso do Estado inefetividade da saúde sistema nas áreas rurais colombianas.

Palavras-chave: População rural; doença; características culturais.

INTRODUCCIÓN

La presencia de enfermedades en la especie humana trasciende épocas y tiempos sociales, constituyéndose en un núcleo discursivo provocador



en diferentes disciplinas y perspectivas teóricas. Desde la mirada occidental, con fundamento en el funcionalismo estas son enunciadas como una anomalía o desviación de la salud, y, por ende, su abordaje se inscribe a partir de adoptarlas como unidades independientes del organismo o como contracara de la salud, la cual erige los lineamientos para la atención y el cuidado haciendo énfasis en los diagnósticos, tecnologías y mediciones a partir de patrones normales y medidas correctivas para alcanzar los niveles de satisfacción ((Arriscado y Louvison, 2020, Gómez-Arias, 2018).

Por su parte, en Oriente, las enfermedades se expresan como una discordancia del orden natural o un trastorno de la energía vital de las personas, asumiéndose como un componente intrínseco de estas; por ello, son configuradas en el ámbito cultural como formas de ser particulares haciéndose necesario implementar acciones con propósitos diferenciados para mitigar o impedir que sus efectos tengan mayor impacto en la salud del sujeto. A partir de este planteo, se trasciende la mirada medicalizada e instrumentalista para incluir dimensiones psicosociales y todas aquellas construcciones culturales expresadas en los modos de vivir de personas, familias y comunidades (Viniestra-Velásquez, 2017).

En este marco de tensiones, pensar la enfermedad en clave cultural es trasegar una ruta de cuidado orientada al fomento de la autonomía para la toma de decisiones frente a qué hacer cuando emergen situaciones que alteran la energía vital del sujeto; asimismo, es explorar las alternativas y oportunidades para mantener dicho equilibrio en función de lo que las personas son, creen o hacen, en especial, de poder implementar las acciones de cuidado coherentes con la cultura sin detrimento de sus condiciones de salud. Todo lo anterior, desde la perspectiva de Olarte (2018), implica pensar en el concepto de libertad como capacidad de las personas para el auto cuidado de su salud, sin los nudos agobiantes de las instituciones, al tratar estas de normalizar la vida en todas sus dimensiones que ha traído consigo el desconocimiento del cuerpo y la fractura entre la condición biológica con las emociones, sentimientos humanos y configuraciones del orden sociocultural.



En este sentido, el concepto de enfermedad no se puede desligar de las condiciones de vida y el contexto, al asumirse que su abordaje ha de responder a una lógica dialéctica que mantiene la visión de interconectividad entre lo individual y colectivo; sin embargo, como lo enuncia Breilh (2013), no se trata de asumir la dinámica interpretativa en un ir y venir, entre lo particular y lo colectivo, sino situar esta realidad en un campo de acción que integre las simbologías fruto de la interacción del sujeto con la naturaleza, pero además, con la cultura. Con ello, la interrogación oportuna de estas construcciones socioculturales resulta de interés para la salud colectiva, al promover todo un movimiento de recuperación de las formas de vivir, sentir, actuar y pensar, en especial en aquellos grupos con mayor vulnerabilidad social como los son las poblaciones rurales.

La familia rural representa realidades humanas diversas y complejas caracterizadas por atributos como la solidaridad, trabajo en equipo, visión colectiva del trabajo (Páez, et al, 2016); así como también, construyen redes de apoyo para el cuidado de la salud sustentadas en los saberes populares contruidos en el marco de sus interacciones sociales, históricas y culturales. Sin embargo, el abandono estatal de la población rural colombiana se hace evidente en los rezagos en materia educativa, social, y en especial sanitaria, que quiebran la efectividad de un modelo de salud enmarcado en principios de diversidad, integralidad, inclusión social pero cuya aplicabilidad excluye las condiciones de vida de los campesinos y no logra satisfacer las necesidades sanitarias ni generar cambios en la dinámica de salud de estos (Rodríguez y Benavides, 2016).

Existen contextos rurales cuyas trayectorias históricas, sociales, culturales provocan lenguajes interpretativos diversos por la complejidad de los vínculos que se establecen, como es el caso del Departamento de Córdoba, ubicado en la costa Caribe de Colombia. La familia rural cordobesa no cuenta con oportunidades para su desarrollo integral porque carecen de garantías para el ejercicio pleno de sus derechos y libertades humanas, con especial énfasis en la limitación de posibilidades para acceder al trabajo, educación, seguridad alimentaria y vivir la vida que aspiran tener (Ortega,



Puello y Valencia, 2014); así como también, la vulnerabilidad de la población a sufrir enfermedades y accidentes vinculados a las precarias condiciones de trabajo, actividades laborales de alto riesgo, analfabetismo que potencian escenarios de exclusión social en otros ámbitos de la vida (Puello, Ortega y Valencia, 2013). Por otra parte, la ubicación geográfica de algunas comunidades y la dificultad de acceso, así como la falta de priorización de las políticas públicas son barreras frente a la obtención de servicios de salud óptimos, lo cual resulta ser una condición obligante en la toma de decisiones para la resolución empírica de sus enfermedades.

Ante la situación problemática anterior surgió el siguiente objetivo: comprender las configuraciones socioculturales sobre las enfermedades construidas por un grupo de campesinos en el Departamento de Córdoba, Colombia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Investigación cualitativa con aproximación micro etnográfica realizada en el Departamento de Córdoba, Colombia, entre octubre de 2020 y marzo de 2021. Los sujetos de estudio fueron un grupo de campesinos residentes en uno de los corregimientos del ente territorial, elegidos mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, quienes cumplieron los criterios de inclusión establecidos en el estudio: >40 años, ser nativos del corregimiento y residentes desde su nacimiento sin cambios de residencia en ninguna de las etapas de su vida. La muestra correspondió a 20 campesinos con los cuales se alcanzó el punto de saturación teórica.

La recolección de la información se realizó mediante la aplicación de una entrevista semiestructurada diseñada por las investigadoras y refinada por un panel de cuatro expertos en el tema. El protocolo de entrevista consta de 13 preguntas divididas entre los ítems correspondientes a los aspectos sociodemográficos y aquellos concernientes a las representaciones o configuraciones sobre la enfermedad. De igual manera, se sostuvo conversaciones informales con la población rural y se registró observaciones durante todo el trabajo de campo.



El proceso de recolección de la información se hizo posible aún en época de pandemia por Covid-19, gracias a una de las investigadoras, la cual es residente en este corregimiento; esto permitió facilidad en el acceso a la población y la realización de las entrevistas bajo todos los protocolos de bioseguridad establecidos por los entes gubernamentales. La recolección inició con una explicación a los participantes acerca de los objetivos y propósitos de la investigación. Posterior a esto, se hizo lectura y firma del consentimiento informado.

Cada entrevista tuvo una duración aproximada de 30 a 50 minutos, las cuales fueron grabadas con autorización de los participantes y transcritas en un documento Word para su organización e identificación de categorías y subcategorías, para su posterior análisis teniendo en cuenta las expresiones emitidas de interés para la investigación. La interpretación de los datos se fundamentó en la perspectiva de Bardin, autor que propone analizar los contenidos a partir de la organizar, categorizar y definir el núcleo analítico del texto, para lo cual se inicia con la lectura y comprensión de las entrevistas estableciendo tipologías de los datos a partir de encontrar similitudes, divergencias o encontrar opiniones cruzadas. Cada grupo de categorías se organizó en matrices resaltándose los códigos in vivo y las subcategorías.

Los aspectos éticos y legales se encuentran contemplados en la Resolución 8430 de 1993 priorizando el bienestar de los sujetos de estudio, garantizando el respeto por ellos, su comunidad y su cultura. También se contempló los lineamientos de la Ley 911 del 2004, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia. La investigación se sometió a la evaluación por parte del Comité de Ética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad, unidad encargada de verificar los posibles sesgos del estudio y las estrategias de control definidas por las investigadoras con antelación al trabajo de campo.

RESULTADOS



Los participantes de esta investigación son habitantes de un corregimiento del Departamento de Córdoba – Colombia, ubicado en la región del bajo Sinú. Esta población se encuentra ubicada en la margen izquierda del río Sinú, a aproximadamente 12 kilómetros del casco urbano municipal y a 45 minutos de la capital cordobesa. La edad de los participantes se ubicó entre 40 y 81 años, de los cuales 13 fueron mujeres y 7 hombres, con nivel socioeconómico bajo, donde la totalidad de las mujeres refirieron ser amas de casa y la mayoría de los hombres manifestó ser agricultor o trabajador de oficios varios.

Los hallazgos se centraron en la categoría: **Estar enfermo es vivir limitado**, la cual se desagregó a partir de dos subcategorías: **Estar enfermo es no poder trabajar** y **Estar enfermo es intranquilidad y angustia**

Las construcciones sobre la enfermedad que realizan los campesinos superan el nivel biológico cuando estos la consideran como una limitación para el ejercicio de sus actividades cotidianas, en particular, las labores de subsistencia y aquellas actuaciones propias de su vida, como quedó expresado en sus narrativas:

“...Una persona enferma, sin salud no tiene el mismo ánimo, las mismas energías para trabajar ni para desarrollar sus actividades cotidianas” E7

“...Una enfermedad si afecta mi vida cotidiana, ya que cuando uno está enfermo esta decaído, sin energía y no realizo las actividades de mi diario vivir” E12

“...No me deja trabajar” E19

“...Todo lo que le dé a uno es malo, porque no podé trabaja... no está bien... así que no se consigue el trabajo” E5

“...No puedo trabajar y así se dificulta todo” E6

Asimismo, los participantes conectan la enfermedad con limitaciones para producir de forma óptima o sentir transformaciones a nivel del ser, las



cuales se traducen en una sensación de cambios en lo que habitualmente están acostumbrados a realizar.

“...Una persona cuando está enferma ya no se siente óptima, es un día que se pierde de trabajo” E7

“...Con una enfermedad en el cuerpo uno se desvanece” E4

“...La enfermedad no permite ser uno mismo, todo cambia” E10

“...Hay enfermedades como la gripa que todos la hemos vivido en algún momento, pero lo que si me preocupa es fracturarme un brazo o una pierna, o afectarme en los ojos, porque imagínese eso te quita enseguida el trabajo, y ahí mismo la vida” E5

Los entrevistados asumen la enfermedad como un estado de intranquilidad y angustia, expresado en sus narrativas a partir de dos dispositivos discursivos, el primero la configura en un nivel emocional:

“...Muchas cosas porque de todas maneras la salud es la que uno lucha por tenerla y ya desde que uno esté enfermo esta intranquilo” E5

“...Me siento muy preocupada, porque aja uno enfermo no es el mismo” E8

“...Se tensiona uno hay angustia” E15

“...Es preocupación, entro en un total estrés” E9

El segundo grupo de respuestas profundiza en los vínculos del estado de intranquilidad con las dificultades que enfrentan para recibir la atención médica:



“...En caso de... de que nos enfermemos tenemos dificultad principalmente para la atención médica, o sea, que es poco oportuna, porque no... no tenemos al alcance principalmente lo que son los centros de salud o un hospital”. E10

“...Claro, da intranquilidad enfermarse porque los servicios de salud no están cerca. Mire usted, el médico presta sus servicios cada 8 días” E11

“...Depende la parte donde uno reside, así será el temor a enfermarnos, porque no tener acceso a un medicamento a un puesto de salud o no poder acudir a un médico, es angustiante, especialmente por las dificultades en la vía en el transporte eso es lo que le dificulta” E12

“...Centros hospitalarios a largas distancias” E16

“...Vivir en una zona rural no se cuenta con un médico los 7 días de la semana y las 24 horas del día, y en caso de emergencia, nos toca trasladarnos a otros lugares y toca cruzar el río” E19

A partir de lo anterior, los campesinos entrevistados manifiestan que estas limitaciones propician las oportunidades de ayudarse mutuamente, de encontrar formas populares de enfrentar las enfermedades y desarrollar habilidades para el tratamiento primario en casa:

“...Las enfermedades en mi familia se asumen con mucha responsabilidad, participando todos los miembros de la familia velando siempre por la recuperación del familiar” E15

“...Lo que hacemos en la familia cuando alguien está enfermo es ayudarlo brindarle lo que el necesite y si es necesario llevarlo al médico se lleva, pero primero se le brinda atención en la casa” E13



“...El apoyo viene de la ayuda que le den a uno y del afecto que le tomen durante la enfermedad que tenga. Muchos uhhh... ahora con el Covid las bebidas de eucalipto, el orégano, eh... la flor de la manzanilla... todos esos son elementos que tomábamos para la salud”. E17

“...Se toma el consejo de uno y del otro para que lo oriente, porque a veces uno no tiene las capacidades que tienen sus papas o sus abuelos con respecto a esas enfermedades y ellos tienen mucha experiencia” E16

DISCUSIÓN

Las configuraciones de la población campesina sobre la enfermedad se enuncian desde el ser, estar, hacer y convivir cuando expresan que estar enfermo es no poder realizar las actividades de la vida cotidiana, trabajar, sentir cambios en su yo o angustiarse ante la imposibilidad de no contar con servicios de salud cercanos. Esta enunciación acerca de qué es una enfermedad, no es más que el reflejo de los vínculos establecidos por las personas entre reconocerse como sujetos biológicos y el contexto donde se desarrollan, al interpretarse en sus discursos que esta no es asimilada directamente con una patología o un deterioro de la salud, sino como una limitación para sus actuaciones en diferentes ámbitos de la vida cotidiana.

En concordancia con lo anterior, el lugar de co-residencia fundamenta las trayectorias biográficas y colectivas mediante la configuración de los vínculos entre el yo/tú/nosotros potenciando los diferentes sentidos y significados vitales que los sujetos asignan a diversas categorías (Palacio, 2020), entre las que se encuentra la salud y la enfermedad, lo cual guarda relación con los planteamientos de Olarte (2018), para quien el contexto social, el lugar de residencia, las condiciones socioeconómicas y las ideologías de las personas son clave al momento de configurar las realidades y construir aprendizajes en el campo de la salud.



Una manera de interrogar las realidades campesinas es situarse desde la perspectiva de los vínculos entre el sujeto y el contexto sociocultural, que permite el tránsito entre el sentir a un nivel biológico a la multiplicidad de tejidos conceptuales, simbólicos y discursivos que emplazan la categoría salud y enfermedad; el campesino dimensiona la enfermedad como un continuum entre estar bien (salud) y la habilidad de trabajar y sostener su familia, porque desde sus perspectiva, el hecho de poder ejercer sus actividades implica reconocerse como un sujeto saludable y armonioso consigo mismo, con el otro y el entorno.

La interdependencia entre salud y trabajo es un punto central en este análisis, cuando la población campesina enuncia la enfermedad como señal de preocupación y angustia, en especial porque no cuentan con servicios de salud cercanos y no disponen de recursos económicos para subsanar una situación que los aleje de sus posibilidades de subsistencia. Esta configuración expresa la toma de conciencia del campesino frente a su existencia y las posibilidades que tienen para sobrevivir y resistir ante las inclemencias propias del deterioro de la salud, así como a las condiciones de vida limitantes para obtener servicios eficientes de salud, porque disponer de un profesional de la salud cada 8 días y enfrentar riesgos como “atravesar un río” con un familiar enfermo para lograr acceder a una institución de salud, es casi que ver a través de un espejo, las realidades de gran parte de la población rural colombiana.

Gran parte de la población rural en Colombia se enfrenta a las barreras de acceso y las condiciones de los servicios sanitarios, en particular las de tipo administrativo y económicas (Bran, et al, 2018), lo cual entrelaza giros conceptuales con la adopción de formas de concebir el proceso de salud enfermedad enunciado desde lo curativo y vinculado estrictamente con la capacidad laboral; este lugar de enunciación, está en conexión con los patrones narrativos de otros grupos rurales en diferentes partes del mundo, que de acuerdo con Gozzer (2020), se inscriben en la tendencia de configurar las enfermedades como un proceso natural inevitable que cuando altera la vida cotidiana y sus ritmos de trabajo, obligan a la búsqueda de la atención médica; de ahí, que la construcción de estrategias enmarcadas en la promoción



y mantenimiento de la salud deben ser un bastión de las políticas públicas rurales.

A manera de precisión, las notas y conversaciones informales con la población rural no solo muestra la vulnerabilidad de un grupo de campesinos ante el abandono estatal, sino que problematiza el sentido frente a la construcción sociocultural de la enfermedad; en primer lugar, no se trata de un asunto de no querer vincularse a los programas de promoción y mantenimiento de la salud que ofrece el Estado colombiano o desconocer la importancia de los mismos; se trata de un asunto de desamparo, al no contar con los recursos para asistir a este tipo de controles de forma regular o en el caso de las personas mayores campesinos de esta región colombiana el tener que continuar en labores productivas más allá de lo que sus condiciones de salud les permite, por la mera subsistencia (Ortega, Puello y Valencia, 2014).

Este nudo analítico se sitúa desde la perspectiva de empoderamiento, porque el campesino es un ser dotado de capacidades excepcionales que, ante la imposibilidad de disponer de servicios de salud permanente, esta población crea sus mecanismos de resistencia al desarrollar aprendizajes en la acción; es decir, en la práctica de la vida misma. Es de interés resaltar las voces de los campesinos cuando expresan los sentimientos de apoyo, ayuda mutua, cuidado primario de la salud, reconocimiento de los saberes ancestrales y la configuración colectiva del cuidado que trasciende la familia para situarse en el plano comunitario, lo cual rechaza aquellas perspectivas que enuncia la desaparición del campesino, porque antes por el contrario, la población rural da muestras de resistencia ante las diversas crisis que enfrentan al crear mecanismos para la restauración de la salud desde posturas colectivas y empleando de primera mano los productos naturales destinados para tales fines (Uribe e Hidalgo, 2021).

CONCLUSIONES



La noción de enfermedad se configura en el lente campesino como un proceso vinculado a las actividades de la vida cotidiana, el cual genera traumas para producir el sustento necesario para la subsistencia familiar. Este lugar de enunciación, refuerza las visiones colectivas de enmarcar el proceso de salud enfermedad en un plano natural y curativo donde se minimiza las opciones de promoción y mantenimiento de la salud; no obstante, la adopción de este tipo de posturas muestra vínculos con las barreras de acceso y las condiciones de los servicios sanitarios, que, según los participantes, es precario y aislado de sus realidades contextuales.

La población rural posee atributos para el cuidado de la salud contruidos en la solidaridad, ayuda y las redes colectivas cuando establecen estrategias de aprendizaje a partir de los saberes de los adultos mayores y el uso de plantas medicinales como primer dispensario natural; de esta manera, el campesino resiste el abandono estatal y produce lenguajes y prácticas acordes a sus realidades, haciéndose necesario la documentación de estas, para reorientar los programas de promoción y mantenimiento de la salud de estas comunidades.

Conflicto de intereses: No existe conflicto de intereses entre los autores.

BIBLIOGRAFÍA

Arriscado Nunez, J. y Louvinson, M. (2020). Epistemologias do Sul e descolonização da saúde: por uma ecologia de cuidados na saúde coletiva. *Saúde e sociedade*, 29 (3). <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020200563>

Bran, L., Valencia, A., Palacios, L., Gómez, S., Acevedo, Y., & Arias, C. (2020). Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: percepciones de usuarios del régimen subsidiado. Colombia, 2013-2017. *Hacia. Promoc. Salud*, 25 (2), 29-38. <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v25n2/0121-7577-hpsal-25-02-00029.pdf>



Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 31(1), S13-S27. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002

Gómez-Arias, RD. (2018). ¿Qué se ha entendido por salud y enfermedad? *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 36(1), 64-102. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/335873>

Gozzer Infante, E. (2020). *Salud rural en Latinoamérica en tiempos de la Covid-19*. Perú: Institutos de Estudios Peruano

Olarte, M.R. (2018). Salud y enfermedad, dos construcciones culturales. *Revista Biosalud*, 17(1), 67-79. <https://doi.org/10.17151/biosa.2018.17.1.7>.

Ortega Montes, J.E., Puello Alcocer, E.C. y Valencia Jiménez, N.N. (2014). Pobreza rural y políticas neoliberales: un caso por resolver en Montería- Córdoba (Colombia). *Investigación & Desarrollo*, 22(2), 214-236. <https://www.redalyc.org/pdf/268/26832007004.pdf>

Páez Martínez, R.M., Idárraga, M.V., Gutiérrez Ríos, M.Y. y Ramírez Orozco, M. (2016). *La familia rural. Sus formas de diálogo en la construcción de paz en Colombia*. Colombia: Universidad de la Salle y CLACSO. http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20161017104231/La_familia_rural.pdf

Palacio Valencia, M.C. (2020). *La familia. Meditaciones sociológicas en tiempos ambiguos*. Medellín: Sílabo Editores.

Puello, E., Ortega, J. y Valencia N. (2013). Factores sociales asociados a la salud de los trabajadores informales agrícolas de la ciudad de Montería - Córdoba, Colombia. *Rev Univ. Salud*, 15(2), 103 – 112. <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v15n2/v15n2a02.pdf>

Rodríguez-Triana, D, R. y Benavides-Piracón, J.A. (2016). Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes sociales de la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34 (3), 359-371. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n3a10>

Uribe Castro, H. e Hidalgo Gutiérrez, L.H. (2021). *Campesinos de los Andes caucanos. Entre descampesinización y recampesinización en el Roble, Timbío*. Cali: Universidad Autónoma de Occidente

Viniegra-Velásquez, L. (2017). El orden cultural, la enfermedad y el cuidado de la salud. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 74(6), 397-406. <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2017.06.002>



TEORÍA Y MÉTODO

vulnerabilidad en mujeres víctimas de trata desde un enfoque sociocrítico enfermero: Salud, Derechos Humanos y Objetivos de Desarrollo Sostenible

Vulnerability in trafficked women from a socio-critical nursing approach: Health, Human Rights and Sustainable Development Goals.

Vulnerabilidade em mulheres traficadas a partir de uma abordagem de enfermagem sócio-crítica: Saúde, Direitos Humanos e Objectivos de Desenvolvimento Sustentável.

Inés Gómez Fontaíña¹, Lucía Valeije Guerra², Marta Eiras López³, Sofía Raris Frois⁴, Claudia González López^{5*}

¹Estudiante de 4º curso en el Grado de Enfermería, Escuela Enfermería Pontevedra. Universidad de Vigo. Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-0142-6053>; Correo electrónico: inesgomezfontaina00@gmail.com

²Estudiante de 4º curso en el Grado de Enfermería, Escuela Enfermería Pontevedra. Universidad de Vigo. Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-0142-6053>; Correo electrónico: luciavaleije@gmail.com

³Estudiante de 4º curso en el Grado de Enfermería, Escuela Enfermería Pontevedra. Universidad de Vigo. Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-7192-8547>; Correo electrónico: martael12016@gmail.com .

⁴Estudiante de 4º curso en el Grado de Enfermería, Escuela Enfermería Pontevedra. Universidad de Vigo. Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-9886-4310>; Correo electrónico: sofiararis@gmail.com

⁵Profesora Escuela Enfermería Pontevedra. Universidad de Vigo. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1563-401X>; Correo electrónico: claudia.eu.enfermeria@gmail.com

Cómo citar este artículo: Gómez Fontaíña, I., Valeije Guerra, L., Eiras López, M., Raris Frois, S., & González López, C. (2023). Vulnerabilidad en mujeres víctimas de trata desde un enfoque sociocrítico enfermero: Salud, Derechos Humanos y Objetivos de Desarrollo Sostenible. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(67).<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.21991>

Received: 20/07/2023

Accepted: 08/09/2023.



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

Abstract: Trafficking of women is a serious violation of human rights. It is related to vulnerability, poverty, gender inequality, lack of education



and migration processes. This global problem also highlights the non-compliance with the Sustainable Development Goals. This reality brings serious health problems to its victims, a point of interest for nursing action. Thus, this work carried out through the collaborative learning method Jigsaw in the context of an elective course of the fourth year of the Degree in Nursing, aims to critically analyze the consequences of trafficking for women's health, relating it to the violation of their human rights and the incompatibility of this international practice with the achievement of the Sustainable Development Goals, to conclude with recommendations that can guide Nursing to provide more appropriate care from its competence as an activist in health for this group. Multiple actions aimed at the prevention, protection and care of women victims of trafficking have been identified, the conflict is generated at the time of executing them, since the neglect of these women from multiple approaches has been noted.

Key words: Human rights; inequality; women; SDGs; trafficking; vulnerability.

Resumen: La trata de mujeres supone una grave violación de los derechos humanos. Está relacionada con la vulnerabilidad, la pobreza, la desigualdad de género, la desescolarización y con los procesos migratorios. En este problema global destaca además el incumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Esta realidad acarrea graves problemas de salud a sus víctimas, punto de interés para la actuación de enfermería. Así, este trabajo realizado mediante el método de aprendizaje colaborativo Jigsaw, en el contexto de una asignatura optativa de cuarto curso del Grado en Enfermería, tiene como objetivo el análisis desde el paradigma socio crítico de las consecuencias que la trata supone para la salud de las mujeres, relacionándolo con la vulneración de sus derechos humanos y la incompatibilidad de esta práctica internacional con la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, para concluir con recomendaciones que puedan orientar a la enfermería a proporcionar cuidados más adecuados desde su competencia como activista en salud. Se han identificado múltiples acciones dirigidas a la prevención, protección y atención de las mujeres víctima de trata, el conflicto se genera a la hora de ejecutarlas, ya que se ha constatado la desatención de estas mujeres desde múltiples enfoques.

Palabras clave: Derechos humanos; desigualdad; mujeres; ODS; trata; vulnerabilidad; enfermería.

Resumo: O tráfico de mulheres é uma grave violação dos direitos humanos. Está ligado à vulnerabilidade, pobreza, desigualdade de género, falta de escolaridade e processos de migração. Este problema global também realça o fracasso no cumprimento dos Objectivos de Desenvolvimento



Sustentável. Esta realidade causa graves problemas de saúde para as suas vítimas, um ponto de interesse para a acção de enfermagem. Assim, este trabalho, realizado utilizando o método de aprendizagem colaborativa Jigsaw no contexto de uma disciplina opcional no quarto ano do Bacharelato em Enfermagem, visa analisar criticamente as consequências do tráfico para a saúde das mulheres, relacionando-o com a violação dos seus direitos humanos e a incompatibilidade desta prática internacional com a realização dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável, para concluir com recomendações que possam orientar a enfermagem no sentido de proporcionar cuidados mais adequados a partir da sua competência como activista de saúde para este grupo. Foram identificadas múltiplas acções que visam a prevenção, protecção e cuidados às mulheres vítimas de tráfico, o conflito surge quando se trata de as implementar, uma vez que se verificou a negligência destas mulheres em relação às múltiplas intervenções.

Palavras-chave: direitos humanos; desigualdade; mulheres; SDG; tráfico; vulnerabilidade; enfermagem.

INTRODUCCIÓN

Desde hace al menos una década no es infrecuente encontrar el término “desigualdad de género” en cualquier titular, noticia o comentario cotidiano. La evolución y adquisición de conocimientos a lo largo del tiempo nos han llevado a desarrollar una moral diferente a la de años pasados, comenzándose a desvelar múltiples actos o pensamientos que hace décadas consideraríamos comunes y acertados, mientras que hoy en día juzgamos como impensables (Gallargo & Sánchez, 2011).

Sin embargo, el camino para concienciar a la sociedad de la verdad en múltiples aspectos, como es la trata de mujeres, todavía es largo. La trata de mujeres es una situación añeja, conocida desde la época colonial, pero que comenzó a reconocerse como un problema social entre el siglo XIX y XX, y que hoy en día sigue operando en la sombra, debido a su invisibilidad (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015).

En el mundo, en 2020, se registraron alrededor de cien mil víctimas de trata de seres humanos (United Nations Office on Drugs and Crime



[UNODC], 2020). El Protocolo contra la trata de personas de las Naciones Unidas (2020) define este delito como “la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación" (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2020).

Uno de los motivos principales por el que las mujeres son vulnerables frente a la trata es la desigualdad de género, que se manifiesta cruelmente en estas situaciones, marcadas por la perpetuación de los roles de poder y dominación de los hombres sobre las mujeres (Gallargo & Sánchez, 2011).

En muchos países está todavía muy instaurado el constructo cultural y social de supremacía del hombre frente a la mujer. Esto se materializa en menores oportunidades para las mujeres, que ven menoscabados sus derechos, como por ejemplo el derecho a realizarse personal y profesionalmente, viéndose obligadas a reducir su proyecto de vida al ámbito privado y de los cuidados, desventajas en el acceso a la salud y las decisiones sobre su propio cuerpo, condiciones laborales precarias, violencia de género, entre otros. Todo ello sitúa a las mujeres en un riesgo de exclusión social y de especial vulnerabilidad (Asociación para la Atención Integral de Mujeres en Riesgo Social [AIMUR], 2009)

La escasez de recursos económicos y / o falta de oportunidades aumenta la probabilidad de que acepten cualquier propuesta de trabajo, afrontando riesgos mayores de ser víctimas de violencia y trata. Además, la pobreza crónica en que viven muchas personas en países en vías de desarrollo aflora sus amplias miserias y puede llevarles a que, en búsqueda de la simple supervivencia, no encuentren otra elección que vender a sus hijas, hermanas, sobrinas... a los traficantes, para así conseguir una fuente de ingresos con la que salir adelante. La falta de redes de apoyo multiplica las probabilidades de que la trata se perpetúe socialmente como un intento de salida de la pobreza (Barvinsk, 2014).



La desigualdad de género también acentúa la baja escolarización o el analfabetismo, lo que favorece el desconocimiento de sus derechos, entre ellos los humanos. La ingenuidad de estas mujeres repercute en que en muchos casos no sean capaces de detectar que las ofertas de trabajo que les presentan son una estafa (Barvinsk, 2014).

Este trabajo tiene como objetivo el análisis crítico de las consecuencias que la trata supone para la salud de las mujeres, relacionándolo con la vulneración de sus Derechos Humanos (DDHH) y la incompatibilidad de esta práctica internacional con la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), para concluir con recomendaciones que puedan orientar a la enfermería desde su competencia de activista en salud a proporcionar cuidados más adecuados para este colectivo.

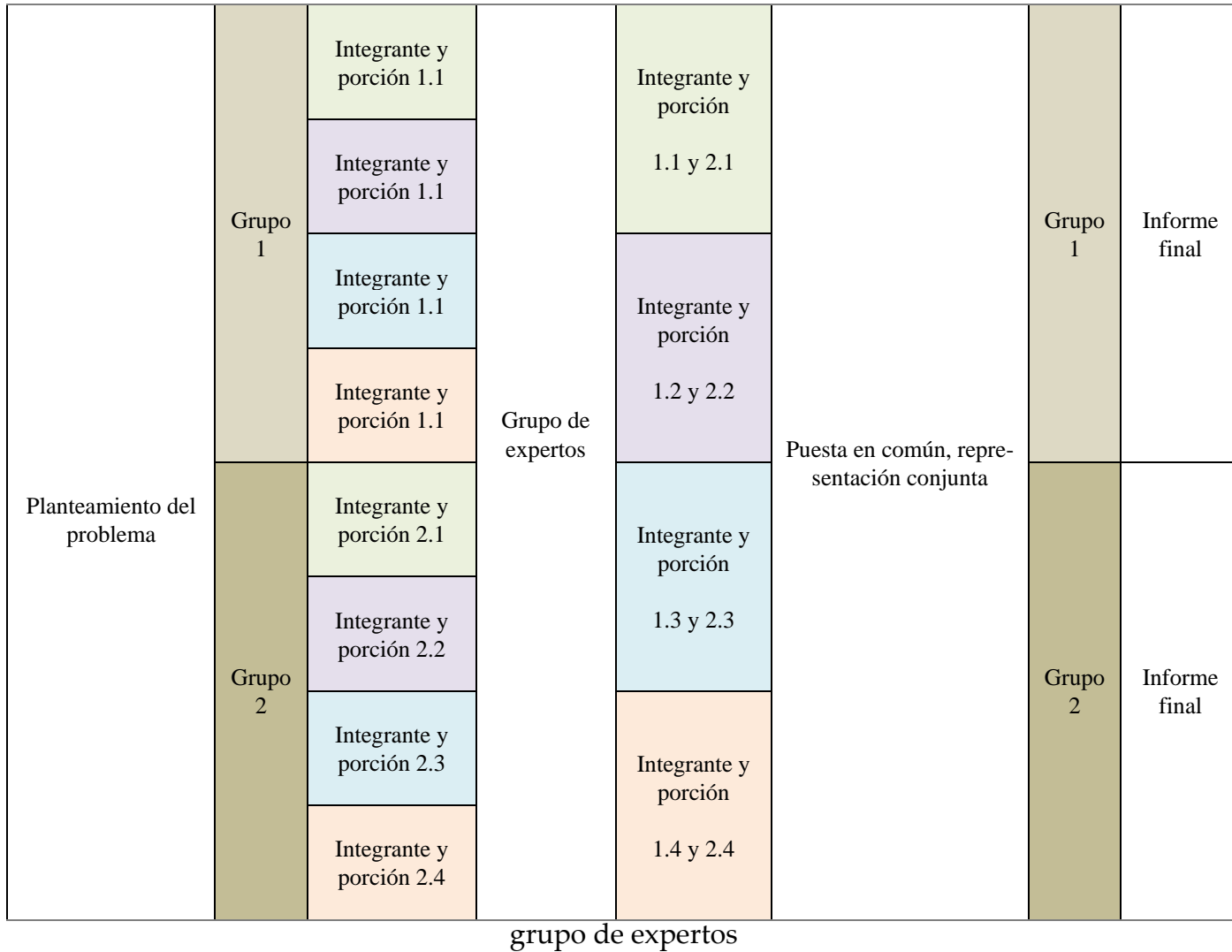
METODOLOGÍA

Este trabajo se realizó a través del método Jigsaw en el contexto de la asignatura optativa Salud, Dependencia y Vulnerabilidad social del Grado en Enfermería de Pontevedra, entre septiembre y noviembre 2021 (Escola Universitaria de Enfermaría da Deputación Provincial de Pontevedra, 2021).

El método Jigsaw es una técnica de aprendizaje cooperativo creada inicialmente por Aronson en 1971. Consiste en dividir a los alumnos en grupos con el mismo número de integrantes a los que se les planteará un problema, caso o tarea. Cada miembro de un grupo asumirá la responsabilidad de una porción de contenido para luego compartirla con los otros miembros de su grupo, y con los miembros de los otros grupos que asumen la misma porción (grupo de expertos), para posteriormente crear una representación final conjunta con su grupo (Gráfico 1). Esta técnica promueve la responsabilidad individual y grupal, el trabajo en equipo, la interacción, debate y consenso de ideas, resolución de conflictos y análisis crítico de la realidad (Mondéjar Jiménez et al., 2007).



Gráfico 1: Ejemplo con 2 grupos del funcionamiento Método *Jigsaw* con la variante



Fuente: Elaboración propia

En este caso el problema genérico planteado al grupo por parte de la docente al fue la vulnerabilidad de las mujeres, que el grupo concretó en la vulnerabilidad de las mujeres víctimas de trata. En el grupo, de cuatro integrantes, una se encargó de analizar la vulnerabilidad general de estas mujeres, otra las consecuencias para la salud, otra la vulneración de los DDHH y la cuarta la vinculación con los ODS. Para posteriormente, tras el debate y puesta en común elaborar colectivamente orientaciones para los cuidados <https://culturacuidados.ua.es>



de enfermería y un informe final (Gráfico 2). El debate y puesta en común también tuvo lugar con alumnos de otros grupos, que debían analizar otras problemáticas sociosanitarias, pero que debían argumentar los mismos aspectos, es lo que se conoce en el método Jigsaw como “grupo de expertos”. Así, antes de concluir el informe grupal, tuvo lugar un intercambio de ideas entre los integrantes de los otros grupos que analizaban la vulnerabilidad, los que analizaban la salud, los que analizaban los DDHH y los ODS de diversas problemáticas sociosanitarias.

Gráfico 2: Método *Jigsaw* desarrollado para el análisis del problema de estudio.

Planteamiento de problemas sociosanitarios a todos los grupos del aula	Integrante 1 grupo mujeres víctima de trata: Vulnerabilidad	Grupo de expertos: Vulnerabilidad	Puesta en común posterior en el grupo	Consenso y redacción de orientaciones para los cuidados de enfermería	Redacción de informe final
	Integrante 2 grupo mujeres víctima de trata: Salud	Grupo de expertos: Salud			
	Integrante 3 grupo mujeres víctima de trata: Derechos Humanos	Grupo de expertos: Derechos Humanos			
	Integrante 4 grupo mujeres víctima de trata: Objetivos de Desarrollo Sostenible	Grupo de expertos: Objetivos de Desarrollo Sostenible			

Fuente: Elaboración propia

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Repercusión de la trata de mujeres en la salud

Las consecuencias de la trata en la salud física, emocional y social de estas mujeres son diversas y múltiples. Se encuentran bajo una violencia continuada basada en fines de explotación sexual (matrimonio infantil, prostitución, turismo sexual, pornografía...), trabajos forzados o esclavitud (ambiente agrícola, de construcción...) e incluso, extracción de órganos. Son víctimas de amenaza, sometidas a agresión física u otras formas de coacción



como rapto o secuestro, fraude y / o engaño (ante promesas e imágenes idílicas) (Asociación para la prevención y reinserción de la mujer prostituida [APRAMP], 2011). Son obligadas a consumir drogas para manejarlas en el rapto, estimulándolas para el consumo, y creando una dependencia. Los agresores abusan del poder o de la situación de vulnerabilidad de las víctimas para presionarlas (Asociación TRABE & Fundación Fernando Pombo, 2021). Este tipo de violencia, produce consecuencias graves a nivel físico (debido a empujones, golpes con las manos u objetos, estrangulamiento), psico-social, económico (a causa de la limitación con el contacto familiar, amenazas, manipulación, vigilancia constante, multas, sanciones o deudas), y en la salud sexual y reproductiva (prácticas de riesgo o forzadas, como la violación) en este colectivo (Federación Mujeres Progresistas, 2016).

Muchas mujeres y niñas en esta circunstancia mantienen una posición sumisa por el propio miedo a la violencia. Esta situación limita que tengan acceso a información sobre salud sexual y reproductiva y a servicios de atención sanitaria; por lo que muchas se niegan a someterse a pruebas o tratamientos y bajo presión, realizan prácticas sexuales de riesgo (ONU Mujeres, s.f.).

Estas prácticas, acarrear consigo ciertas consecuencias como trastornos psicológicos (ansiedades, fobias, soledad, depresión, nerviosismo, baja autoestima, entre otros), traumas o lesiones físicas, embarazos no deseados y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), siendo la más problemática el SIDA.

Las mujeres seropositivas luchan contra el estigma y la exclusión de la sociedad, ya que, debido a que contraen VIH, son marginadas por sus familias o parejas, expulsadas de sus hogares, golpeadas e incluso asesinadas, limitando así sus derechos. Muchas de ellas se ven forzadas a la esterilización o aborto, a la negación del tratamiento o incluso a la prohibición de revelar su estado de salud a sus parejas, sin consentimiento, provocando así, de nuevo, la violación de sus derechos (ONU Mujeres, s. f.).



Este grupo no solo se encuentra en una posición inferior a la del hombre a nivel social, debido a la desigualdad de género, sino que las mujeres también se encuentran en una situación de inequidad sanitaria, ya que son excluidas y discriminadas en diversos sectores de la sociedad, limitándose el acceso a la información de salud por sus condiciones laborales y de vida (Whitehead & Dahlgren, 2010).

A través de la observación social y la experiencia femenina, se refleja la cosificación y por tanto, deshumanización hacia las víctimas de trata, quienes bajo presión, agresiones físicas y / o amenazas, se muestran dominadas, pasivas en la realización de prácticas de riesgo (U.S. Catholic Sisters Against Human Trafficking, 2016).

Derechos humanos vulnerados

El hecho de que múltiples naciones se reunieran en una Asamblea que resultase en la Declaración Universal de los DDHH, derechos pertenecientes a toda persona existente, dignos de promover y proteger por las mismas y traducida a más de 501 idiomas, es un hito en la historia de la humanidad. Sin embargo, contamos con suficientes evidencias para confirmar la vulneración de cuantiosos artículos de dicha declaración en el caso de las mujeres víctimas de trata, evidenciándose que para alcanzar lo que promulga aún resta un largo recorrido. Se considera que la trata de mujeres vulnera los siguientes artículos de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Tabla 1).



Tabla 1. DDHH vulnerados en la trata de mujeres

Artículo 1: Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos.
Artículo 2: Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración.
Artículo 3: Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.
Artículo 4: Nadie estará sometido a esclavitud ni a servidumbre, la esclavitud y la trata de esclavos están prohibidas en todas sus formas.
Artículo 5: Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.
Artículo 7: Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación
Artículo 9: Nadie podrá ser arbitrariamente detenido, preso ni desterrado.
Artículo 10: Toda persona tiene derecho, en condiciones de plena igualdad, a ser oída públicamente y con justicia por un tribunal independiente e imparcial, para la determinación de sus derechos y obligaciones o para el examen de cualquier acusación contra ella en materia penal.
Artículo 13: <ol style="list-style-type: none"> 1. Toda persona tiene derecho a circular libremente y a elegir su residencia en el territorio de un Estado. 2. Toda persona tiene derecho a salir de cualquier país, incluso del propio, y a regresar a su país.
Artículo 14.1: En caso de persecución, toda persona tiene derecho a buscar asilo, y a disfrutar de él, en cualquier país
Artículo 17: Toda persona tiene derecho a la propiedad, individual y colectivamente.
Artículo 23: <ol style="list-style-type: none"> 1. Condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo. 2. Derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria.
Artículo 24: Toda persona tiene derecho al descanso, al disfrute del tiempo libre, a una limitación razonable de la duración del trabajo y a vacaciones periódicas pagadas.
Artículo 25.1: Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
Artículo 26.1: Toda persona tiene derecho a la educación.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Declaración Universal de los Derechos Humanos

En relación a los artículos: 1,2,23 y 26.1 (Tabla 1), no en todos los países mujeres y hombres se encuentran bajo igualdad de derechos. Las mujeres en algunas naciones, especialmente de carácter conservador, suelen tener menos acceso a educación, recursos y empleo. Muchas se ven limitadas a trabajar en el ámbito doméstico. La tasa de desempleo es muy alta (ONU <https://culturacuidados.ua.es>)



Mujeres, 2015). Tratan así de buscar un trabajo que les ofrezca la oportunidad de alcanzar una vida más digna, no siendo en muchos casos capaces de identificar señales de que una oferta laboral pueda ser una estafa de trata (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2018).

Según un informe emitido en 2020 por la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU, 2020) la desigualdad tanto social como económica de la mujer, la falta de acceso a trabajo decente y la pobreza resultante resultan en que aumente la vulnerabilidad a la trata, además, la propia trata perpetúa y acentúa dichas desigualdades.

En relación a los artículos 3,4, y 5 (Tabla 1), la trata es un problema de escala mundial. Entre 2017 y 2018 se contabiliza un total de 74.514 víctimas, aunque se estima que el número de casos no detectados asciende a más de un millón (Escobar, 2021). Se exponen a condiciones horarias deplorables, retención en el lugar en el que estén a cambio de rescates económicos, maltrato físico y psicológico (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013).

Otras aberraciones son el aislamiento, abusos sexuales, humillaciones y amenazas con fines de explotación sexual comercial, esclavitud doméstica, trabajo servil y forzoso, e incluso extracción de órganos. Estas prácticas constituyen, por tanto, tortura y malos tratos (OMS, 2013).

En relación a los artículos 17, 24 y 25.1 (Tabla 1), muchas víctimas se encuentran retenidas en masa en viviendas con ventilación y saneamiento inadecuados. No están formadas para el empleo de equipos pesados o de alto riesgo, no cuentan con equipos de protección, se ven expuestas a peligros químicos, contaminantes bacterianos y transportados por el aire, frío y calor extremos. Verse expuesto a tales factores de riesgo implica problemas de agotamiento, deshidratación, accidentes, problemas respiratorios, entre otros (OMS, 2013).

Según el Informe mundial sobre la trata de personas en 2018 y en 2020 de la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito el 72% de las víctimas de trata son mujeres y niñas, cuyo objeto principal de trata es para fines de explotación sexual (donde conforman el 94%) y embarazo. Así



mismo, las mujeres víctimas de trata utilizadas para trabajos forzados de forma prolongada (18 horas diarias o más) sin descanso o remuneración (UNODC, 2018 y 2020).

El informe *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: trata de personas* de la Organización Mundial de la Salud muestra que el 59% de las víctimas presentaban síntomas físicos y de abuso sexual y el 95% problemas de salud mental (OMS, 2013). Las víctimas afrontan abuso psicológico, físico, sexual, se ven forzadas a usar drogas o alcohol para controlarlas o lo hacen motu proprio para hacer frente a tal difícil situación, sufren restricciones sociales a modo de manipulación emocional, explotación económica, deudas ineludibles e inseguridad jurídica. Padecen así de fatiga, cefaleas, infecciones de transmisión sexual (ITS), dolor de espalda y pérdida considerable de peso (OMS, 2013).

A nivel mental encontramos como consecuencias mayor vulnerabilidad a la depresión, trastornos de estrés postraumático, de ansiedad, somáticos o ideas suicidas. Las víctimas que logran volver a sus hogares se enfrentan a problemas como la estigmatización, inseguridad y estrés si permanecen en lugares cercanos a donde fueron raptadas, por no mencionar el riesgo notable de ser nuevamente víctimas (OMS, 2013).

En relación al artículo 13 (Tabla 1), vinculado con el derecho a la libre circulación entre países de todas las personas, los pasaportes de las víctimas se ven frecuentemente confiscados por los agresores. Las propias víctimas tienen restricción de movimientos por parte del captor (ONU Mujeres, 2015). Aung Ja, superviviente de trata comenta sus vivencias para ONU Mujeres. Aceptó un supuesto trabajo en una fábrica en China y la obligaron a quedarse embarazada. Si el embarazo fallaba un cierto número de veces, entonces te liberaban, pero sólo si pagabas el precio (ONU Mujeres, 2019).

Por último, se considera que la trata de mujeres vulnera los artículos 7,9,10 y 14 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Un estudio conducido por el Ministerio de Justicia y Libertades de Marruecos (dado que Marruecos es uno de los núcleos como país de origen, destino y tránsito



de la trata) describe dicho delito de trata como “jurídicamente invisible”, ya que la legislación nacional no lo define con claridad y la definición de este delito se encuentra bastante ambigua en el Código Penal. Hasta el 2015 se carecía de un marco jurídico apropiado que abordase el problema de manera efectiva (ONU Mujeres, 2015). Cuando la trata sucede en el extranjero, la intervención de las autoridades se imposibilita por estar fuera de las fronteras (ONU Mujeres, 2015).

La inseguridad jurídica creada al confiscar los documentos de identidad o suministrar información falsa a las víctimas puede conducir a la deportación de las mismas o a encarcelamientos injustos, ya que no serían reconocidas como víctimas de un delito, sino que se considerarían infractoras de leyes varias (inmigración, laborales y / o prostitución) (OMS, 2013).

Algunos testimonios ilustran esta situación. “La policía no considera los hechos de trata como casos. Las mujeres son tratadas como prostitutas, pues creen que nunca pueden ser forzadas [a mantener relaciones sexuales]”, explicó para un artículo de ONU Mujeres una representante de una organización civil que ayuda a las sobrevivientes de violencia (ONU Mujeres, 2015). “La mayoría de los países de la región no tienen leyes que protejan a las mujeres refugiadas y migrantes.” Menciona Racha Haffar, activista por los derechos de las mujeres de Túnez, y fundadora y presidenta de la primera ONG contra la trata de seres humanos en Túnez (ONU Mujeres, 2019).

No parece existir una solución real que trate la cuestión de indemnizar a las víctimas de trata, son limitados los casos que han logrado un fallo de indemnización a su favor, mientras que la mayoría de traficantes apenas cumplen meses de prisión como pena.

“Te quedas en estos albergues durante años sin ninguna respuesta a tu solicitud de asilo. Para cuando te dan permiso para quedarte, ya has renunciado a la vida, ya no tienes ganas de vivir, simplemente estás cansada.” Mujer sobreviviente de Islandia para ONU Mujeres (ONU Mujeres, 2020).

Objetivos de desarrollo sostenible



En septiembre de 2015, varios países miembros de la Naciones Unidas elaboraron y aprobaron la Agenda 2030, que contiene los 17 ODS y 169 metas que buscan eliminar la pobreza en todas sus formas, reducir la desigualdad, velar por un crecimiento económico sostenido y proteger el medio ambiente, mediante un marco de paz y cooperación (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, s. f.).

La promesa central y transformadora de la Agenda 2030 es “No dejar a nadie atrás”, además de garantizar los DDHH para todos, la reducción de las desigualdades y vulnerabilidades, así como poner fin a la discriminación y exclusión (Grupo de Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible [GNUDS], s. f.). Los 193 Estados Miembros se comprometieron a cumplir tanto los ODS, como sus correspondientes metas, así como tomar medidas para acabar con todas las formas de explotación, violencia y trabajo forzado que sufren muchas mujeres en todo el mundo (Universal Rights Group et al., 2017).

Encontramos en estos objetivos una forma innovadora de intentar exponer los principales problemas que conciernen a la sociedad a nivel global, intentando interrelacionarlos con los existentes DDHH y así llevarlos a un modo de acción semejante. No obstante, observaremos en los siguientes objetivos que todos esos esfuerzos en cumplirlos resultan insuficientes como sucede en los DDHH expuestos anteriormente (ONU, 2017).

Se considera que la trata de mujeres incumple los siguientes ODS y metas (Tabla 2):



Tabla 2: ODS y metas incumplidas ante la trata de mujeres

ODS 1. Fin de la pobreza	Meta 1.1: “Erradicación de la pobreza extrema”.
Objetivo 5. Igualdad de género.	Meta 5.1: “Poner fin a la discriminación”. Meta 5.2: “Eliminar todas las formas de violencia de género”. Meta 5.3: “Eliminar matrimonio infantil y mutilación genital femenina”. Meta 5.6: “Asegurar el acceso a la salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos”. Meta 5.C: “Aprobar políticas y leyes para la igualdad y el empoderamiento”.
Objetivo 8. Trabajo decente y crecimiento económico.	Meta 8.5: “Lograr el pleno empleo y trabajo decente”. Meta 8.7: “Erradicación la esclavitud, trata y trabajo infantil”. Meta 8.8: “Protección de los derechos laborales y trabajo seguro”.
Objetivo 16. Paz, justicia e instituciones sólidas.	Meta 16.1: “Reducción de todas las formas de violencia”. Meta 16.2: “Erradicación del maltrato, trata y explotación infantil”. Meta 16.A: “Fortalecimiento de instituciones en prevención de la violencia”.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Declaración de ODS y Agenda 2030 ONU, 2015

En cuanto al ODS 1 y su meta 1.1 “Erradicación de la pobreza” (Tabla 2), no se puede olvidar que la trata de mujeres también es una cuestión de pobreza, de ahí la importancia de su erradicación. Muchas mujeres sin recursos están desesperadas por encontrar trabajo y son chantajeadas o engañadas por hombres que les ofrecen un buen empleo y le aseguran un futuro económico para su familia (Red Madrileña de lucha contra la pobreza y la exclusión social [EAPN], 2018).

El ODS 5 y sus metas 5.1, 5.2 y 5.3 (Tabla 2) abogan por la eliminación de todas las formas de violencia contra las mujeres (incluidas la trata y la explotación sexual), tanto en el ámbito público como en el privado, eliminar la mutilación genital femenina y poner fin a la discriminación. La promesa



principal de los ODS “No dejar a nadie atrás” se ve incumplida. Se centran en la discriminación y las desigualdades, cuando los datos confirman que el trabajo forzoso afecta de forma desproporcionada al género femenino y que casi el 75% de todas las víctimas de trata son mujeres y niñas. Para lograr la igualdad entre los géneros, es necesario que todas las mujeres tengan la posibilidad de acceso a un trabajo decente, y no ser forzadas o esclavas de un empleo que tiene como objetivo la explotación mediante medios impropios impuestos por el hombre, usando la fuerza, el fraude y la coerción (Ministerio de derechos sociales y agenda 2030, s. f.; Organización Internacional del Trabajo, [OIT], 2017).

La meta 5.6 “Asegurar el acceso a la salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos”, busca evitar la realización de actividades sexuales de riesgo acompañadas de violencia. Las mujeres víctimas de trata rara vez contarán con protección para mantener de manera segura las relaciones sexuales a las que se ven forzadas, viéndose expuestas a ITS y embarazo (Consejo Internacional de Enfermería [CIE], 2017).

En referencia a la meta 5.C “Aprobar políticas y leyes para la igualdad y el empoderamiento”, aunque la ONU se comprometiera a poner fin a cualquier forma de discriminación contra las mujeres y las niñas en el mundo, aplicando marcos legales y políticas de empoderamiento, estas medidas fueron insuficientes, puesto que la situación de desigualdad de género que existe en la trata de mujeres cada vez se hace más visible (UNODC, 2020).

El ODS 8 y sus metas 8.5, 8.7 y 8.8 (Tabla 2) defienden el trabajo decente y el crecimiento económico, la protección de los derechos laborales, así como la erradicación de la esclavitud y la trata, pero en algunos países, tener un trabajo no es sinónimo de salir de la pobreza, por lo que el Objetivo 8 trata de promover un empleo de calidad, tanto decente como seguro, sin riesgos para todas las personas trabajadoras, más concretamente las mujeres.



Ninguna mujer víctima de trata accede a un trabajo decente. Cuando caen en las redes, pierden sus derechos más básicos, como la libertad, la seguridad y el derecho a vivir sin ser objeto de violencias, sufriendo daños en su salud tanto física como emocional (Gijón et al., 2014).

Por último el ODS 16, hace un llamamiento, a través de sus metas 16.1, 16.2 y 16.A (Tabla 2), a la necesidad de reducir todas las formas de violencia fortaleciendo, entre otros las instituciones encargadas de prevenirlas, la erradicación del maltrato y la trata, sin embargo, la violencia, en todas sus manifestaciones, sigue siendo aún a día de hoy un grave problema, y si no se elimina, no lograremos la paz, que es fundamental para lograr el resto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, s. f.).

Para prevenir esta violencia, cada Estado debería formular e implementar políticas y normas que protejan a las mujeres víctimas de trata. Contradictoriamente numerosas organizaciones expertas advierten que no se avanza en la dirección adecuada para responder a las necesidades de estas mujeres, de hecho, el número de víctimas de redes de explotación sexual no para de crecer (ONU Mujeres, 2020)

Enfermería: actuación desde el punto de vista sociosanitario

Este trabajo se fundamenta en el contexto del paradigma sociocrítico del cuidado, donde en palabras del enfermero e historiador José Siles (1999):

“La enfermera se considera un agente de cambio sociosanitario en cuyo proceso implica tanto al individuo como a la comunidad [...] El concepto de salud es positivo y se reelabora interactivamente[...]El conocimiento se genera en un proceso subjetivo cuyo objetivo es la construcción de nuevas realidades sociosanitarias [...] Este conocimiento se construye mediante la investigación crítica y la pedagogía activa y participativa” (Siles González, 1999).



Así desde este enfoque cooperativo y crítico, fundamentado en un diálogo entre alumnado y docente, y en suma al análisis documental expuesto anteriormente, se elaboraron una serie de recomendaciones para el personal de enfermería, desde el enfoque de activismo en salud (Salazar Maya, 2011). Es competencia de la enfermería adquirir conocimientos para ejecutarlo y desarrollar un propio enfoque crítico que permita contrarrestar las desigualdades e injusticias sociales mediante el cuidado (Eterovic & Stieповich, 2010). Planteamos así las siguientes propuestas en un intento de reducir las situaciones existentes y mejorar las condiciones de vida a las que se ven expuestas las víctimas de trata

- La observación y atención a señales de riesgo de la salud física y emocional de las mujeres para detectar posibles casos de trata, así como fomentar la expresión de dichas situaciones mediante preguntas abiertas, mostrando confianza y privacidad.
- Practicar la empatía y asertividad en el trato con estas pacientes.
- Trabajo en equipo y colaboración con otros profesionales sanitarios y del ámbito social, es decir, multidisciplinar, para una atención, tratamiento y cuidados integrales y adaptados a las necesidades de las víctimas.
- Conocimiento de recursos e instituciones a las que poder derivar a las víctimas para complementar y optimizar la atención y cuidados.
- El compromiso con la visibilización de estas situaciones y la participación en el diseño de medidas para combatir la trata. Los puntos más influyentes en la disminución de casos de trata radican en la promoción de la existencia de dichas atrocidades, proporcionar información necesaria para sensibilizar e involucrar a la sociedad para frenar el consumo de estos servicios, prevención por tanto y protección de víctimas potenciales.



CONCLUSIONES

A lo largo de las últimas décadas se han implantado múltiples acciones dirigidas a la prevención, protección y atención de las mujeres víctimas de trata. El conflicto se genera a la hora de ejecutarlas. Se ha constatado el incumplimiento de los criterios establecidos desde los DDHH y los ODS. Es ineludible para la enfermería, desde un enfoque socio crítico, solventar problemas como la desigualdad de género, la desescolarización, la falta de empleo digno o la pobreza, para brindar oportunidades a estas mujeres y evitar así caer en las manos del proxenetismo. En suma, cada mínima acción desarrollada para acabar con el problema de la trata conduce al impulso de otros movimientos a mayor escala, por lo tanto, sensibilizar al colectivo de Enfermería y a la población es un punto clave.

Agradecimientos: En agradecimiento al personal docente que incentiva la investigación y amplía nuestros horizontes, mostrándonos más labores en la profesión de enfermería a parte del nivel clínico-asistencial. A docentes como Claudia González López, quien nos alentó a compartir nuestro trabajo en el aula y posteriormente con todo el colectivo enfermero. En última instancia para todas aquellas mujeres que se encuentren o hayan estado en situación de trata. Que cada día podamos desprendernos juntas de algún eslabón de las cadenas que nos rodean.

BIBLIOGRAFÍA

Asociación para la Atención Integral de Mujeres en Riesgo Social. AIMUR, (2009). Tráfico y Explotación Sexual de Mujeres Inmigrantes. Recuperado de <https://www.aimur.org/trafico-y-explotacion-sexual-de-mujeres-inmigrantes/>

Asociación para la prevención, reinserción y atención de la mujer prostituida. APRAMP. (2011). La trata con fines de explotación sexual. Recuperado de <https://apramp.org/download/la-trata-con-fines-de-explotacion-sexual/>

Asociación TRABE & Fundación Fernando Pombo. (2021). Una aproximación a la realidad de las mujeres en situación de trata. Diagnóstico de las barreras socio-legales en el acompañamiento de las supervivientes de trata con fines de explotación sexual. Recuperado de <https://www.trabe.org.es/wp-content/uploads/2021/06/Informe-Una-aproximacion-a-la-realidad-de-las-mujeres-en-situacion-de-trata.pdf>



Barvinsk, G. M. (2014). La trata de mujeres con fines de explotación sexual en la región de la triple frontera. URVIO. Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad, (14), 68-78. Recuperado de <https://doi.org/10.17141/urvio.14.2014.1344>

Consejo Internacional de Enfermería. CIE (2017). El papel de los enfermeros para el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Recuperado de https://www.icnvoiceto-lead.com/wp-content/uploads/2017/04/ICN_Guidance_pages_SP_lowres.pdf

Escobar, C. (2021). ¿Cómo prevenir la trata infantil en tiempos de pandemia? 5 recomendaciones de seguridad digital para toda la familia. International Organization for Migration. IOM. Recuperado de <https://rosanjose.iom.int/es/blogs/como-prevenir-la-trata-infantil-en-tiempos-de-pandemia-5-recomendaciones-de-seguridad-digital-para-toda-la-familia>

Escola Universitaria de Enfermaría da Deputación Provincial de Pontevedra. (2021). Guía docente 2021_22 Saúde, dependencia e vulnerabilidade social. Recuperado de https://secretaria.uvigo.gal/docnet-nuevo/guia_docent/index.php?centre=251&ensenyament=P51G140V01&assignatura=P51G140V01412

Eterovic Díaz, C., & Stieповich Bertoni, J. (2010). Enfermería Basada en la Evidencia y Formación Profesional. Ciencia y enfermería, 16(3), 9-14. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532010000300002>

Federación Mujeres Progresistas. (2016). Trata de mujeres con fines de explotación sexual en España. Estudio exploratorio. Recuperado de <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/otrasFormas/trata/datosExplotacionSexual/estudios/DOC/EstudioTrataFederacionMujeresProgresistas.pdf>

Gargallo Vaamonde, L., & Sánchez Fernández, M. de los M. (2011). El tráfico de mujeres para su explotación sexual: Una esclavitud invisible. Revista General de Derecho Penal, 16, 4.

Gijón, M., Cendon, R., & Hernández, A. (2015). Trata de personas y Derechos Humanos: Retos y oportunidades desde la Educación Social. Revista de Educación Social, 20. Recuperado de <https://eduso.net/res/revista/20/el-tema-colaboraciones/trata-de-personas-y-derechos-humanos-retos-y-oportunidades-desde-la-educacion-social/>

Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible. GNUDS. (s. f.). Valores Universales, Principio Dos: No dejar a nadie atrás. Recuperado de <https://unsdg.un.org/es/2030-agenda/universal-values/leave-no-one-behind>

Informe del Secretario General de la Asamblea General de Naciones Unidas (A/75/289). (2020).

Mondéjar Jiménez, J., Vargas Vargas, M., & Meseguer Santamaría, M. L. (2007). Aprendizaje cooperativo en entornos virtuales: El método Jigsaw en asignaturas de estadística. Documentos de Trabajo. Seminario Permanente de Ciencias Sociales, ISSN-e 1988-1118, Nº. 2.



Recuperado de https://www.uclm.es/-/media/Files/C01-Centros/cu-csociales/documentos2007/03_2007.ashx?la=es

Ministerio de derechos sociales y agenda 2030. (s. f.). Agenda2030—Objetivo 5. Igualdad de género. Recuperado de <https://www.agenda2030.gob.es/objetivos/objetivo5.htm>

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. (s. f.). Agenda2030—Objetivo 16. Paz, justicia e instituciones sólidas. Recuperado de <https://www.agenda2030.gob.es/objetivos/objetivo16.htm>

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. (s. f.). Agenda2030—Objetivos de desarrollo sostenible. Recuperado de <https://www.agenda2030.gob.es/objetivos/home.htm>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). Plan Integral de lucha contra la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual. Recuperado de <http://www.interior.gob.es/documents/642012/5707784/Plan+Integral+Trata+2015/f74fd062-48ce-47d4-bedf-aae0ce2a0509>

Organización Internacional del Trabajo. OIT. (2017). Trabajo forzoso, formas modernas de esclavitud y trata de seres humanos. Recuperado de <https://www.ilo.org/global/topics/forced-labour/lang--es/index.htm>

Organización Mundial de la Salud. OMS. (2013). Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Trata de personas. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98857/WHO_RHR_12.42_spa.pdf;sequence=1

Organización de las Naciones Unidas. ONU. (2020). Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional. Recuperado de https://www.ohchr.org/documents/professionalinterest/protocoltraffickinginpersons_sp.pdf

ONU Mujeres (2012). VIH y SIDA. Recuperado de <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/hiv-and-aids>

ONU Mujeres. (2015). Hechos y cifras: Empoderamiento económico. Recuperado de <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/economic-empowerment/facts-and-figures>

ONU Mujeres. (2015). Nuevo proyecto de ley para combatir la trata de personas trae esperanzas en Marruecos. Recuperado de <https://www.unwomen.org/es/news/stories/2015/9/new-draft-law-to-combat-human-trafficking-brings-hope-in-morocco>

ONU Mujeres. (2019). Desde mi perspectiva: “Me obligaron a embarazarme”. <https://www.unwomen.org/es/news/stories/2019/1/from-where-i-stand-aung-ja>



ONU Mujeres. (2019). Yo soy la Generación Igualdad: Racha Haffar, activista contra la trata. Recuperado de <https://www.unwomen.org/es/news/stories/2019/11/i-am-generation-equality-racha-haffar-anti-trafficking-activist>

ONU Mujeres. (2020). Guía para abordar las tendencias emergentes de la trata de personas y sus consecuencias por la pandemia de COVID-19. Recuperado de <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/07/guidance-addressing-emerging-human-trafficking-trends-and-consequences-of-the-covid-19-pandemic>

ONU Mujeres. (s. f.). La violencia contra las mujeres. Recuperado de <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/hiv-and-aids/violence-against-women>

Red Madrileña de lucha contra la pobreza y la exclusión social. EAPN - Madrid. (2018). La pobreza hace aún más vulnerables a las víctimas de tráfico con fines de explotación sexual. Recuperado de http://www.eapnmadrid.org/noticia.asp?id_not=186#.Yf0XUd_MKUI

Salazar Maya, Á. M. (2011). Tendencias internacionales del cuidado de Enfermería. Investigación y Educación en Enfermería, 29(2), 294-304. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3735004>

Siles González J. (1999). Historia de la Enfermería Comunitaria en España. Un enfoque social, político, científico e ideológico de la evolución de los cuidados comunitarios. Index de Enfermería; 24-25. Recuperado de http://www.index-f.com/index-enfermeria/24-25- revista/r24-25_articulo_25-31.php

United Nations Office on Drugs and Crime. UNODC. (2018). Global Report on Trafficking in persons 2018. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/glotip/2018/GLOTiP_2018_BOOK_web_small.pdf

United Nations Office on Drugs and Crime UNODC (2020). Global report on Trafficking in persons 2020. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/tip/2021/GLOTiP_2020_15jan_web.pdf

Universal Rights Group, The Danish Institute for Human Rights, & Permanent Mission of Denmark to the United Nations In Geneva. (2017). Derechos Humanos y Objetivos de Desarrollo Sostenible. Alcanzando sinergias. Recuperado de <https://www.universal-rights.org/lac/urg-policy-reports/derechos-humanos-y-objetivos-de-desarrollo-sostenible-alcanzando-sinergias/>

U.S. Catholic Sisters Against Human Trafficking. (2016). Trata de personas y la deshumanización de la mujer. Recuperado de https://www.ipjc.org/wp-content/uploads/2019/01/USCSAHT-HT-and-the-Objectification-of-Women-module_spanish.pdf

Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2010). Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud, 35. Recuperado de <https://www.sanidad.gov.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/concepDesigual.pdf>



El modelo Precede-Procede: un marco contextual para la salud comunitaria en entornos educativos

The Precede-Procede-Model: a contextual framework for community health in educational settings

O modelo Precede-Proceeds: um quadro contextual para a saúde comunitária em ambientes educativos

Darío Armando Rojas López^{1*}, Erwin Hernando Hernández Rincón², Francisco Lamus Lemus³, Margarita Rocío Zapata Obando⁴

¹Licenciado en Biología, Máster en Salud Pública. Universidad de La Sabana (Colombia). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6077-2921>; Correo electrónico: dariorolo@unisabana.edu.co

²Médico, Máster en Investigación en Atención Primaria, Máster en Gobierno y Dirección Sanitaria, Doctor en Investigación Clínica. Profesor del Departamento de Medicina Familiar y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana (Colombia). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7189-5863>; Correo electrónico: erwinhr@unisabana.edu.co

³Médico, Especialista en Pediatría, Máster en Salud Pública, Máster en Desarrollo Aplicado. Profesor del Departamento de Medicina Familiar y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana (Colombia). Correo electrónico: francisco.lamus@unisabana.edu.co ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1086-2945>

⁴Licenciada en educación artística. Profesora de la Secretaría de Educación del Distrito de Bogotá (Colombia). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8200-9409> Correo: zapata.margarita@gmail.com

Cómo citar este artículo: Rojas, D. A., Hernández, E. H., Lamus, F., & Zapata, M. (2023). El modelo Precede-Procede: un marco contextual para la salud comunitaria en entornos. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(67). <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.22044>

Received: 30/06/2023
Accepted: 03/09/2023.



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

***Correspondencia:** Universidad de La Sabana (Colombia)

Correo electrónico de contacto: dariorolo@unisabana.edu.co

Abstract: Educational communities have the potential to project themselves as transforming niches of living conditions around the identification of health needs and the search for alternatives to solve them. Within the framework of the Master's in Public Health at the Universidad de La Sabana, progress has been made in strategies to generate this link, through support in the formulation of a community health program in an educational environment, based on the adaptation of the model Precede-Procede, a method to plan, conduct and evaluate health education interventions. Taking into account the above, the objective of this article is to



reflect on the contributions of the model for the formulation of community health programs in educational settings, regarding primary health care and the policies of healthy educational settings, considering that they are referents regulations in the Colombian territory. In summary, this model is considered a favorable option for the formulation of health programs in the educational context because it privileges community participation, addresses contextualized problems and gives the possibility for students to integrate from an early age and educational communities to become social managers of their own health.

Keywords: Community-based participatory research; health promotion; health education; school health services; health planning.

Resumen: Las comunidades educativas tienen el potencial de proyectarse como nichos transformadores de las condiciones de vida en torno a la identificación de las necesidades en salud y la búsqueda de alternativas para resolverlas. En el marco de la maestría en Salud Pública de la Universidad de La Sabana se ha avanzado en estrategias para generar este vínculo, a través del acompañamiento en la formulación de un programa de salud comunitaria en un entorno educativo, basados en la adaptación del modelo Precede-Procede, un método para planear, conducir y evaluar intervenciones de educación para la salud. Teniendo en cuenta lo anterior, el objetivo de este artículo es reflexionar sobre los aportes del modelo para la formulación de programas de salud comunitaria en entornos educativos, a propósito de la atención primaria de salud y las políticas de entornos educativos saludables, considerando que son referentes normativos en el territorio colombiano. En síntesis, dicho modelo se considera una opción favorable para la formulación de programas de salud en el contexto educativo porque privilegia la participación comunitaria, aborda problemáticas contextualizadas y da la posibilidad para que desde edades tempranas se integren estudiantes y las comunidades educativas se constituyan como gestoras sociales de su propia salud.

Palabras clave: Investigación participativa basada en la comunidad; promoción de la salud; educación en salud; servicios de salud escolar; planificación en salud.

Resumo: As comunidades educativas têm potencial para se projetarem como nichos transformadores das condições de vida em torno da identificação das necessidades de saúde e da busca de alternativas para solucioná-las. No âmbito do Mestrado em Saúde Pública da Universidad de La Sabana, avançou-se nas estratégias para gerar este vínculo, através do apoio na formulação de um programa de saúde comunitária em ambiente educativo, baseado na adaptação do modelo Precede -Proceder, um método para planejar, conduzir e avaliar intervenções de educação em saúde. Levando em conta o exposto, o objetivo deste artigo é refletir sobre



as contribuições do modelo para a formulação de programas de saúde comunitária em ambientes educativos, no que diz respeito à atenção primária à saúde e às políticas de ambientes educativos saudáveis, considerando que são normas de referência em território colombiano. Em síntese, esse modelo é considerado uma opção favorável para a formulação de programas de saúde no contexto educacional, pois privilegia a participação da comunidade, aborda problemas contextualizados e dá a possibilidade de os alunos se integrarem desde cedo e comunidades educativas em formação gestores sociais de sua própria saúde.

Palavras-chave: Pesquisa participativa de base comunitária; promoção de saúde; educação saudável; serviços de saúde escolar; planejamento em saúde.

INTRODUCCIÓN

La familia, la escuela y la comunidad siempre han sido instituciones evocadas en los discursos de los organismos multilaterales sobre promoción de la salud como escenarios por excelencia para la participación social. Es decir, se consideran espacios donde la educación debe incidir en la construcción de conocimientos y saberes para la generación de procesos transformadores en torno a la comprensión de la salud.

Al respecto, la Declaración de Alma-Ata (OMS, 1978); la Carta de Ottawa (OMS, 1986) y la Renovación de la Atención Primaria de Salud (APS) en las Américas (OPS, 2007) señalan que un sistema de salud fundamentado en la APS debe abordarse desde la familia y la comunidad, como ejes principales de la planificación, para fortalecer sus capacidades en el cuidado y control de su salud. Además, se constituyen en instituciones esenciales para tratar los determinantes sociales. Es así como, dejan en evidencia la necesidad de trascender de una orientación clínica a un énfasis basado en la promoción y prevención que incluya el trabajo, las escuelas y el hogar.

Asimismo, han surgido propuestas para aplicar en el ámbito escolar como la iniciativa regional de escuelas promotoras de la salud a principios de la década de 1990, mediante la colaboración entre sectores de educación y salud, en el desarrollo de actividades de promoción de la salud (Ippolito-



Shepherd et al., 2005) y documentos normativos en la misma dirección como la Estrategia de Entorno Educativo Saludable (MSPS, 2018).

No obstante, llama la atención que todavía la escuela no logra posicionarse como un escenario para la promoción de la salud. Al respecto, Monteiro et al. (2013) señala que, a nivel de América Latina, la literatura científica sobre las escuelas promotoras de salud es escasa. Son pocas las experiencias que se han sistematizado a nivel académico y las investigaciones que hay, se centran en la evaluación de la eficacia de acciones relacionadas con promoción de la salud, o en comprobar el proceso de formación de los actores implicados. Sumado a ello, la estrategia de escuelas saludables, en el periodo 2010-2015 fue implementada únicamente en 18,7% de los Distritos y Municipios Categoría 1, 2 y 3 en el territorio colombiano (MSPS, 2018).

Esto sugiere que, tampoco se está aprovechando la escuela como el escenario potencial que es, para identificar las necesidades de salud de las comunidades, teniendo en cuenta que allí confluyen niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos que, a su vez, son quienes conforman las familias y la población del territorio. Por lo tanto, se considera necesario orientar la promoción de la salud para que se fundamente en las características de cada contexto, presentando propuestas basadas en las demandas locales (Monteiro et al., 2013), y articulando las realidades de las propias instituciones educativas (García et al., 2005).

A partir de lo anterior, surge como preocupación de un docente de Biología, desde su experiencia en Educación Básica y Media, la necesidad de fortalecer los vínculos entre la educación y la salud. Por esta razón, en el marco de la Maestría en Salud Pública de la Universidad de La Sabana encuentra la oportunidad de generar este diálogo, a través de la formulación de un programa de salud comunitaria en un entorno educativo.

En este propósito participa un grupo de estudiantes de segundo grado de Básica Primaria, incluyendo a sus familias y la docente titular del curso, todos ellos pertenecientes a un colegio público ubicado en la localidad de Suba de la ciudad de Bogotá, Colombia. Además, se adopta como referente



principal el modelo Precede-Procede de Green y Kreuter (1999; 2005), que es una herramienta útil para planear intervenciones de educación para la salud.

En este sentido, el objetivo de este trabajo es reflexionar sobre los aportes del modelo Precede-Procede para la formulación de programas de salud comunitaria en entornos educativos, a propósito de la Atención Primaria de Salud (APS) y las políticas de entornos educativos saludables, considerando que son referentes normativos en el territorio colombiano.

DESARROLLO DEL TEMA

Principios de la salud comunitaria desde la aps

Habitualmente hablar de salud en la escuela está asociado a actividades como las brigadas de salud a cargo de hospitales, jornadas de vacunación, controles de higiene oral o tamizajes visuales, es decir, que se privilegia una concepción de la salud para la prevención de la enfermedad. No obstante, también es necesario construir estrategias en torno a la educación para la salud, que se constituyan en acciones para promover el cuidado de esta, incluso, desde los planes de estudio de las diferentes asignaturas como en el propio proyecto educativo institucional de cada comunidad educativa.

En este sentido, desde el año 2011 la APS se ubica en el centro del sistema de salud colombiano (Hernández-Rincón et al., 2017), lo cual implica un énfasis en acciones de salud pública relacionadas con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; la coordinación de acciones intersectoriales; una cultura de autocuidado; el involucramiento y participación de individuos, familias y comunidades (Ley 1438, 2011). Por estas razones, se adopta la concepción de salud comunitaria propuesta desde la APS.

Desde este punto de vista, Pimentel y Correal (2015) señalan que las intervenciones en salud comunitaria deben desarrollarse en el contexto social



en el que se producen los fenómenos de salud y enfermedad y, asimismo, reconocer en la comunidad conocimientos valiosos para la comprensión de los problemas y la búsqueda de soluciones. De la misma manera, es necesario hacer énfasis en que la promoción de la salud y de la vida debe trascender de ser una tarea exclusiva de profesiones relacionadas con las ciencias de la salud.

Fines de las políticas de entornos educativos saludables

La salud en la escuela ha sido una preocupación a nivel institucional en el sector salud, sin embargo, como se señaló en párrafos anteriores es necesario trascender de acciones enmarcadas únicamente en la prevención de la enfermedad; es decir, un entorno educativo no debe ser comprendido solamente como un centro para la ejecución de brigadas de salud para niños, adolescentes y jóvenes. Es así como las políticas actuales en torno a la salud de las comunidades educativas también están alineadas con el objetivo de fortalecer la promoción y educación para la salud.

Teniendo en cuenta que, la formulación del programa de salud comunitaria se propone en y para el contexto escolar, es oportuno reconocer los propósitos de dichas políticas nacionales de entornos y entornos educativos saludables.

En este sentido, el Lineamiento Nacional de Entornos (MINSALUD, 2016) señala como primer aspecto que los entornos saludables son “aquellos escenarios donde transcurre la vida cotidiana de las personas, familias y comunidades y se establecen características para definirlos como saludables” (p. 12), además, propone un marco operativo para que los diferentes sectores proyecten sus procesos o acciones en los entornos, desde un enfoque comunitario, vinculando a los ciudadanos y demás formas organizativas de la comunidad.

De otra parte, la Estrategia de entorno educativo saludable (MSPS, 2018), señala que los entornos educativos saludables corresponden a:



Escenarios de vida cotidiana donde la comunidad educativa desarrolla capacidades a través de procesos de enseñanza y aprendizaje contextualizados, que permiten la construcción social y reproducción de la cultura, el pensamiento, la afectividad, los hábitos y estilos de vida, que brindarán mejores formas de vivir y relacionarse consigo mismo, con los demás y con el ambiente. (MSPS, 2018: 9)

Por otro lado, la formulación de programas de salud comunitaria se ubica dentro de uno de sus componentes, señalado tanto en los lineamientos como en la estrategia, denominado educación integral e integrada para la promoción del desarrollo humano, la calidad de vida y el desarrollo sostenible. Por tal razón, es importante tener en cuenta el desarrollo de actividades que incentiven la identificación de problemáticas, el diálogo de saberes, la selección de herramientas y metodologías educativas pertinentes, la formación de agentes multiplicadores y las oportunidades para transformar problemáticas de su realidad (MINSALUD, 2016, p. 30).

Conceptualización y aportes del modelo *Precede-Procede*

El modelo Precede-Procede, en este contexto, puede definirse como una opción favorable para la formulación de programas de salud comunitaria en el marco de la APS y alineado con las políticas de los entornos educativos saludables en el territorio colombiano, ya que es un modelo que privilegia la participación comunitaria; aborda problemáticas contextualizadas y da la posibilidad de que los mismos actores que conforman, en este caso la escuela, se conviertan en gestores sociales de su propia salud.

También conviene decir que, el modelo Precede-Procede es un marco contextual que permite un abordaje de las actividades en educación para la salud desde una perspectiva de aprendizaje; propone estrategias acordes con las necesidades de grupos sociales específicos; posibilita realizar un amplio diagnóstico de salud de la comunidad; e insiste en la importancia de acciones transformadoras en los niveles individual, social y cultural (Crosby y Noar, 2011; García et al., 2005; National Cancer Institute, 2005; Saulle et al., 2020).



Vale la pena mencionar que su acrónimo en inglés significa predisposing, reinforcing, and enabling constructs in educational diagnosis and evaluation-policy, regulatory, and organizational constructs in educational and environmental development (Crosby & Noar, 2011), y sus autores Green y Kreuter (1999) lo definen como un modelo teórico y práctico con enfoque educativo y ecológico para planear y evaluar intervenciones en salud.

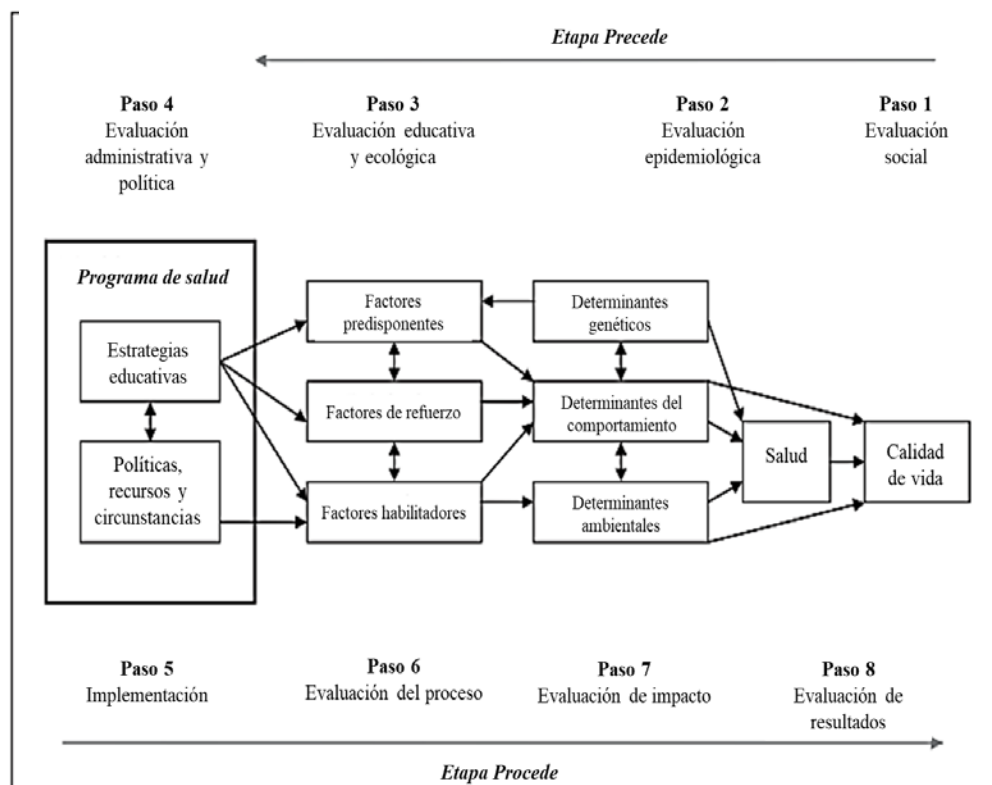
Las comunidades que comparten culturas y tradiciones, en este caso los estudiantes, docentes y madres y padres de familia, también tienen la capacidad de sentir y asimilar los efectos de los cambios acordados y aceptados por ellos (García et al., 2005), es decir, que la escuela se vuelve un escenario propicio para lograr objetivos con gran alcance social y de las condiciones de vida a partir del trabajo en torno a la salud de la comunidad educativa.

Dicho de otro modo, este modelo también aporta a cerrar la amplia brecha entre la teoría y la práctica en relación con la salud y la educación, teniendo en cuenta que las intervenciones escolares siguen siendo fundamentadas en el modelo biomédico. Esto se refleja en programas de tipo biologicista, con enfoque de riesgo y comúnmente dirigidas por el sector salud (Hernández-Sánchez et al., 2019).



El modelo Precede-Procede en términos generales está compuesto por dos etapas (figura 1). La primera, denominada Precede, está constituida por 4 pasos que buscan generar un diagnóstico y evaluación con fines educacionales de la población objetivo y tienen como fin generar y adaptar un programa de salud a sus propias necesidades. La segunda, la etapa Procede (o Proceed), está conformada por otros cuatro pasos relacionados con el desempeño, la implementación, las evaluaciones y el impacto de la intervención en los determinantes del comportamiento (Saulle et al., 2020) (Figura 1).

Figura 1. Representación visual del Modelo Precede-Procede (Green & Kreuter, 2005).



Fuente: Adaptación de Porter (2015)

No obstante, en este trabajo, solo se profundiza en la primera etapa, ya que se enmarca en una investigación que busca generar aportes para la for-



mulación de un programa de salud de acuerdo con las necesidades y problemáticas presentes en un contexto escolar de la ciudad de Bogotá. En este sentido, se presentan las características que definen cada uno de los pasos constitutivos de la etapa Precede y sus aportes para las comunidades educativas.

Evaluación social

Busca analizar la calidad de vida de una comunidad e identificar y evaluar las áreas potenciales para la acción de la salud, a partir de la utilización de información tanto objetiva como subjetiva de las personas que hacen parte del grupo (García et al., 2005; Porter, 2015), es decir, se identifica un problema o aspiración de carácter social que tiene un impacto sustancial en la salud y la calidad de vida de la comunidad (Crosby & Noar, 2011; Jack et al., 2010).

En el contexto escolar, por ejemplo, puede iniciarse con la caracterización de la comunidad objetivo con la indagación de sus condiciones de vida y reconociendo los diferentes grupos diferenciales que la conforman. Posteriormente, todos los actores implicados pueden priorizar qué aspecto trabajar desde el programa de salud, como es el caso de la violencia intrafamiliar, el uso de sustancias psicoactivas en la población, la inseguridad barrial, las caídas de superficies planas dadas las condiciones de las vías, o desde la perspectiva positiva, sobre cómo aumentar las posibilidades de recreación de los niños y niñas, entre otras, siempre y cuando sean problemáticas presentes en su cotidianidad.

En este sentido, aplicar este paso, permite trabajar sobre problemáticas o aspiraciones priorizadas, y a su vez, superar el hecho de que sean programas planeados desde intereses del sector salud (Hernández-Sánchez et al., 2019).

Evaluación epidemiológica



En este paso se identifican los problemas de salud que están relacionados con el indicador social priorizado en el paso anterior y sus causas principalmente conductuales y ambientales, aunque también se pueden considerar los aspectos genéticos (Carlson et al., 2008; Jack et al., 2010).

Para esto, se analizan los problemas de salud que pueden ser cambiados a través del programa de salud y, posteriormente, se establece uno o algunos de alta prioridad. De esta forma, se determinan los objetivos generales de cambio que se proyectan a través de la intervención (Crosby & Noar, 2011; Jack et al., 2010).

Siguiendo la misma línea de uno de los ejemplos anteriores, si el problema priorizado fuera la violencia intrafamiliar, la comunidad puede seleccionar como objetivo general, disminuir los índices de agresiones físicas y verbales en las familias que hacen parte del entorno educativo a pesar de que existan otras dificultades al interior de los hogares.

Es importante destacar que este análisis puede hacerse a partir de datos existentes secundarios con los que cuente la institución educativa, o incluso la localidad, para no crear objetivos de planificación poco realistas (Crosby & Noar, 2011). En el caso de que no existan, es necesario asignar tiempo y recursos para esta actividad, con la ventaja de que esto daría la posibilidad de obtener datos directos sobre el grupo escolar objetivo.

Al llegar a este punto, cumplir los objetivos de salud requieren cambios principalmente en el comportamiento y en el entorno (Crosby & Noar, 2011), por eso, en este paso también se hace un análisis de las acciones personales y colectivas que tienen relación con el problema priorizado (García et al., 2005).

Por ejemplo, en el caso de la violencia intrafamiliar, se puede indagar sobre las causas comportamentales que originan las agresiones físicas y verbales al interior de los hogares, pero también sobre los escenarios físicos y sociales que las promueven, y nuevamente hacer un ejercicio de priorización para poder modificarlas a través de estrategias educativas.



Adicionalmente, los determinantes del comportamiento pueden comprenderse desde tres niveles. Los más próximos, son los factores individuales que contribuyen a la aparición y gravedad del problema de salud priorizado; los siguientes, son comportamientos de otras personas que pueden afectar directamente el comportamiento de las personas en riesgo; y el tercer y más distal, es la acción de los tomadores de decisiones cuyas determinaciones afectan el entorno social o físico que influye en las personas que están en riesgo, por esto, planificar a partir de estos tres niveles, aumenta la posibilidad de que se creen intervenciones integrales y efectivas (Carlson et al., 2008).

Mientras que, los determinantes ambientales son los factores sociales y físicos externos al individuo, que están comúnmente fuera del control personal, pero que pueden modificarse para influir en el resultado de salud esperado. Generalmente, requieren acciones diferentes a la educación, por ejemplo, la construcción o modificación de políticas públicas (Carlson et al., 2008).

Evaluación educativa y ecológica

Después de seleccionar el problema de salud a priorizar y los factores ambientales y de comportamiento que se abordarán en el programa, en este paso se evalúan los aspectos que pueden ser modificados para mantener un proceso de cambio en relación con el estado de salud y la calidad de vida (García et al., 2005), y es el paso donde se diseña un plan de acción para cumplir cada uno de los objetivos específicos.

En este punto se deben identificar y considerar los factores predisponentes, reforzadores y habilitadores en relación con la problemática priorizada, ya que cada tipo de factor requiere de una estrategia de intervención diferente (Crosby & Noar, 2011; National Cancer Institute, 2005).

Los factores predisponentes son aquellos que motivan o proporcionan una razón para un comportamiento e incluyen conocimientos, actitudes,



creencias culturales y disponibilidad para el cambio; los factores reforzadores o de refuerzo, se suceden después de identificar los factores de predisposición relevantes, y consisten en los métodos para ayudar a asegurar que los comportamientos deseados se repitan, por medio de recompensas o incentivos continuos; y los factores habilitadores son las condiciones necesarias que deben estar presentes para que ocurra el comportamiento, tales como recursos disponibles, políticas de apoyo, asistencia y servicios (Crosby & Noar, 2011; National Cancer Institute, 2005).

Por ejemplo, un factor predisponente en relación con la violencia intrafamiliar puede ser que, al padre de familia, a causa de creencias soportadas en el machismo histórico de las sociedades conservadoras, manifiesta que él grita a su compañera sentimental y la trata “fuerte” porque así es que “entiende”. Esto implica proponer un plan de acción participativo para que los padres y, también estudiantes y madres de familia, aprendan, reconozcan e interioricen nuevas formas de comprender la importancia de la reivindicación y respeto de la mujer en la sociedad y de las nuevas masculinidades. A su vez, puede sugerirse desde qué asignaturas puede abordarse, como es el caso de las ciencias sociales, ética o cátedra de paz, o en espacios de formación de adultos como es el caso de las escuelas de padres de familia.

Mientras que, un factor de refuerzo para bajar los índices de violencia intrafamiliar, después de identificar que los actores manifiestan no saber cómo responder “calmadamente” ante una discusión en el hogar, puede consistir en proponer la creación de un método desde las asignaturas de humanidades, para aprender a modificar palabras ofensivas y hostiles por frases conciliadoras que lleven a escenarios de respeto y, por ejemplo, volverlo parte de los acuerdos del hogar.

En cambio, un factor habilitador para abordar el mismo caso de la violencia en la familia, puede otorgarlo la propia institución, a través de departamentos como el de psico-orientación al crear capacitaciones y estrategias de acompañamiento en torno a la resolución de conflictos en el hogar.



Evaluación administrativa y política

Consiste en un análisis de las políticas, recursos y circunstancias que se deben tener en cuenta en el programa de educación para la salud que se diseñe (García et al., 2005), es decir, en el contexto escolar implica generar un diálogo entre las estrategias educativas propuestas con el marco de cada institución educativa.

Lo anterior, implica identificar, por ejemplo, los principios, fines y características del Proyecto Educativo Institucional (PEI) y de otros proyectos como los relacionados con la convivencia o el medio ambiente y a la luz de esto, seleccionar cuáles planes de acción propuestos en el paso anterior tienen mayor posibilidad de éxito (Porter, 2015). Dicho de otra manera, construir un programa en torno a una o unas problemáticas de salud comunitaria, bajo este modelo no debe concebirse como una acción aislada o como un proyecto adicional; por el contrario, este debe proyectarse como propuestas que se alineen a las dinámicas institucionales e incluso a los planes de estudio.

Continuando con el ejemplo propuesto, en este paso se espera que las estrategias educativas formuladas para disminuir la violencia intrafamiliar, por ejemplo, se propongan como un eje estratégico de los planes de mejoramiento institucional y que se puedan abordar como una temática transversal en las principales asignaturas, teniendo en cuenta que es una necesidad sentida de la comunidad.

Posteriormente, García et al. (2005) proponen un último paso que consiste en la propuesta consolidada del programa de salud comunitaria, el cual es el producto de las evaluaciones anteriores. Adicionalmente, se puede agregar un ajuste participativo por parte de la comunidad educativa antes de su ejecución, en el que se discutan aspectos como tiempos, recursos, etapas, actores implicados y resultados esperados.



Posteriormente, en términos propios del modelo, continuaría la ejecución de la etapa *Procede*, que como se dijo anteriormente, implicaría la implementación del programa de salud y sus respectivas evaluaciones.

CONSIDERACIONES FINALES

La escuela tiene el potencial de posicionarse como un escenario para la promoción de la salud. Esto quiere decir que, se pueden reorientar los esfuerzos comunitarios e intersectoriales hacia la mejoría de las condiciones de vida de la población, a través de iniciativas de promoción de la salud que no sean exclusivos del sector salud y fundamentadas en el modelo biomédico; por el contrario, que permitan la identificación de las necesidades en salud de las comunidades educativas y a partir de esto, crear programas contextualizados.

Dentro del panorama nacional, el modelo *Precede-Precede* puede constituirse como una opción favorable para la formulación de programas de salud comunitaria en el marco de la APS y alineado con las políticas de los entornos educativos saludables, ya que este es un marco contextual que privilegia el enganche y la participación comunitaria; aborda problemáticas contextualizadas y da la posibilidad de que los mismos actores se conviertan en gestores sociales de su propia salud.

Adicionalmente, este modelo ofrece aportes específicos en cada una de las evaluaciones que lo conforman para la formulación de programas de salud comunitaria en entornos educativos, tales como:

- La identificación de las áreas potenciales para la acción y transformación de la salud, por medio de la evaluación social. Esto, a través del análisis de la información de la propia comunidad educativa.
- La identificación de los problemas de salud relacionados con indicadores sociales priorizados y las causas principalmente con-



ductuales y ambientales que los sustentan, a través de la evaluación epidemiológica. Asimismo, permite la consolidación de los objetivos generales y específicos del programa de salud que se formulará.

- La evaluación educativa y ecológica reconoce los aspectos que pueden ser modificados para mantener un proceso de cambio en relación con el estado de salud y la calidad de vida de la comunidad educativa. También, posibilita diseñar un plan de acción para cumplir cada uno de los objetivos específicos propuestos para el programa de salud.
- La evaluación administrativa y política identifica las políticas, recursos y circunstancias de la propia institución educativa, para que se pueda llevar a cabo el programa de salud que se diseñe. En suma, es el paso más importante en el contexto escolar, porque permitirá articular el producto resultante al propio proyecto educativo institucional y a los planes de estudio.

Para finalizar, es importante mencionar que este manuscrito únicamente aborda las potencialidades del modelo Precede-Procede en relación con la formulación de programas de salud comunitaria en los entornos escolares. No obstante, también es oportuno destacar que este mismo marco cuenta con las evaluaciones de la etapa Procede, para hacer el seguimiento al programa. Esto permitirá medir su impacto y los resultados obtenidos durante su ejecución.

BIBLIOGRAFÍA

- Carlson, A., McDonald, E., Gary, T., & Bone, L. (2008). Using the PRECEDE-PROCEED model to apply health behaviour theories. *In Health behavior and health education: Theory, research and practice*, pp. 407–434. [https://doi.org/10.1016/S0033-3506\(49\)81524-1](https://doi.org/10.1016/S0033-3506(49)81524-1)
- Crosby, R., & Noar, S. M. (2011). What is a planning model? An introduction to PRECEDE-PROCEED. *Journal of Public Health Dentistry*, 71(Suppl. 1). <https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2011.00235.x>



- García, J., Owen, E., & Flórez-Alarcón, L. (2005). Aplicación del modelo Precede-Proceed para el diseño de un programa de educación en salud. *Psicología y Salud*, 15(1), 135–151. <https://doi.org/https://doi.org/10.25009/pys.v15i1.831>
- Green, L., & Kreuter, M. (1991). *Health promotion planning: an educational and environmental approach*. NY:Mayfield Publishing.
- Green, L., & Kreuter, M. (1999). *Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach*. NY: Mayfield Publishing.
- Green, L. y Kreuter, M. (2005). *Health Program Planning An Educational and Ecological Approach*. NY:McGraw-Hill.
- Green, L., Kreuter, M., Deeds, S., & Partridge, K. (1980). *Health education planning: A diagnostic approach*. NY:Mayfield Publishing.
- Hernández-Rincón, E. H., Lamus-Lemus, F., Carratalá-Munuera, C., Orozco-Beltrán, D., Jaramillo-Hoyos, C. L., & Robles-Hernández, G. (2017). Building community capacity in leadership for primary health care in Colombia. *MEDICC Review*, 19(2–3), 65–70. <https://doi.org/10.37757/mr2017.v19.n2-3.11>
- Hernández-Sánchez, J., Oviedo-Cáceres, M. del P., Rincón, A., Hakspiel-Plata, Ma., & Mantilla, B. (2019). Tendencias teóricas y prácticas de la promoción de la salud en el ámbito escolar en Latinoamérica. *Revista de La Universidad Industrial de Santander. Salud*, 51(2), 155–168. <https://doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019007>
- Ippolito-Shepherd, J., Cerqueira, M. T., & Ortega, D. P. (2005). Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud en las Americas. *Promotion & Education*, 12(3–4), 220–229. <https://doi.org/10.1177/10253823050120030139>
- Jack, L., Grim, M., Gross, T., Lynch, S., & McLin, C. (2010). Theory in Health Promotion Programs. In *Health Promotion Programs: From Theory to Practice* (pp. 57–79). <https://doi.org/10.1093/heapro/dar055>
- MINSALUD (2011). Ley 1438. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY_1438_DE_2011.pdf
- MINSALUD. (2016). *Lineamientos Nacionales de Entornos*. Bogotá: Minsalud.
- Monteiro, C., Lobato, M. de F., & Luiza, V. L. (2013). Health promoting schools in Latin America : A review of the period 1996-2009. *Revista Brasileira de Promoção de Saúde*, 26(1), 117–127.
- MSPS. (2018). *Estrategia de entorno educativo saludable*. Bogotá: Minsalud.
- National Cancer Institute. (2005). *Theory at a Glance A guide For Health Promotion Practice* (Second Edition). San Francisco: In Health.



Organización Mundial de la Salud (OMS). (1978). Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata:OMS. Recuperado de <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392400002165>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/10206/2_carta_de_ottawa.pdf

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2007). *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud*. Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

Pimentel, J. P., & Correal, C. A. (2015). Reflexiones sobre el concepto de salud comunitaria y consideraciones para su aplicación. *Salud Uninorte*, 31(2), 415–423. <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/7657/7589>

Polaino-Lorente, A. (1987). *Educación para la Salud*. Barcelona: Herder.

Porter, C. M. (2015). Revisiting Precede-Proceed: A leading model for ecological and ethical health promotion. *Health Education Journal*, 75(6), 753–764. <https://doi.org/10.1177/0017896915619645>

Saulle, R., Sinopoli, A., De Paula Baer, A., Mannocci, A., Marino, M., De Belvis, A. G., Federici, A., & La Torre, G. (2020). The PRECEDE-PROCEED model as a tool in Public Health screening: a systematic review. *La Clínica Terapeutica*, 171(2), e167–e177. <https://doi.org/10.7417/CT.2020.2208>



Reportes de casos clínicos de pacientes tras revascularización miocárdica basado en la Teoría de Enfermería de Medio Rango para la Rehabilitación Cardiovascular

Clinical case report of patients after myocardial revascularization based on the Medium-Range Nursing Theory for Cardiovascular Rehabilitation

Relato de casos clínicos de pacientes após revascularização miocárdica fundamentados na Teoria de Enfermagem de Médio Alcance para Reabilitação Cardiovascular

Kairo Cardoso da Frota^{1*}, Keila Maria de Azevedo Ponte², Francisco Douglas Canafístula de Souza³, Maria Sinara Farias⁴, Dafne Lopes Salles⁵

^{1*}Enfermeiro pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Mestrando em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde na Universidade Estadual do Ceará (UECE). Sobral- CE, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7887-327X>; Correo electrónico:kairo.enfer@gmail.com

²Enfermeira Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela UECE. Docente do Curso de Enfermagem da UVA. Sobral- CE, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5215-7745>; Correo electrónico: keilinhaponte@hotmail.com

³Discente do Curso de Enfermagem da UVA. Sobral- CE, Brasil. Orcid:[https://orcid.org/0000-0002-](https://orcid.org/0000-0002-8845-1062)

8845-1062; Correo electrónico: douglas21091997@gmail.com

⁴Enfermeira Doutoranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde na UECE. Fortaleza- CE, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2695-502X>; Correo electrónico: sinarafariasbc@gmail.com

⁵Enfermeira Doutora em Saúde Coletiva na UECE. Docente do Curso de Enfermagem da UVA. Sobral- CE, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8129-3428>; Correo electrónico: dafnelopessalles@gmail.com

***Correspondência:** Rua Monsenhor Joaquim Arnóbio de Andrade, N. 84, Bairro Pedrinhas, Sobral- Ceará- Brasil.

Correo electrónico de contacto: kairo.enfer@gmail.com

Cómo citar este artículo: Kairo Cardoso da Frota: Frota, K. C., Ponte, K. M. A., Souza, F. D. C., Farias, M. A., & Salles, D. L. (2023). Reportes de casos clínicos de pacientes tras revascularización mio-cárdica basado en la Teoría de Enfermería de Medio Rango para la Rehabilitación. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(67).<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.18534>

Received: 13/07/2023
Accepted: 02/09/2023.



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 objective is to describe home patient care plans after myocardial revascularization (MR) based on the Mid-Range Nursing Theory



for Cardiovascular Rehabilitation (TMA Enf-RCV). This is a multiple case study in which data collection was performed at the home of seven patients in the postoperative period of MRI, in Sobral-Ceará, between June and December 2019. The information collected was organized in individual reports and then, joint analytical synthesis was performed. The assessment of rehabilitating behavior and stimulus for cardiovascular rehabilitation (CVR) involved physiological adaptive problems, self-concept, role performance and interdependence, with 50% of nursing diagnoses focusing on problems and being associated with the physiological mode and 57% of health promotion diagnoses were related to self-concept mode. The nursing rehabilitation intervention included the promotion of physical exercises, encouragement of the patient and family in care, education about adaptive strategies, psychosocial support, among others. This study supports the applicability of TMA Enf-RCV as an effective intervention for CVR with a focus on quality of life.

Keywords: Nursing theory; myocardial revascularization; cardiac rehabilitation; quality of life.

Resumen: El objetivo es describir los planes de atención domiciliaria del paciente después de la revascularización miocárdica (RM) basados en la Teoría de Enfermería de Rango Medio para la Rehabilitación Cardiovascular (TMA Enf-RCV). Se trata de un estudio de caso múltiple en el que la recogida de datos se realizó en el domicilio de siete pacientes en el postoperatorio de RM, en Sobral-Ceará, entre junio y diciembre de 2019. La información recogida se organizó en informes individuales y luego, se realizó la síntesis analítica conjunta. La evaluación de la conducta rehabilitadora y el estímulo para la rehabilitación cardiovascular (RCV) involucró problemas fisiológicos adaptativos, autoconcepto, desempeño de roles e interdependencia, con un 50% de los diagnósticos de enfermería centrados en problemas y asociados con el modo fisiológico y un 57% de los diagnósticos de promoción de la salud se relacionaron con el modo de autoconcepto. La intervención de rehabilitación de enfermería incluyó la promoción de ejercicios físicos, el estímulo del paciente y la familia en el cuidado, educación sobre estrategias adaptativas, apoyo psicosocial, entre otros. Este estudio respalda la aplicabilidad de TMA Enf-RCV como una intervención eficaz para el RCV con un enfoque en la calidad de vida.

Palabras clave: Teoría de enfermería; revascularización miocárdica; rehabilitación cardíaca; calidad de vida;

Resumo: Objetiva-se descrever planos de cuidados de pacientes em domicílio após revascularização miocárdica (RM) fundamentados na Teoria de Enfermagem de Médio Alcance para Reabilitação Cardiovascular (TMA Enf-RCV). Trata-se de um estudo de casos múltiplo no qual a coleta de dados realizou-se no domicílio de sete pacientes em pós-operatório de RM, em Sobral-Ceará, entre junho e dezembro de 2019. As informações

<https://culturacuidados.ua.es>



coletadas foram organizadas em relatórios individuais e em seguida, realizada síntese analítica conjunta. A avaliação do comportamento reabilitador e estímulo para reabilitação cardiovascular (RCV) envolveram problemas adaptativos fisiológicos, de autoconceito, de desempenho de papel e de interdependência, sendo que 50% dos diagnósticos de enfermagem tinham foco nos problemas e se associaram ao modo fisiológico e 57% dos diagnósticos de promoção da saúde foram referentes ao modo autoconceito. A intervenção reabilitadora de enfermagem contemplou promoção de exercícios físicos, encorajamento do paciente e da família no cuidado, educação acerca de estratégias adaptativas, suporte psicossocial, dentre outros. Este estudo subsidia a aplicabilidade da TMA Enf-RCV como intervenção efetiva para a RCV com foco na qualidade de vida.

Palavras-chave: Teoria de enfermagem; revascularização miocárdica; reabilitação cardíaca; qualidade de vida.

INTRODUÇÃO

A cirurgia de revascularização miocárdica (RM) é considerada, atualmente, um dos principais métodos de tratamento indicado para pacientes com doenças coronarianas em estado avançado, consistindo em um enxerto arterial coronário que objetiva isolar a artéria ocluída e restabelecer a perfusão do vaso sanguíneo afetado, preservando o miocárdio (Ribeiro et al., 2018; Branco; Pereira, 2016).

Nessa perspectiva, compreende-se que terapias cirúrgicas cardiológicas, como a RM, são complexas, independente da fase operatória, o que requer um tratamento adequado em todas essas fases. Assim, o pós-operatório de RM, período durante o qual se observa e se assiste à recuperação do paciente, é marcado por diversas particularidades, principalmente por se tratar de um período de cuidado crítico (Duarte, 2012).

Com isso, cabe ao enfermeiro desenvolver cuidados diretos a tais pacientes, sendo necessária uma atenção redobrada por este profissional, pois as intervenções têm impacto significativos no processo de recuperação e alcance de satisfatória qualidade de vida (Ribeiro, 2018).



Nesse sentido, a enfermagem deve atuar no processo de reabilitação cardiovascular (RCV) com o objetivo de devolver os indivíduos à sociedade com qualidade de vida a partir de ações como: treinamentos, educação em saúde, gerenciamento de fatores de risco, atenção à saúde psicossocial, dentre outros (Ribeiro, 2018). Assim, compreende-se que o período de RCV é de fundamental importância para que a pessoa retome suas atividades e adote uma atitude de independência mesmo após a cirurgia (Rodrigues et al., 2018).

À vista do exposto, existem várias maneiras de auxiliar o paciente em RCV após cirurgia de RM. As teorias de enfermagem são estratégias que direcionam esses cuidados com base nas necessidades específicas de cada paciente. Farias (2018) propõe a Teoria de Enfermagem de Médio Alcance para Reabilitação Cardiovascular (TMA Enf-RCV).

A TMA Enf-RCV é uma teoria de enfermagem proposta em 2018, sendo fruto de dissertação do Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-graduação da Universidade Estadual do Ceará. A teoria direciona o processo de cuidar às pessoas pós evento cardiovascular, com vistas à reabilitação física, social e psicológica, promovendo mudanças de comportamentos de saúde e gestão do cuidado pelo paciente e família, com contribuição do enfermeiro e da enfermagem (Farias, 2018).

Assim, esta pesquisa tem como pergunta norteadora: quais os cuidados individuais em domicílio à pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica a partir da TMA Enf-RCV?

Este estudo é pertinente por relatar casos inéditos de cuidados de enfermagem a partir de uma teoria de enfermagem recém desenvolvida, a qual pretende auxiliar o processo de reabilitação de inúmeros pacientes que se submetem à RM em um aspecto que poucos indivíduos conhecem no qual a enfermagem pode estar auxiliando com autonomia e cientificidade- a RCV supervisionada.



A proposta é uma iniciativa que dá voz ao trabalho da enfermagem, utilizando-se do que ela tem de melhor: a possibilidade de cuidar através da ciência e com comprometimento social e autonomia, levando em consideração que, atualmente, vivencia-se um momento histórico de valorização do trabalho da enfermagem através da campanha NursingNow.

Nesse ínterim, objetiva-se descrever planos de cuidados de pacientes em domicílio após revascularização miocárdica (RM) fundamentados na Teoria de Enfermagem de Médio Alcance para Reabilitação Cardiovascular (TMA Enf-RCV).

MÉTODODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo estudo de casos múltiplo, por envolver mais do que um único caso, tornando-se vantajoso por proporcionar, por meio das evidências desses casos, um estudo mais robusto (Dutra & Reis, 2016). Para a sua construção utilizou-se as seguintes etapas: 1) Definir e projetar; 2) Preparar, coletar e analisar e 3) Analisar e Construir.

A definição e projeção diz respeito à elaboração e planejamento da abordagem dos casos, sendo assim necessário traçar a questão de pesquisa a ser trabalhada, sua proposição teórica, a unidade de análise e a vinculação dos dados à proposição (Yin, 2015). Tais características do presente estudo encontram-se dispostas no quadro 1.

Quadro 1- Componentes da Etapa 1 do estudo de casos: definir e projetar, Sobral-Ceará, 2020.

Questão de pesquisa do estudo de casos	Quais os cuidados individuais em domicílio à pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica a partir da Teoria de Enfermagem de Médio Alcance para Reabilitação Cardiovascular (TMA Enf-RCV)?
Proposição teórica	Os cuidados individuais em domicílio a partir da TMA Enf-RCV sistematizam os cuidados de enfermagem direcionados às reais necessidades dos pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica e melhoram a qualidade de vida
Unidade de análise	Pacientes em pós-operatório tardio de cirurgia de revascularização miocárdica
Vinculação dos dados à proposição	Técnica analítica

Fonte- Própria



Na segunda etapa da construção do estudo foram conduzidas as intervenções e preparados os relatórios individuais para, por fim, realizar sua análise e construção final, conforme apresenta-se detalhadamente a seguir.

Os participantes incluídos foram pacientes em pós-operatório de cirurgia de RM internados no Hospital Padre José Linhares Ponte, situado em Sobral-Ceará, com idade a partir dos 18 anos e residentes do município onde realizou-se o estudo, tendo em vista a necessidade de realizar visita domiciliar, totalizando-se sete participantes. Tais pacientes foram identificados através de busca-ativa e abordados individualmente na beira do leito, onde era feito o convite para participar do estudo mediante o esclarecendo de seus objetivos e a apresentação do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para assinatura.

Nesse momento, os pacientes ficavam cientes da realização de uma visita domiciliar para promoção da qualidade de vida e RCV, a qual era agendada imediatamente após a sua alta, através de contato telefônico, a ser desenvolvida após aproximadamente 15 dias. O período de coleta de dados compreendeu entre junho e dezembro de 2019.

As visitas domiciliares foram fundamentais no processo de enfermagem da TMA Enf-RCV e os casos eram posteriormente sistematizados em relatórios individuais. Para a organização dos diagnósticos de enfermagem utilizou-se a taxonomia da Nanda-I 2018-2020.

O processo de enfermagem da TMA Enf-RCV tem como fases: avaliação do cuidado reabilitador e estímulos para RCV; diagnósticos de enfermagem; planejamento do cuidado reabilitador; intervenção reabilitadora de enfermagem e avaliação do cuidado reabilitador.

Na primeira etapa, avaliação do comportamento reabilitador e estímulo para RCV, o único indicador de que a pessoa consegue ou conseguiu reabilitar-se é o seu comportamento. Assim, nesta primeira fase, são levantados dados sobre o estado atual de reabilitação física, psicológica e social, com



base nos indicadores empíricos do conceito RCV apresentados na primeira fase de desenvolvimento da TMA Enf-RCV (Farias, 2018).

Na segunda etapa, diagnóstico de enfermagem, realiza-se a identificação de problemas a partir da interpretação dos comportamentos do paciente e de seus estímulos para a RCV (Farias, 2018).

A terceira etapa, estabelecimento do objetivo, é definida como a determinação de afirmações claras de resultados comportamentais nos cuidados de enfermagem para pessoa. O objetivo a ser estabelecido pode ser a longo ou curto prazo para identificar um resultado comportamental que promove a RCV. A designação dos objetivos é relativa à situação em questão. Esta etapa designa não apenas o comportamento a ser observado, mas a forma como o comportamento mudará e a extensão do tempo no qual o objetivo deverá ser atingido (Roy & Andrews, 2001).

A quarta etapa, intervenção, uma vez selecionada uma das abordagens adequadas para intervenção em enfermagem, o enfermeiro deverá determinar e iniciar os passos que servirão para alterar o estímulo adequadamente. Ao implementar a intervenção de enfermagem, o enfermeiro procede depois à avaliação da eficácia (Farias, 2018).

A avaliação, última etapa do PE, envolve a apreciação da eficácia da intervenção de enfermagem em relação ao comportamento da pessoa. O objetivo determinado no quarto passo foi atingido? Para isto, o enfermeiro avalia o comportamento da pessoa depois das intervenções terem sido implementadas. A intervenção é julgada efetiva se o comportamento da pessoa for de encontro aos objetivos iniciais, a RCV (Farias, 2018).

As informações sistematizadas nos relatórios foram analisadas individualmente para a familiarização com os padrões únicos de cada caso e em seguida, realizou-se uma síntese analítica de todo o material.

Para a realização do presente estudo, respeitou-se todos os aspectos éticos descritos na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. A pesquisa



foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual Vale do Acaraú com número 2.989.392 e CAAE: 93514618.6.0000.5053.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Avaliação do comportamento reabilitador e estímulo para reabilitação cardiovascular

Na avaliação do comportamento reabilitador e estímulo para RCV realizou-se a coleta de informações acerca do comportamento reabilitador do paciente em domicílio e os estímulos para a RCV de acordo com os modos adaptativos descritos por Roy (2009) e com os indicadores empíricos do conceito de RCV descritos por Farias (2018). Os modos adaptativos são: modo fisiológico, modo de autoconceito, modo de desempenho de papel e modo de interdependência (Roy, 2009).

O modo fisiológico é definido como o modo da pessoa responder, como um ser físico, aos incentivos ambientais. Está associado com processos físicos e químicos envolvidos nas funções e atividades de organismos vivos (Medeiros et al., 2015; Roy & Andrews 2001). As características que identificaram efetiva RCV dos pacientes em seu estado atual, a partir do modo fisiológico foram: independência funcional por meio do autocuidado, cuidados efetivos com dieta alimentar, controle do peso, adesão medicamentosa e controle pressórico.

Quanto à independência funcional, pode-se observar que a maioria dos pacientes do estudo eram conscientes do seu papel para a melhoria do estado de saúde geral. Foi perceptível o empoderamento para a realização de atividades vitais que não necessitavam de grandes esforços físicos, como se higienizar.

Os cuidados com a dieta e o controle do peso foram bastante discutidos, observando-se a adoção de bons hábitos, os quais foram declarados como



explicitados pelos profissionais de saúde do hospital durante a alta hospitalar.

Para analisar a adesão medicamentosa, foi solicitado que os pacientes e os familiares cuidadores explicassem como era o esquema de administração, percebendo-se a eficácia através da correta verbalização. Além disso, foram sanadas dúvidas sobre efeitos colaterais e ação dos medicamentos.

No que diz respeito ao controle pressórico, ressalta-se que durante a visita foi realizada a aferição da pressão arterial de todos os pacientes, constatando-se normalidade em seis casos. Apenas um paciente estava com o valor da pressão arterial elevado, porém com o desenrolar da visita, em uma segunda aferição, também foi constatada a normalidade.

Os problemas adaptativos fisiológicos observados que possivelmente influenciarão negativamente no processo de RCV foram: padrão inadequado de atividade e repouso, privação do sono, algia, dificuldade de deambulação e prática de atividades físicas deficientes.

O segundo modo adaptativo avaliado foi de autoconceito. O modo autoconceito é um dos modos que trata dos aspectos psicossociais da pessoa (Roy & Andrews, 2001). As características verificadas como preditoras de efetiva RCV que contemplaram o modo de autoconceito foram: autoconsciência e espiritualidade elevada. Os problemas adaptativos encontrados foram: ansiedade, baixa autoestima, pouco conhecimento sobre o processo de reabilitação cardiovascular e sentimentos de incerteza.

Verificou-se autoconsciência a partir da verbalização sobre as condições para a melhora do estado de saúde atual, principalmente acerca da influência dos hábitos alimentares no pós-operatório. Por outro lado, observou-se pouco conhecimento dos pacientes acerca das limitações impostas pelo procedimento terapêutico e da importância da realização de exercícios físicos.

A espiritualidade elevada e a expressão de desejo para enfrentar os problemas adaptativos, bem como melhorar o conhecimento, a partir do engajamento na visita domiciliar, foram considerados estímulos para a RCV.



Tendo em vista o caráter simbólico do coração e as implicações que esse simbolismo tem sobre as emoções dos indivíduos, é notória a importância do aspecto psíquico do paciente cardíaco como um dos determinantes do prognóstico que afeta diretamente no resultado das intervenções cirúrgicas (Mucenieks et al., 2018). Nesse ínterim, reforça-se que a RCV apresenta-se como uma ferramenta não-farmacológica que contribuiu para minimizar os efeitos psicológicos negativos evidenciados em pós-operatórios de cirurgias cardíacas (Garlet et al., 2017).

O terceiro modo adaptativo avaliado foi de desempenho de papel, o qual se refere aos papéis que os indivíduos ocupam na sociedade, atendendo à necessidade de integridade social (Medeiros et al., 2015). Dessa maneira, a satisfação em atividades recreativas foi verificada como comportamento reabilitador relacionado ao desempenho de papel. O problema adaptativo principal estava relacionado ao afastamento laboral.

Sendo assim, foi possível notar que todos os pacientes possuíam apoio familiar, o que interferia diretamente na adesão à atividades recreativas em domicílio, como jogos, assistir televisão e conversar com os vizinhos na calçada. Apesar de quase metade dos participantes serem aposentados, foram evidenciados discursos de incapacidade para o retorno à atividade laboral, porém foi explicado que a reinserção das atividades deve ser gradual e que, naquele momento, o mais importante era o reestabelecimento da saúde.

Em dois casos específicos a situação financeira desfavorável foi observada como fator principal para esse problema adaptativo, isso porque os pacientes eram os principais provedores do sustento da família. Lanzoni et al (2015) expõe que no primeiro ano após a cirurgia, medo e depressão podem estar presentes, relacionados, principalmente, aos aspectos socioeconômicos.

Dessa forma, estudo evidencia que a cirurgia de RM traz consigo muitas mudanças e incertezas em relação ao futuro, como a possível incapacidade para o trabalho, efetivação da aposentadoria e redução da renda familiar,



dentre outras. Nesse cenário, o profissional de saúde deve perceber a importância da orientação pós-operatória, quando podem sugerir possíveis caminhos para a resolução dos problemas resultantes da cirurgia (Lanzoni et al., 2015).

O quarto modo adaptativo trata-se do modo de interdependência, o qual é tipo como o relacionamento interpessoal do indivíduo (Medeiros et al., 2015). Verificou-se como comportamento reabilitador o melhor relacionamento interpessoal com seus pares e como problemas adaptativos a falta de autonomia social e a pouca confiança nos serviços de saúde. O melhor relacionamento interpessoal com os seus pares estava intimamente relacionado à satisfação em atividades recreativas e à autoconfiança, sendo esses dois verbalizados como preditoras da boa relação de dar e receber amor, cuidado e atenção. Por outro lado, a falta de autonomia social foi dialogada como relacionada à insatisfação socioeconômica para a realização de desejos financiáveis.

A pouca confiança nos serviços de saúde diz respeito ao fato de a maioria dos participantes se sentir desamparados pela rede de atenção à saúde, sendo verbalizado que poucas eram as iniciativas de cuidado por parte da atenção primária e em alguns casos, não houve assistência nenhuma, nem mesmo para a troca do curativo da incisão esternal. Medeiros et al (2015) salientam que os sistemas de apoio são todas as pessoas, grupos ou animais que contribuem para a satisfação das necessidades de interdependência da pessoa. Além disso, pode-se contar também com grupos de apoio, por meio de intervenções educativas, troca de experiência e auxílio mútuo, sem esquecer do suporte do sistema de saúde em todos os seus níveis.

De forma complementar à primeira etapa da primeira fase do processo de enfermagem, aplica-se a avaliação do estímulo. Aqui, o evento cardiovascular como estímulo focal para necessidade de RCV, terá o mesmo objetivo da primeira etapa apresentada, ou seja, promover a RCV (Farias, 2018). Os estímulos utilizados para promover a mudança do comportamento de saúde foram processos educativos, apoio psicossocial ao paciente e a família e supervisão de exercício físico. Dessa maneira, salienta-se que o efeito que



o estímulo tem sobre o comportamento reabilitador é singular, ou seja, cada pessoa pode apresentar resposta diferente (Roy & Andrews, 2001).

Diagnósticos de Enfermagem

Os diagnósticos de enfermagem foram estruturados dentro dos quatro modos adaptativos de Roy (2009) e classificados, para melhor organização, como diagnósticos de problema, de promoção da saúde e de risco. Os diagnósticos de problema foram terminologicamente estruturados em rótulo (nomenclatura do diagnóstico), problema de adaptação (correspondente à característica definidora) e estímulo (correspondente à fator relacionado), encontrando-se dispostos no quadro 2.

Dos diagnósticos de enfermagem identificados, 50% (7) destes eram de problemas relacionados ao modo fisiológico, nos quais os principais estímulos influenciadores negativos à RCV deste modo adaptativo foram: falta de condicionamento físico e sentimentos negativos.

A falta de condicionamento físico, o desconforto físico ou o treinamento insuficiente para a prática de atividades físicas foram estímulos responsáveis por 57% (8) dos diagnósticos de enfermagem do tipo problema, sendo verificados não só como estímulos direcionados às repercussões fisiológicas, tendo em vista que também estiveram relacionados aos modos adaptativos de autoconceito e de desempenho de papel, através dos diagnósticos de enfermagem Baixa Autoestima Situacional e Desempenho de Papel Ineficaz, respectivamente.

De acordo com estudo, o exercício físico é a intervenção primária implementada em programas de RCV, sendo sua ação inquestionável. A utilização adequada à prática de exercício físico estruturado nos indivíduos pode auxiliar de forma positiva no controle dos fatores de risco relacionados à doença, favorecendo uma mudança no estilo de vida (Pereira Júnior, 2018).



Quadro 2- Diagnósticos de Enfermagem com foco nos problemas, Sobral-Ceará, 2020

Modo Adaptativo	Rótulo	Problema de Adaptação	Estímulos
Fisiológico	Insônia	Dificuldade para iniciar o sono	Ansiedade, medo e desconforto físico, relacionados à ameaça à condição atual
	Padrão Respiratório Ineficaz	Dispneia a médios esforços	Falta de condicionamento físico
	Deambulação Prejudicada	Dificuldade para andar uma distância necessária	Falta de condicionamento físico
	Fadiga	Dificuldade para manter o nível habitual de atividades físicas	Falta de condicionamento físico
	Estilo de vida sedentário	Falta de condicionamento físico	Treinamento insuficiente para fazer exercício físico
	Conforto Prejudicado	Descontentamento com o condicionamento físico atual	Falta de condicionamento físico
	Dor Crônica	Dor precordial contínua de média intensidade	Aspectos multifatoriais do pós-operatório
Autoconceito	Baixa autoestima situacional	Percepção negativa sobre a situação atual	Falta de condicionamento físico e produtividade diminuída
	Medo	Preocupações excessivas	Sensação de ameaça à condição atual
	Ansiedade	Preocupações em razão de mudança em eventos da vida	Falta de conhecimento
	Enfrentamento Ineficaz	Sensação de incapacidade para lidar com a situação atual	Incapacidade de conservar energias adaptativas
	Conhecimento deficiente	Dificuldade em discernir as práticas de saúde favoráveis ao processo de reabilitação cardiovascular	Ausência de acesso à informação sobre o processo de reabilitação cardiovascular
Desempenho de Papel	Desempenho de papel ineficaz	Incapacidade para retornar ao papel habitual	Falta de condicionamento físico
Interdependência	Sentimento de impotência	Insatisfação da atenção ao cuidado pelo sistema de saúde público	Distanciamento de serviços de saúde

Fonte: Própria

Por outro lado, verificou-se o fato de que os sentimentos e as percepções dos pacientes não foram considerados estímulos exclusivos do modo adap-



tativo de autoconceito pois também apresentaram-se diretamente relacionados ao aspecto fisiológico, através do diagnóstico de enfermagem Insônia.

Desse modo, o procedimento cirúrgico acarreta impacto emocional no paciente, principalmente ao se tratar de uma cirurgia cardíaca, onde, o mesmo, irá sentir ansiedade, medo e dor, sentimentos esses que geram mudanças emocionais no pré e no pós-operatório, assim, seu lado emocional pode se encontrar fora do equilíbrio padrão (Castro et al., 2019).

Já aos diagnósticos de enfermagem com foco na promoção da saúde possuem rótulo e expressão do comportamento favorável à RCV, encontrando-se dispostos no quadro 3.

Quadro 3- Diagnósticos de enfermagem com foco na promoção da saúde, Sobral-Ceará, 2020

Modo Adaptativo	Rótulo	Comportamento favorável à reabilitação cardiovascular
Fisiológico	Disposição para autocuidado melhorado	Expressa desejo de melhorar o autocuidado
	Disposição para conforto melhorado	Expressa desejo de aumentar a sensação de contentamento
Autoconceito	Disposição para enfrentamento melhorado	Expressa desejo de aumentar o uso de estratégias voltadas ao problema
	Disposição para letramento em saúde melhorado	Expressa desejo de aumentar a compreensão de informações de saúde para fazer escolhas de cuidados de saúde
	Disposição para conhecimento melhorado	Expressa desejo de melhorar a aprendizagem
	Disposição para bem-estar espiritual melhorado	Expressa desejo de aumentar o enfrentamento
Interdependência	Disposição para enfrentamento familiar melhorado	Expressa desejo de reconhecer o impacto de crescimento da crise vivenciada

Fonte: Própria

Observa-se que 57% (4) dos diagnósticos de promoção da saúde foram referentes ao modo autoconceito, o que pressupõe que os pacientes possuíam expresso desejo de melhorar principalmente os aspectos psicossociais,



enquadrando-se os desejos de aumentar o uso de estratégias voltadas ao problema, de aumentar a compreensão de informações de saúde para fazer escolhas de cuidados de saúde, de melhorar a aprendizagem e de aumentar o enfrentamento.

Vasco (2018) reforça que os programas de RCV consistem numa abordagem multidisciplinar que promove não só um estilo de vida mais saudável, com o controle dos vários fatores de risco cardiovascular, como também inclui a abordagem do contexto psicossocial do doente.

Dessa maneira, segundo pesquisa desenvolvida por Knebel & Marin (2018), os fatores psicossociais são reconhecidos pelos pacientes como uma das importantes causas do seu adoecimento cardiovascular, ressaltando-se vivências de perdas e sobrecarga laboral. Os demais diagnósticos de enfermagem com foco na promoção da saúde envolveram o autocuidado, o conforto e o enfrentamento familiar. Não foram identificadas expressões de melhora no modo adaptativo de desempenho de papel. A melhor justificativa para a inexistência de diagnósticos referentes a esse modo adaptativo diz respeito ao fato de os pacientes estarem, em sua maioria, desestimulados quanto às possibilidades de retornarem aos seus papéis habituais, principalmente devido ao distanciamento laboral.

Os diagnósticos de enfermagem com foco nos riscos, dispostos no quadro 4, são caracterizados como aspectos que favorecem a possibilidade de um novo evento cardiovascular ou que são potenciais problemas de adaptação para a efetiva RCV, possuindo rótulo.

Foram identificados 3 (três) riscos referentes à possibilidade de um novo evento cardiovascular, sendo eles: risco de débito cardíaco diminuído, risco de perfusão tissular cardíaca diminuída e risco de perfusão tissular periférica diminuída. Os demais riscos se configuraram como potenciais problemas de adaptação para RCV.



Quadro 4- Diagnósticos de enfermagem com foco nos riscos, Sobral-Ceará, 2020.

Modo Adaptativo	Rótulo
Fisiológico	Risco de débito cardíaco diminuído
	Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída
	Risco de perfusão tissular periférica diminuída
	Risco de Infecção
	Risco de recuperação cirúrgica retardada
	Risco de intolerância à atividade
Autoconceito	Risco de autoestima crônica
Desempenho de Papel	Risco de síndrome do estresse por mudança
Interdependência	Risco de planejamento de atividade ineficaz

Fonte: Própria

A OMS (2016) destaca que a maioria das patologias cardíacas podem ser prevenidas por meio da abordagem de fatores comportamentais de risco. Logo, verifica-se que quanto maior o risco cardíaco, maior a perda de funcionalidade dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca (Cordeiro et al., 2016).

Segundo Farias (2018), após a avaliação do estímulo ocorrido, o enfermeiro possui grande relevância com a implementação de cuidados reabilitadores, com vistas à reabilitação física, social e psicológica da pessoa avaliada, tornando-a capaz de manter as atividades cotidianas. Assim, tem-se



como resultados esperados a adaptação, a partir de mudanças no comportamento de saúde da pessoa que sofreu evento cardiovascular, diminuindo o risco cardíaco, ou seja, a possibilidade de a pessoa desenvolver um evento cardiovascular.

Diante do exposto, compreende-se que os diagnósticos de enfermagem tratam-se de subsídios para o direcionamento da conduta sistematizada da enfermagem, contribuindo diretamente para uma melhor terapêutica do paciente que apresente alguma complicação advinda do pós-operatório de RM. Além disso, auxiliam na tomada de decisão do enfermeiro e norteiam a equipe de enfermagem na assistência prestada, favorecendo uma assistência humanizada e voltada para as necessidades do paciente (Ribeiro et al., 2019).

Planejamento do cuidado reabilitador, intervenção reabilitadora de enfermagem e avaliação do cuidado

A terceira etapa do processo de enfermagem envolve estabelecer objetivos, a curto ou longo prazo, com determinações de afirmações claras de resultados comportamentais que promovem a RCV (Roy & Andrews, 2001). Por conseguinte, determina-se como intervir para auxiliar a pessoa a atingir os objetivos e iniciar os passos que servirão para alterar o estímulo adequadamente (Farias, 2018).

O quadro 5 apresenta os resultados comportamentais esperados para a RCV e as intervenções reabilitadoras de enfermagem para o alcance desses resultados, de acordo com os diagnósticos de enfermagem identificados anteriormente em cada modo adaptativo.



Quadro 5- Planejamento do cuidado reabilitador e intervenção reabilitadora de enfermagem, Sobral, Ceará, 2020

Modo Adaptativo	Rótulo do diagnóstico de enfermagem	Resultados comportamentais esperados para a RCV	Intervenção reabilitadora de enfermagem
Fisiológico	Insônia	Reestabelecimento do sono	Encorajar o uso de técnicas de relaxamento antes de dormir; orientar acerca da importância de um ambiente calmo e seguro e promover o uso de coxim para promover posição confortável
	Padrão respiratório ineficaz	Estado respiratório eficaz	Orientar acerca da associação do padrão respiratório ineficaz ao estado de saúde; orientar exercícios de controle ventilatório e incentivar adequadas práticas de exercícios físicos
	Deambulação prejudicada	Deambulação sem dificuldade	Promover exercícios de caminhada supervisionados com gradual aumento da intensidade a partir da evolução do estado de reabilitação
	Fadiga	Capacidade de realizar trabalho físico habitual	Incentivar a realização de atividades diárias básicas para a estimulação física e respiratória
	Estilo de vida sedentário	Realização de exercícios físicos regulares	Fazer atividades de pouca duração e curta distância, como: andar na rua caminhando por 30 minutos e incentivar a adesão aos exercícios físicos, gradualmente, de forma a torná-los contínuos
	Conforto prejudicado	Contentamento com o condicionamento físico	Orientar acerca da gradatividade do processo de reabilitação e encorajar a aceitar novas restrições físicas
	Dor crônica	Alívio da dor	Orientar quanto aos métodos não-farmacológicos para o alívio da dor, acerca da associação da dor precordial ao processo de pós-operatório cardíaco e orientar sinais de piora
	Risco de débito cardíaco diminuído	Estabilidade das funções cardiovasculares	Orientar sinais e sintomas de potencial comprometimento cardíaco importante e incentivar o uso correto das medicações
	Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída	Estabilidade da perfusão tissular cardíaca	Orientar sinais e sintomas de potencial comprometimento cardíaco importante e incentivar o uso correto das medicações
	Risco de perfusão tissular periférica diminuída	Estabilidade da perfusão tissular periférica	Incentivar o uso correto das medicações; orientar alimentação saudável e diminuição da ingestão de sódio e promover exercícios que melhoram a circulação sanguínea.



	Risco de infecção	Ausência de processo infeccioso	Orientar sobre sinais de infecção e os cuidados necessários com a ferida operatória
	Risco de recuperação cirúrgica retardada	Recuperação cirúrgica efetiva	Realizar a escuta de todas as queixas e observar a associação a sintomas que indicam complicações pós-operatória; orientar acerca da limpeza correta da ferida cirúrgica; orientar acerca de sinais de piora do quadro clínico e promover educação para o autocuidado
	Risco de intolerância à atividade	Suficiente energia para suportar ou completar as atividades diárias requeridas ou desejadas	Promover exercícios físicos e encorajar a participação em atividades diárias do lar consideradas de pouca exaustão
Autoconceito	Baixa autoestima situacional	Autoestima preservada	Dar suporte emocional; auxiliar a esclarecer ideias errôneas quanto à situação de saúde e encorajar a aceitar novas condições
	Medo	Ausência de medo	Encorajar a verbalização de sentimentos e percepções; promover escuta qualificada e garantir informações sobre o processo de RCV
	Ansiedade	Redução da ansiedade	Oferecer informações reais sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico; orientar estratégias de alívio da ansiedade por meio do controle da respiração e adaptação do ambiente e orientar a família sobre como lidar com esses sentimentos
	Enfrentamento ineficaz	Enfrentamento eficaz	Esclarecer sobre os cuidados essenciais para o retorno às atividades cotidianas e os benefícios das práticas de atividades físicas, boa alimentação e do controle emocional
	Conhecimento deficiente	Conhecimento efetivo	Promover educação em saúde no domicílio com a família e o paciente, garantindo informações sobre o processo de reabilitação e as formas de empoderamento para o autocuidado responsável
Desempenho de Papel	Desempenho de papel ineficaz	Desempenho de papel eficaz	Auxiliar na compreensão do estado de saúde atual e das suas repercussões fisiológicas e promover a reflexão acerca de novos papéis que possam ser exercidos, como incentivar às atividades laborais em domicílio e recreação
	Risco da síndrome do estresse	Enfrentamento do estresse	Realizar escuta ativa e promover adequadas orientações sobre o processo de reabilitação com foco no



	tresse por mudança		retorno à vida cotidiana
Interdependência	Situação de impotência	Controle situacional	Orientar a busca pelo centro de saúde da família para recorrer a todas as demandas de saúde
	Risco de planejamento de atividade ineficaz	Planejo de atividade eficaz	Auxiliar a identificação de atividades prazerosas e orientar o planejamento de atividades em conjunto com a família

Fonte: Própria

O plano de cuidados envolveu o desenvolvimento de estratégias para o enfrentamento dos estímulos que prejudicam o processo de RCV, com foco na adaptação do paciente. Assim, todas as intervenções realizadas para cada diagnóstico de enfermagem buscaram responder à pergunta: “como modificar o(s) estímulo(s) adequadamente de forma a promover a adaptação do indivíduo?”.

Farias (2018) destaca que o ser cardiopata em reabilitação vivencia novas situações em sua vida que necessitam ser enfrentadas da melhor forma possível, em que um profissional com conhecimentos, habilidades e atitudes adequadas, poderá proporcionar o estímulo à autonomia do paciente, para que experencie de forma satisfatória e retorne às atividades normais com êxito.

Diante desse contexto, reforça-se a importância dos cuidados clínicos de enfermagem direcionados às pessoas com cardiopatias, pois exige do enfermeiro atenção integral, sendo necessária prestação de cuidados que diminuam reincidências e facilite o retorno às atividades o mais precoce possível (Farias, 2018).

Os pacientes desde estudo se encontravam na fase II da RCV, a qual é iniciada após a alta hospitalar. Segundo a Diretriz Brasileira de RCV (2020), esta fase tem como objetivos principais conseguir modificações de fatores de risco e recuperação do paciente depois do evento cardíaco. Assim, cabe ao enfermeiro contribuir com a educação do paciente em relação



ao conhecimento da própria doença, sinais e sintomas, uso correto de medicação, adoção de hábitos de vida saudáveis e auxiliar na prática regular dos exercícios, em conjunto com a equipe multidisciplinar.

Nessa perspectiva, foram realizadas intervenções com foco nos modos adaptativos, sendo elas, no geral: promover exercícios físicos, encorajar o paciente e a família no cuidado, educar as pessoas envolvidas acerca de estratégias adaptativas, incentivar hábitos de vida saudáveis, orientar sinais e sintomas de agravamento do estado de saúde, auxiliar no retorno às atividades cotidianas e dar suporte psicossocial.

Quanto a promoção de exercícios físicos, compreende-se que devem ser iniciados com baixa intensidade, havendo pouco impacto nas primeiras semanas, servindo principalmente para a adaptação inicial e prevenção de lesões musculoesqueléticas (Diretriz Sul-Americana de Prevenção e Reabilitação Cardiovascular, 2014).

Neste estudo, realizou-se apenas um encontro com os pacientes, não sendo possível acompanhar e supervisionar os exercícios físicos, porém foram realizadas as orientações necessárias para a sua continuidade responsável.

Em estudo de Gomes (2016), constatou-se que o treinamento físico contínuo melhorou a capacidade funcional dos pacientes após três anos de seguimento, sendo o acompanhamento a longo prazo uma estratégia eficaz no controle de fatores de risco nessa população. Tais exercícios são indicados, sobretudo, para prevenção e tratamento da hipertensão, bem como de outros fatores de risco cardiovasculares.

No tocante aos processos educativos desenvolvidos, verifica-se que os pacientes podem ter uma RCV quando são sensibilizados sobre o evento e têm conhecimento sobre sua situação de saúde, sendo necessário o desenvolvimento de atividades que orientem os envolvidos no processo, a fim de tornar o paciente capacitado para suprir as necessidades básicas e realizar as atividades de vida diárias (Farias, 2018).



Barreiros (2018) afirma que a importância de um enfermeiro de reabilitação em cardiologia está diretamente relacionado à transferência de informações sobre a fisiopatologia da doença cardíaca, os mecanismos de ação dos fármacos em uso, a relação da doença com a atividade física diária e as possíveis implicações na sua vida profissional.

Por outro lado, o suporte psicossocial, é destacado como uma intervenção importante de enfermagem, tendo em vista sua relação com a efetividade da RCV. Em pesquisa de Mucenieks et al. (2018), foi observado que as manifestações psicológicas desenvolvidas pelo paciente operado, como depressão, síndrome geral de adaptação, transtorno pós-traumático, fobias incapacitantes, dentre outras, pode ter como resultado complicações fisiológicas que envolvem prejuízos permanentes à saúde.

Sendo assim, o plano de cuidados desenvolvido a partir do referencial teórico da TMA Enf-RCV proporcionou a melhor organização sistemática das intervenções a partir das informações colhidas e dos diagnósticos de enfermagem encontrados, sendo possível focar nos aspectos importantes para a RCV, sendo eles os estímulos para a RCV e os modos adaptativos.

A avaliação do cuidado reabilitador foi desenvolvida após quinze dias das visitas domiciliares. Realizou-se um encontro com cada paciente na ocasião da consulta médica de retorno no hospital no qual a cirurgia foi realizada. Nesse momento foram resgatados os relatórios individuais produzidos e indagados os aspectos que foram melhorados e não-melhorados no curto período de tempo.

Foram observadas melhoras em todos os aspectos levantados no plano de cuidados, porém nesta ocasião não objetivou-se mensurar tais aspectos já que a RCV configura-se como um processo contínuo de cuidado em que as intervenções são flexíveis e adaptadas às necessidades do paciente naquele determinado período. Logo, a avaliação do cuidado reabilitador deve ser constante e fazer parte do processo de enfermagem da TMA



Enf-RCV, estando o enfermeiro preparado para adaptar seu plano de cuidados.

Sugere-se novas pesquisas que mensurem os achados qualitativos aqui identificados, sobretudo quanto à última fase do processo de enfermagem, comparando-se ao estado de saúde inicial dos pacientes. Reforça-se que a TMA Enf-RCV encontra-se em processo de testagem e este estudo inicial possibilitou reconhecer seus atributos aplicados à prática.

CONCLUSÃO

Este estudo subsidia a aplicabilidade da TMA Enf-RCV como intervenção efetiva para a RCV com foco na qualidade de vida. Pode-se verificar os principais problemas adaptativos dos pacientes estudados, elencar os respectivos diagnósticos de enfermagem e elaborar um plano de cuidados condizente às necessidades reais dos indivíduos.

A avaliação do comportamento reabilitador e estímulo para RCV envolveram problemas adaptativos fisiológicos, de autoconceito, de desempenho de papel e de interdependência, sendo 50% dos diagnósticos de enfermagem com foco nos problemas adaptativos e 57% dos diagnósticos de enfermagem de promoção da saúde referentes ao modo autoconceito. Além disso, a intervenção reabilitadora de enfermagem contemplou um plano de cuidados holísticos incluindo a promoção de exercícios físicos, o encorajamento do paciente e da família no cuidado, a educação acerca de estratégias adaptativas, o suporte psicossocial, dentre outros aspectos.

As contribuições deste estudo se revelam pelo impacto no reconhecimento científico da enfermagem e de novas possibilidades de cuidados aos pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca, de forma holística e supervisionada.

Espera-se que este trabalho incentive o desenvolvimento de novas pesquisas que envolvam referenciais teóricos da enfermagem na abordagem a



pacientes em RCV e que sejam conferidas novas intervenções, em caráter experimental, que reforcem ainda mais este estudo de casos.

REFERÊNCIAS

Barreiros, A. M. C. (2018). *O comportamento no autocuidado da pessoa com patologia cardíaca* (Dissertação de Mestrado). Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.19/4944>

Branco, C. S. P. C. e Pereira, H. O. (2016). Cuidados de enfermagem ao paciente em pós-operatório imediato de cirurgia de revascularização do miocárdio. *Enfermagem Revista*, 19 (1), 72-84. Recuperado de <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/11639/10314>

Castro, L. V., et al. (2019). O impacto emocional da cirurgia cardíaca. *Revista Científica Fagoc Multidisciplinar*, 4 (1). Recuperado de <https://revista.unifagoc.edu.br/index.php/multidisciplinar/article/view/496/436>

Cordeiro, A. L. L., et al. (2016). Risco Cirúrgico e Funcionalidade em Pacientes Submetidos à Cirurgia Cardíaca. *International Journal of Cardiovascular Sciences*, 29 (5), 385-389. Recuperado de <http://www.onlineijcs.org/sumario/29/pdf/v29n5a07.pdf>

Dutra, H. S. & Reis, V. N. (2016). Desenhos de estudos experimentais e quase-experimentais: definições e desafios na pesquisa em enfermagem. *Rev enferm UFPE on line*, 10 (6), 30-41. Recuperado de 10.5205/reuol.9199-80250-1-SM1006201639

Duarte, S. C. M., et al. (2012). O cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: um estudo de caso. *Esc Anna Nery*, 14 (4), 657-665. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452012000400003&script=sci_abstract&tlng=pt

North American Nursing Diagnosis Association (2018). *Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020*. Porto Alegre: Artmed.

Farias, M. S. (2018) *Reabilitação cardiovascular: proposta de uma teoria de enfermagem de médio alcance* (Dissertação de mestrado). Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará. Recuperado de <http://www.uece.br/ppclis/wp-content/uploads/sites/55/2019/12/MSINARA.pdf>

Garlet, A. B., et al. (2017). Relação entre classe funcional e fração de ejeção do ventrículo esquerdo em pacientes com doença coronariana candidatos à reabilitação cardíaca. *Sci*



Med, 27 (3). Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/318669260_Relacao_entre_classe_funcional_e_fracao_de_ejecao_do_ventriculo_esquerdo_em_pacientes_com_doenca_coronariana_candidatos_a_reabilitacao_cardiaca

Gomes, M. J., et al. (2016). Reabilitação cardiovascular melhora capacidade funcional de pacientes cardiopatas após 3 anos de seguimento. *ConScientiae Saúde*, 15 (4). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/929/92950553002.pdf>

Knebel, I. L. & Marin, A. H. (2018). Fatores psicossociais associados à doença cardíaca e manejo clínico psicológico: percepção de psicólogos e paciente. *Rev. SBPH*, 21 (1), 112-131. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582018000100007&lng=pt&nrm=iso

Lanzoni, G. M. M., et al. (2015). Fatores que influenciam o processo de viver a revascularização cardíaca. *Texto Contexto Enferm*, 24 (1), 270-278. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/714/71438421033.pdf>

Medeiros, L. P., et al. (2015). Modelo de Adaptação de Roy: revisão integrativa dos estudos realizados à luz da teoria. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 16 (1), 132-140. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3240/324036185016>

Mucenieks, A. G. S. (2018). Aspectos psicológicos envolvidos na cirurgia cardíaca: uma revisão bibliográfica. *Revista Científica Ágape*, 1(1). Recuperado de <http://www.revistaagape.com.br/index.php/revistaagape/article/view/11>

Organização Mundial da Saúde.(2016). *Doenças Cardiovasculares* Recuperado de https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096

Pereira Júnior, A. A., Gonzáles, A. I., & Carvalho, T. (2018). Como tornar a reabilitação cardiovascular mais presente e efetiva? *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde*, 1 (1). Recuperado de <https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/11939>

Ribeiro, K. R. A. (2018). Pós-operatório de revascularização do miocárdio: complicações e implicações para enfermagem. *Rev Fund Care Online*, 10 (1), 254-259. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.254-259>

Ribeiro K. R. A., et al. (2019). Pós-Operatório de Revascularização do Miocárdio: Possíveis Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem. *Rev Fund Care Online*, 11 (3), 801-808. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.801-808>

Rodrigues, A. S., et al. (2018). Fatores associados a um impacto na qualidade de vida pós-revascularização miocárdica. *Revista Rene*, 19 (1), 1-10. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324054783028>

Roy, C., & Andrews, H.A. (2001). *Teoria da Enfermagem: modelo da adaptação de Roy*. Porto Alegre: Instituto Piaget.



Roy, C. (2009). *The Theory adaptation model*. New Jersey: Pearson.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. (2020). Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular. *Arq Bras Cardiol*, 114 (5). Recuperado de <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/2020/v11405/diretriz-brasileira-de-reabilitacao-cardiovascular-2020.asp>

Sociedade Brasileira de Cardiologia. (2014). Diretriz sul-americana de prevenção e reabilitação cardiovascular. *Arq. bras. cardiol.*, 103 (1), 1-31. Recuperado de http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2014/Diretriz_de_Consenso%20Sul-Americano.pdf

Vasco, J. M. G. G. (2018). *Reabilitação cardíaca: a segunda oportunidade do coração* (Dissertação de mestrado). Lisboa: Universidade de Lisboa: Lisboa. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10451/42255>

Yin, R. K. (2015). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. London: Bookman Editora,



Manifestaciones dermatológicas en trastornos nutricionales en la infancia

Dermatological manifestations in nutritional disorders in childhood

Manifestações dermatológicas em desordens nutricionais na infância

Luana Pizarro Meneghello¹, Léis Salette Bonfanti Haeffner² & Rosiane Filipin Rangel^{3*}

¹Médica Dermatologista. Mestranda pelo Programa de Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana (UFN). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1769-1560>; Correo electrónico: lupmene@yahoo.com.br

²Médica Pediatra. Doutora em Medicina. Coordenadora do curso de Medicina da Universidade Franciscana e professora do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana (UFN). Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8798-4345>; Correo electrónico: le-ris.haeffner@gmail.com

^{3*}Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto-A da Faculdade de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Hospitalar na Rede de Atenção à Saúde da Universidade Federal de Pelotas (DEHRAS/UFPel). Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4059-4176>; Correo electrónico: rosianerangel@yahoo.com.br

Cómo citar este artículo: Meneghello, L. P., Haeffner, L. S. B., & Rangel, R. F. (2023). Manifestaciones dermatológicas en trastornos nutricionales en la infancia. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(67).<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.23088>

Received: 11/08/2023
Accepted: 23/10/2023.

*Correspondencia: Rua Gomes Carneiro, 1 – Pelotas, RS, Brasil. CEP: 96010-610
Correo electrónico de contacto: rosianerangel@yahoo.com.br



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 in the literature the scientific evidence about the dermatological manifestations presented by children with nutritional disorders. Methods: This is an integrative literature review carried out in March 2022 with a bibliographic survey through the following databases: Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS), PubMed and Scopus. Results: Twelve (12) studies were selected and organized into four thematic axes: skin manifestations related to macronutrient deficiency - protein-energy malnutrition; micronutrient deficiency, subgroup of fat-soluble vitamins: vitamin D; mineral deficiency: zinc and obesity. Final considerations: Cutaneous dermatoses caused by nutritional deficiencies in children are clinical findings still little explored in the literature; however, the analyzed studies demonstrate



the importance of knowledge on the subject so that health professionals can identify and provide timely treatment, thus offering quality care and ensuring healthy children growth and development.

Keywords: Children health; growth and development; cutaneous manifestations; nutrition.

Resumen: Objetivo: identificar en la literatura las evidencias científicas sobre las manifestaciones dermatológicas que presentan los niños con trastornos nutricionales. Métodos: Se trata de una revisión integrativa de la literatura realizada en marzo de 2022, con levantamiento bibliográfico a través de las siguientes bases de datos: Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), PubMed y Scopus. Resultados: fueron seleccionados 12 estudios organizados en cuatro ejes temáticos: manifestaciones cutáneas relacionadas con la deficiencia de macronutrientes desnutrición proteico-energética; deficiencia de micronutrientes, subgrupo de vitaminas liposolubles: vitamina D; carencia de minerales: zinc y obesidad. Consideraciones finales: Las dermatosis cutáneas causadas por deficiencias nutricionales en niños son hallazgos clínicos aún poco explorados en la literatura, sin embargo, los estudios encontrados demuestran la importancia del conocimiento sobre el tema para que los profesionales de la salud puedan identificar y tratar tempranamente las alteraciones, ofreciendo así una atención de calidad y asegurar el crecimiento y desarrollo saludable del niño.

Palabras clave: Salud del niño; crecimiento y desarrollo; manifestaciones cutáneas; nutrición.

Resumo: Objetivo: identificar na literatura as evidências científicas acerca das manifestações dermatológicas apresentadas por crianças com desordens nutricionais. Métodos: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada no mês de março de 2022, com levantamento bibliográfico por meio das bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PubMed e Scopus. Resultados: Dos 12 estudos selecionados e organizados em quatro eixos temáticos: manifestações cutâneas relacionadas a deficiência de macronutrientes - desnutrição proteico-energética; deficiência de micronutrientes, subgrupo das vitaminas lipossolúveis: vitamina D; deficiência de minerais: zinco e obesidade. Considerações finais: As dermatoses cutâneas causadas por deficiências nutricionais em crianças são achados clínicos ainda pouco explorados na literatura, porém, os estudos encontrados demonstram a importância do conhecimento acerca do tema para que os profissionais de saúde possam identificar e tratar precocemente as alterações, ofertando assim uma assistência de qualidade e garantindo um crescimento e desenvolvimento infantil saudável.



Palavras-chave: Saúde da criança; crescimento e desenvolvimento; manifestações cutâneas; nutrição

INTRODUÇÃO

O corpo humano necessita do alimento como fonte nutricional para que todos os seus órgãos e sistemas exerçam adequadamente suas funções e o mantenham em equilíbrio. No entanto, quando há alguma alteração nesse processo tem-se uma desordem nutricional (Pereira e Garcia, 2018). As desordens nutricionais manifestam-se de diversas maneiras, sendo uma delas em forma de alterações cutâneas, denominadas dermatoses nutricionais.

A pele é o maior órgão do corpo e exerce funções complexas, muito além da proteção. Portanto, sofre influências nutricionais e pode apresentar alterações na sua superfície que se correlacionam tanto a deficiências específicas de algum micronutriente ou até mesmo excessos traduzidos na obesidade (Mello et al., 2022). A pele fornece pistas diagnósticas também em situações de desnutrição e estes sinais podem ser as primeiras manifestações clínicas das doenças (Askin et al., 2021).

As dermatoses nutricionais são comumente abordadas em países em desenvolvimento por motivos inerentes a essas nações, tais como fome e baixo acesso aos cuidados de saúde, entretanto, em países desenvolvidos, fatores de risco como doença hepática crônica, alcoolismo, doenças psiquiátricas, cirurgia bariátrica, doença inflamatória intestinal e hemodiálise, fazem crescer o número de achados cutâneos relacionados a déficits de nutrientes (Nosewicz et al., 2022).

Nessa direção, salienta-se que as crianças em fase de crescimento e desenvolvimento são um dos grupos populacionais com maiores necessidades de nutrientes e, por essa razão, geralmente as mais acometidas por essas alterações (Mello et al., 2022). As desordens nutricionais podem desencadear diversos problemas à saúde nas crianças, sendo que as manifestações



cutâneas podem permitir o diagnóstico precoce e as intervenções apropriadas, antecipando desfechos favoráveis no crescimento e desenvolvimento infantil (Pereira e Garcia, 2018; Yan e Jen, 2012).

No entanto, cabe salientar que as alterações cutâneas podem não ser facilmente avaliadas (Heilskov et al., 2015). Assim, entende-se a necessidade de conhecer sobre a temática, por meio da literatura, a fim de evidenciar o que existe de produções científicas, bem como as lacunas do saber e, a partir dessas, desenvolver estratégias de qualificação para que intervenções precoces possam ser realizadas, contribuindo para o adequado crescimento e desenvolvimento infantil. Frente a isso, objetiva-se com o estudo identificar na literatura as evidências científicas acerca das manifestações dermatológicas apresentadas por crianças com desordens nutricionais.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa (RI) da literatura. Essa está vinculada a um projeto âncora intitulado: Qualificação do acompanhamento multiprofissional de saúde em relação ao crescimento e desenvolvimento infantil na região central do Rio Grande do Sul, aprovado na chamada DECIT/SCTIE/MS-CNPQ-FAPERGS 08/2020 – programa pesquisa para o SUS: Gestão compartilhada em saúde – PPSUS e recebeu financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS).

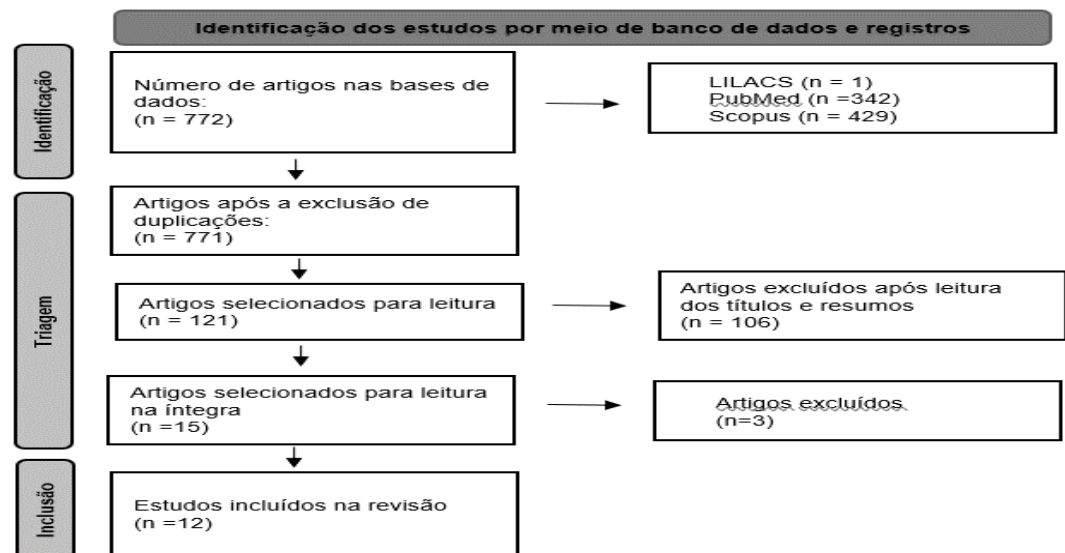
Para desenvolver o presente estudo, foram percorridas seis etapas: identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, seleção de base de dados e dos estudos, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, avaliação das evidências e análise, e apresentação da síntese do conhecimento produzido (Mendes et al, 2008). A formulação da pergunta de pesquisa foi realizada utilizando a estratégia PICO. A pergunta norteadora foi: “Quais as manifestações dermatológicas apresentadas por crianças com desordens nutricionais?” Para a busca dos dados, que ocorreu no mês de março de 2022, optou-se pela base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PubMed e Scopus. Para cada base foi necessário a utilização de diferentes estratégias de busca: LILACS – Manifestações cutâneas, nutrição e criança; PubMed – Children, Skin disease, Nutritional disorders;



SCOPUS – Child, nutrition disorders skin diseases. Foi utilizado o operador booleano “AND”. Os critérios de inclusão foram: artigos completos, disponíveis gratuitamente, nos idiomas português e inglês, com recorte temporal de 10 anos – 2011 a 2021. Os de exclusão: estudos de caso, teses, dissertações, livros e capítulos de livros, resumos publicados em anais de eventos, editoriais de revistas e artigos repetidos nas bases. No processo de busca, foram utilizadas as recomendações PRISMA (Page et al., 2021). A figura 1 apresenta um fluxograma que expressa a seleção dos estudos.

De 772 estudos encontrados na literatura científica, foram excluídas uma duplicação, a partir da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, bem como da leitura dos títulos e resumos, restando 15 estudos. Os 15 estudos restantes foram lidos na íntegra, sendo excluídos dois. A partir disso, foram selecionados 12 artigos para compor a presente pesquisa. Na interpretação dos resultados, seguiu-se à leitura comparativa entre os artigos, buscando identificar as similaridades. Na sequência, procedeu-se o agrupamento dos temas comuns.

Figura 1. Fluxograma PRISMA de buscas e seleção dos estudos científicos



Fonte: Adaptado pelas autoras com base em Page et al., 2021

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 12 estudos selecionados, observou-se que um foi publicado em 2012, dois em 2014, dois em 2015, dois em 2016, dois em 2018, um em 2019



e dois em 2020. Quanto ao periódico de publicação a maioria dos estudos foi em revistas de nutrição (5), um de dermatologia (1), dois em pediatria, dois na medicina, um na cardiologia e um multidisciplinar. Quanto ao tema: três estudos abordavam acerca da Vitamina D, dois sobre obesidade, cinco obesidade e acantose nigricans, um desnutrição e um zinco. No quadro 1 são apresentados os artigos incluídos no estudo. Os resultados foram organizados em quatro eixos temáticos: manifestações cutâneas relacionadas a deficiência de macronutrientes - desnutrição proteico-energética; deficiência de micronutrientes, subgrupo das vitaminas lipossolúveis: vitamina D; deficiência de minerais: zinco e obesidade.

Quadro 1. Descrição das características dos estudos incluídos na revisão

TÍTULO/AUTORES	OBJETIVO
Efeitos extra-esqueléticos da vitamina D / Rose Marino e Madhusmita Misra	Examinar, resumir e sintetizar as evidências disponíveis até o momento para os efeitos extra-esqueléticos da deficiência de vitamina D.
Deficiência de vitamina D na infância: velhas lições e desafios atuais / Roberto Antonucci et al.	Discutir os pontos-chave da deficiência de vitamina D na infância à luz dos novos conhecimentos e destacar as limitações das estratégias atuais para controlar essa condição.
Manifestações cutâneas em crianças com diabetes mellitus e obesidade / E. Baselga Torres e M. Torres-Pradilla	Apresentar as alterações cutâneas encontradas em crianças com diabetes mellitus e obesidade e síndromes relacionadas e destacar a importância da pele como ferramenta para estabelecimento de suspeita clínica e diagnóstico precoce de doença sistêmica.
Associação entre acantose <i>nigricans</i> e outros fatores de risco cardiometabólico em crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade / Heloísa Marcelina da Cunha Palhares et al.	Objetivo: Avaliar em um grupo de crianças e adolescentes com obesidade e sobrepeso a presença ou não de acantose <i>nigricans</i> e sua associação com alterações metabólicas
Deficiência de vitamina D em populações ocidentais do sul da Ásia: uma epidemia não reconhecida / Andrea L. Darling	Revisar a literatura sobre as concentrações de vitamina D em populações ocidentais do sul da Ásia.
Acantose <i>nigricans</i> como marcador composto de risco cardiometabólico e sua complexa associação com obesidade e resistência à insulina em crianças mexicano-americanas / Juan C. Lopez-Alvarenga et al.	Examinar as complexas relações causais entre acantose nigricante, obesidade e resistência a insulina em mexicanos-americanos.
Acantose <i>nigricans</i> em crianças obesas na China / HY Ng et al.	Investigar as características demográficas e resistência à insulina em crianças chinesas com sobrepeso/obesidade com e sem acantose <i>nigricans</i> , e as associações de acantose <i>nigricans</i> com resistência à insulina e outras comorbidades cardiometabólicas
Acantose <i>nigricans</i> associada a fatores de risco relacionados à doença cardiovascular em crianças mexicanas com obesidade / Hugo Martínez-Rojano et al.	Determinar se, em um grupo de escolares mexicanos que residem na Cidade do México, a AN está associada ao escore Z do índice de massa corporal (IMC), dislipidemia, circunferência da cintura, pressão arterial e/ou fatores de risco relacionados ao comportamento alimentar



Prevalência de obesidade e acantose <i>nigricans</i> entre crianças pequenas no programa de vida saudável para crianças nos Estados Unidos afiliado ao Pacífico / Rachel Novotny et. al.	Estimar a prevalência de obesidade e acantose <i>nigricans</i> (AN) entre crianças nas jurisdições do Pacífico Afiliado dos Estados Unidos (USAP).
Resistência à insulina, dislipidemia e alterações cardiovasculares em um grupo de crianças obesas / António Pires et al.	Comparar e correlacionar marcadores de adiposidade com distúrbios metabólicos, morfologia vascular e cardíaca em uma coorte europeia de obesos pediátricos.
A cisteína dietética é usada de forma mais eficiente por crianças com desnutrição aguda grave com edema em comparação com aquelas sem edema/Asha Badaloo et al.	Medir a cinética da cisteína na desnutrição aguda grave edematosa e não edematosa na infância.
Visão geral da deficiência de zinco herdada em bebês e crianças/Taiho Kambe et al.	Revisar o conhecimento atual da deficiência de zinco em lactentes e crianças, enfatizando a base molecular dos distúrbios hereditários da deficiência de zinco, AE (acrodermatite enteropática) e TNZD (deficiência neonatal transitória de zinco), do ponto de vista das funções dos transportadores de zinco responsáveis

Manifestações cutâneas relacionadas a deficiência de macronutrientes - desnutrição proteico-energética

A desnutrição proteico-energética caracteriza-se por um desequilíbrio na ingestão de carboidratos e proteínas (Lee e Yan, 2012), podendo resultar em déficit energético e levar a adaptações fisiológicas tais como restrição de crescimento, perda de gordura, massa muscular e visceral, reduzida taxa metabólica basal e gasto energético (Dipasquale et al., 2020). Além de dados antropométricos, achados clínicos como textura e elasticidade da pele, cor das mucosas, distribuição e quantidade de tecido adiposo, presença ou não de edema, textura, coloração e brilho dos cabelos e unhas, avaliação da massa muscular, podem ser úteis no diagnóstico ou suspeição da desnutrição (Pereira e Garcia, 2018).

Nesta revisão, um único estudo que abordou o tema foi encontrado. Nesse os autores constataram que crianças em desnutrição aguda grave na forma edematosa, Kwashiorkor, apresentaram maior necessidade de cisteína durante o processo de reabilitação nutricional. A cisteína é um importante componente da queratina e do colágeno e impacta diretamente tanto nos cabelos quanto na pele (Badaloo et al., 2012).

Ao encontro desses dados, as manifestações cutâneas que acontecem no Kwashiorkor são cabelos finos, esparsos, quebradiços e a pele apresentando descamação e ulcerações (Dipasquale et al., 2020). Em crianças com Kwashiorkor, o tecido esplâncnico tem uma necessidade alta de cisteína, deixando uma parcela de cerca de 55% desse aminoácido livre para atender a todas às necessidades dos outros órgãos e tecidos, podendo levar a um efeito negativo na síntese geral de proteínas do corpo,



especialmente aquelas ricas em cisteína, como a queratina da pele e do cabelo (Badaloo et al., 2012).

Manifestações cutâneas relacionadas a deficiência de micronutrientes - Deficiência de Vitaminas Lipossolúveis – vitamina D

As vitaminas são essenciais para o crescimento e desenvolvimento infantil saudável. Essas são divididas em lipossolúveis (A, D, E e K) e hidrossolúveis (Vit C e vitaminas do complexo B). Neste estudo foram encontradas pesquisas relacionadas apenas a deficiência de vitamina D. O impacto extra-esquelético da deficiência de vitamina D tem sido motivo de pesquisa (Marino e Misra, 2019), visto que é uma vitamina bastante associada a manutenção do metabolismo do sistema musculoesquelético, mas também pode estar vinculada a disfunção de outros órgãos como a pele (Askin et al., 2021).

Por exercer efeitos na diferenciação celular, regulação imunológica e proliferação celular, o déficit dessa vitamina tem sido associado a várias doenças de pele, como psoríase, vitiligo, morfeia, erupção polimorfa à luz, micose fungóide, doenças autoimunes e cânceres de pele (Askin et al., 2021). A vitamina D inibe o crescimento dos queratinócitos, estimula a diferenciação e ajuda a manter a integridade da barreira cutânea (Marino e Misra, 2019).

Grande parte dos casos de hipocalcemia e raquitismo infantil nos países ocidentais são de pacientes de etnia negra ou asiática, provavelmente correlacionados à deficiência de vitamina D, mais comum nessas populações (Darling, 2020). Em relação aos efeitos extra-esqueléticos da vitamina D, maior gravidade do lúpus eritematoso sistêmico (LES), é relatada em crianças com níveis de 25(OH)D <20 ng/mL. Níveis baixos dessa vitamina estariam relacionados a um maior risco para desenvolvimento do LES e maior gravidade da doença, sugerindo um possível efeito benéfico da suplementação (Marino e Misra, 2019).

Corroborando com esses dados, Antonucci et al. (2018) incluem ainda como agravos na saúde da criança, atopia e autoimunidade implicados com hipovitaminose D visto que a deficiência dessa vitamina prejudicaria as vias de sinalização de



resposta Th1 e Th2, afetando também a resposta imune do hospedeiro contra infecções. Como contraponto, os mesmos autores trazem informações de estudos que não encontraram benefício da suplementação, tanto para desfecho primário, como prurido ou diminuição do número de crises de dermatite atópica, como em desfechos secundários, como gravidade da doença, qualidade de vida ou evento adversos. Por outro lado, pequenos ensaios clínicos randomizados descobriram que a suplementação de vitamina D tem um benefício terapêutico em crianças com DA relacionada ao inverno. Sabendo que o receptor de vitamina D (VDR) é expresso em várias células e na maioria dos órgãos do corpo, incluindo cérebro, coração, pele, gônadas, próstata, mama e intestino (Marino e Misra, 2019), realmente seus efeitos parecem transpor o sistema musculoesquelético. Nestes tecidos, a vitamina D pode contribuir melhorando a resposta imunológica e reduzindo a inflamação (Antonucci et al., 2018).

Entretanto alguns estudos de intervenção populacional realizados com o objetivo de prevenir ou tratar processos de adoecimento atribuíveis a deficiência de vitamina D, não são conclusivos (Marino e Misra, 2019). Sendo assim, mais ensaios clínicos controlados devem ser realizados para que se correlacione efeitos extrasqueléticos da vitamina D, e para que biomarcadores adequados sejam detectados (Antonucci et al., 2018).

Manifestações cutâneas relacionadas a deficiência de minerais – Zinco

Na presente revisão, foi encontrado apenas um estudo que abordou acerca da deficiência de zinco. Na pele, esse mineral auxilia no regulamento da proliferação da camada epidérmica, no reparo e manutenção da integridade cutânea (Nosewicz et al., 2022). Trata-se de um mineral de especial importância prática na nutrição de bebês e crianças e sua má absorção causa deficiência acarretando uma ampla gama de manifestações como alopecia, dermatite eritematosa erosiva, perda de cabelos e alteração da função imunológica (Kambe et al., 2015). Sua deficiência apresenta uma tríade clínica: diarreia, alopecia e dermatite periorifical e acral (Jen e Yan, 2010).



Os achados dermatológicos são placas eritematosas com descamação associada que progridem para placas vesicobolhosas e pústulas (Jen e Yan, 2010) de localização periorifíciais como perioral, perianal e genital (Pereira e Garcia, 2018). Queilite angular, alterações ungueais como traquioníquia e onicomadese (Pereira e Garcia, 2018), paroníquia, estomatite e queilite angular (Noguera-Morel et al., 2018) são outros achados cutâneos. O cabelo torna-se seco e quebradiço com áreas de alopecia associada (Jen e Yan, 2010). Lesões psoriasiformes nas mãos, pés e joelhos também fazem parte do quadro clínico cutâneo em crianças e adolescentes (Noguera-Morel, 2018).

Kambe et al. (2015), atribuíram o mecanismo molecular da acrodermatite enteropática à dermatite de contato irritativa, causada pela perda do papel protetor contra os sinais inflamatórios mediados por ATP das células de Langerhans. Entretanto, no que tange a alopecia e diarreia, o mecanismo difere.

Manifestações cutâneas relacionadas a obesidade

As alterações da fisiologia cutânea encontradas no paciente obeso são múltiplas, desde maior atividade das glândulas sudoríparas, a alterações da barreira epidérmica; alteração da função e estrutura do colágeno; até maior produção de citocinas inflamatórias, o que gera um estado pro-inflamatório constante. Além disso, aumento das dobras anatômicas, diminuição da sensibilidade da pele, alterações vasculares como diminuição da reatividade microvascular associada a da circulação a nível linfático. A obesidade ainda pode servir como fator etiológico ou de risco para doenças como hidradenite supurativa, livedo reticular, cutis verticis gyrata e o cisto pilonidal, intetrigio, psoríase e dermatite atópica (Torres e Torres-Pradilla, 2014).

A acantose nigricante (AN) é a manifestação dermatológica mais comum, presente em 66% dos adolescentes com excesso de peso e em 56-92% das crianças e adolescentes com Diabetes mellitus tipo 2 (DM2), razão pela qual é considerada um importante marcador clínico. Outras manifestações dermatológicas como acrocórdons, fibroepiteliomas ou fibromas pedunculados, frequentemente localizados no pescoço, axila e virilha estão associadas à AN. Entretanto, poucos estudos existem sobre a incidência desses achados nas crianças (Torres e Torres-Pradilla, 2014).



Um estudo avaliou 161 pacientes entre 5 e 19 anos, desses, 51,5% apresentaram AN e uma tendência a alterações nos níveis de pressão arterial, circunferência abdominal e exames laboratoriais, sinalizando uma possível associação com a síndrome metabólica em crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade (Palhares et al., 2018). Em outra pesquisa, foram analisadas 543 crianças com sobrepeso/obesidade. Os adolescentes de 12 a 18 anos, foram mais propensos a ter NA em comparação com crianças de 5 a 11 anos. Quando comparadas crianças com sobrepeso, as obesas eram mais propensas a ter as duas condições: NA e resistência à insulina (Ng et al., 2014).

Estudo realizado por Lopez-Alvarenga et al. (2020), avaliou 670 crianças não diabéticas com idades entre 6 e 17 anos. Aqueles com índice de massa corporal (IMC) maior que o percentil 98, a prevalência de AN foi de 62%. Com base em odds ratios (ORs), o estudo pontua que crianças com AN são aproximadamente 9/10 vezes mais propensas a serem obesas/sobrepeso, 6 vezes mais a ter síndrome metabólica e 2 vezes mais a serem pré-diabetes.

O estudo ainda fornece elementos adicionais que vai ao encontro de afirmações como a AN ser herdada geneticamente e estar associada a fatores de risco relacionados à obesidade, tanto fenotipicamente quanto geneticamente. Concluindo, o estudo reitera a hipótese de que AN é um forte correlato da obesidade e está associada a vários fatores de risco cardiometabólicos, por meio de relações genéticas e ambientais complexas (Lopez-Alvarenga et al., 2020).

Estudo conduzido por Martínez-Rojano et al. (2016), que analisou 300 crianças evidenciou que a AN foi encontrada em 41,7% das crianças, destas, 37,6% tinham sobrepeso e 54,4% eram obesas. Outra pesquisa conduzida por Novotny et al. (2016), avaliou 5775 crianças entre 2 e 8 anos. Dessas, 14,0% estavam obesas e 14,4% com sobrepeso, 4,7% tinham AN. Obesidade e idade avançada foram positivamente associadas à AN. Entretanto, a AN foi menor do que o esperado pelos pesquisadores devido ao alto índice de obesidade.

Corroborando com os achados, em uma coorte conduzida por Pires et al. (2015), a AN foi encontrada em 62% da população infantil obesa e 0% no grupo



não obeso. Dados da literatura permitem concluir que a incidência de AN em crianças tem aumentado juntamente com a de obesidade e a resistência à insulina (Martínez-Rojano et al., 2016). O diagnóstico da AN pode ser realizado por meio do exame dermatológico de uma área como o pescoço, sendo de fácil acesso, não invasiva e aceitável para as crianças (Ng et al., 2014) além de servir como uma ferramenta de triagem para identificar crianças em risco de resistência à insulina (RI), DM2 e fatores de risco cardiometabólico a fim de prevenir a progressão dessas doenças na idade adulta (Lopez-Alvarenga et al., 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As dermatoses cutâneas causadas por deficiências nutricionais em crianças são achados clínicos ainda pouco explorados na literatura, porém, os estudos encontrados demonstram a importância do conhecimento acerca do tema para que os profissionais de saúde possam identificar e tratar precocemente as alterações, ofertando assim uma assistência de qualidade e garantindo um crescimento e desenvolvimento infantil saudável. Observou-se que embora existam diversas alterações nutricionais que podem ser manifestadas como alterações cutâneas, os estudos têm explorado mais as deficiências proteico-energéticas, de vitamina D, de zinco e obesidade.

Entende-se que isso pode estar relacionado a exuberância de achados dermatológicos associados a essas condições. Entretanto, alterações também comuns na prática diária como a deficiência de ferro e de vitaminas do complexo B, não foram encontradas nessa revisão, a exceção de relatos de casos. De toda forma, é importante salientar também que as deficiências costumam ser múltiplas e mais estudos populacionais no grupo etário infantil se faz necessário para um maior entendimento das dermatoses nutricionais na infância.

REFERÊNCIAS

- Antonucci, R., Locci, C., Clemente, M. G., Chicconi, E., & Antonucci, L. (2018). Vitamin D deficiency in childhood: old lessons and current challenges. *Journal of pediatric endocrinology & metabolism: JPEM*, 31(3), 247–260. <https://doi.org/10.1515/jpem-2017-0391>
- Aşkın, Ö., Uzunçakmak, T. K. Ü., Altunkalem, N., & Tüzün, Y. (2021). Vitamin deficiencies/hypervitaminosis and the skin. *Clinics in Dermatology*, 39(5), 847-857. <https://doi.org/10.1016/j.clin-dermatol.2021.05.010>.



- Badaloo, A., Hsu, J. W., Taylor-Bryan, C., Green, C., Reid, M., Forrester, T., & Jahoor, F. (2012). Dietary cysteine is used more efficiently by children with severe acute malnutrition with edema compared with those without edema. *The American journal of clinical nutrition*, 95(1), 84–90. <https://doi.org/10.3945/ajcn.111.024323>
- Darling A. L. (2020). Vitamin D deficiency in western dwelling South Asian populations: an unrecognised epidemic. *The Proceedings of the Nutrition Society*, 79(3), 259–271. <https://doi.org/10.1017/S0029665120000063>
- Dipasquale, V., Cucinotta, U., & Romano, C. (2020). Acute Malnutrition in Children: Pathophysiology, *Clinical Effects and Treatment. Nutrients*, 12(8), 2413. <https://doi.org/10.3390/nu12082413>
- Heilskov, S., Vestergaard, C., Babirekere, E., Ritz, C., Namusoke, H., Rytter, M., & Deleuran, M. (2015). Characterization and scoring of skin changes in severe acute malnutrition in children between 6 months and 5 years of age. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology : JEADV*, 29(12), 2463–2469. <https://doi.org/10.1111/jdv.13328>
- Jen, M., & Yan, A. C. (2010). Syndromes associated with nutritional deficiency and excess. *Clinics in dermatology*, 28(6), 669–685. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2010.03.029>
- Kambe, T., Fukue, K., Ishida, R., & Miyazaki, S. (2015). Overview of Inherited Zinc Deficiency in Infants and Children. *Journal of nutritional science and vitaminology*, 61 Suppl, S44–S46. <https://doi.org/10.3177/jnsv.61.S44>
- Lee, L. W., & Yan, A. C. (2012). Skin manifestations of nutritional deficiency disease in children: modern day contexts. *International journal of dermatology*, 51(12), 1407–1418. <https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2012.05646.x>
- Lopez-Alvarenga, J. C., Chittoor, G., Paul, S., Puppala, S., Farook, V. S., Fowler, S. P., Resendez, R. G., Hernandez-Ruiz, J., Diaz-Badillo, A., Salazar, D., Garza, D. D., Lehman, D. M., Mummidi, S., Arya, R., Jenkinson, C. P., Lynch, J. L., DeFronzo, R. A., Blangero, J., Hale, D. E., & Duggirala, R. (2020). Acanthosis nigricans as a composite marker of cardiometabolic risk and its complex association with obesity and insulin resistance in Mexican American children. *PloS one*, 15(10), e0240467. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240467>
- Marino, R., & Misra, M. (2019). Extra-Skeletal Effects of Vitamin D. *Nutrients*, 11(7), 1460. <https://doi.org/10.3390/nu11071460>
- Martínez-Rojano, H., Pizano-Zárate, M. L., Sánchez-Jiménez, B., Sámano, R., & López-Portillo, A. (2016). Acanthosis nigricans is associated with risk factors related to cardiovascular disease in Mexican children with obesity. *Nutrición Hospitalaria*, 33(5), 1081-1090. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.570>
- Mello, P. V., Mello, P. D., Mello, E. D. & Nogueira de Almeida, C. A. (2022). Nutrologia e Afecções dermatológicas. Em Nogueira de Almeida, C. A., e Mello, E. D. *Nutrologia Pediátrica: Práticas Baseada em Evidências*. 2 ed. Santana de Parnaíba -SP: Manole.
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 17(4), 758-764, 2008. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>



- Ng, H. Y., Young, J. H., Huen, K. F., & Chan, L. T. (2014). Acanthosis nigricans in obese Chinese children. *Hong Kong medical journal = Xianggang yi xue za zhi*, 20(4), 290–296. <https://doi.org/10.12809/hkmj134071>
- Noguera-Morel, L., Schaefer, S. M., & Hivnor, C. M. (2018). Doenças nutricionais. Em Bologna, J. L., Schaffer, J. V., e Cerroni, L. *Dermatologia*. 4 ed. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Nosewicz, J., Spaccarelli, N., Roberts, K. M., Hart, P. A., Kaffenberger, J. A., Trinidad, J. C., & Kaffenberger, B. H. (2022). The epidemiology, impact, and diagnosis of micronutrient nutritional dermatoses part 1: Zinc, selenium, copper, vitamin A, and vitamin C. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 86(2), 267–278. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2021.07.079>
- Novotny, R., Li, F., Fialkowski, M. K., Bersamin, A., Tufa, A., Deenik, J., Coleman, P., Guerrero, R. L., Wilkens, L. R., & Children's Healthy Living (CHL) Program (2016). Prevalence of obesity and acanthosis nigricans among young children in the children's healthy living program in the United States Affiliated Pacific. *Medicine*, 95(37), e4711. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000004711>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D. & et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(71). Recuperado de <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n71>
- Palhares, H., Zaidan, P. C., Dib, F., Silva, A., Resende, D., & Borges, M. F. (2018). Association between acanthosis nigricans and other cardiometabolic risk factors in children and adolescents with overweight and obesity. *Revista paulista de pediatria: órgão oficial da Sociedade de Pediatria de São Paulo*, 36(3), 301–308. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/;2018;36;3;00017>
- Pereira, L. B., & Garcia, L. C. (2018). Dermatoses Nutricionais. Em: Belda, J. W., Chiacchio, N. di e Criado, P. R. *Tratado de Dermatologia*. 3 ed., Rio de Janeiro: Atheneu.
- Pires, A., Martins, P., Pereira, A. M., Silva, P. V., Marinho, J., Marques, M., Castela, E., Sena, C., & Seça, R. (2015). Insulin resistance, dyslipidemia and cardiovascular changes in a group of obese children. *Arq Bras Cardiol.*, 104(4), 266-73. <https://doi.org/10.5935/abc.20140206>
- Torres, E. B., & Torres-Pradilla, M. (2014). Cutaneous manifestations in children with diabetes mellitus and obesity. *Actas dermo-sifiliograficas*, 105(6), 546–557. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2013.11.014>
- Yan, A. C., & Jen, M. V. (2012). Skin signs of pediatric nutritional disorders. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 42(8), 212–217. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2012.02.003>



Fundamentos metodológicos utilizados en el debriefing que fortalecen el logro de competencias en los estudiantes de enfermería

Methodological foundations used in the debriefing that strengthen the achievement of competencies in nursing students

Fundamentos metodológicos utilizados no debriefing que fortalecem o alcance de competências em estudantes de enfermagem

Daniel Ayala Valladolid¹

¹Magíster en Enfermería con mención en Docencia en Enfermería en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Perú). Docente en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Perú). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0569-1627>; Correo electrónico: daniel.ayala@unmsm.edu.pe

Correspondencia: Jr Las Bellotitas 1149 Urb. Las Violetas, San Juan de Lurigancho, Lima, Perú.
Correo electrónico de contacto: daniel.ayala@unmsm.edu.pe

Cómo citar este artículo: Ayala Valladolid, D. (2023). Fundamentos metodológicos utilizados en el debriefing que fortalecen el logro de competencias en los estudiantes de enfermería. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(67). <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.23176>

Received: 13/07/2023

Accepted: 07/09/2023.



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: Nursing schools and faculties have been improving their curricula to provide society with professionals according to new needs, as part of the improvement clinical simulation and debriefing are used to encourage reflection of practice and significant learning. Objectives: To identify the methodological foundations used in debriefing that strengthen the achievement of competencies in nursing students. Methodology: Systematic review of the literature between November and December 2021 considering full-text articles, in Spanish, English and Portuguese; and between 2011 and 2021, ScienceDirect, SciELO, Pubmed, ProQuest and EBSCO were searched; using the Boolean operators "AND" and "OR". The Mendeley bibliographic manager was used to store and process the articles, applying the PRISMA methodology. Results: Of the 118 articles, 31.3% are from MEDLINE/Pubmed, 26.3% from ScienceDirect, 19.5% from ProQuest, 11.9% from SciELO and 11.0% from EBSCO. Conclusions: During the debriefing a reflection of the practice between the teacher and the students is carried out, managing to identify the mental models of the students and making a comparison between the result obtained and the expected, to modify erroneous mental models favoring the achievement of competences of the students in future attentions.

Keywords: Debriefing; simulation; reflection; Nursing; Nursing education



Resumen: Introducción: Las escuelas y facultades de enfermería vienen mejorando sus currículos para entregar a la sociedad profesionales acordes a las nuevas necesidades, como parte de la mejora se utiliza la simulación clínica y el debriefing que fomentan la reflexión de la práctica y el aprendizaje significativo. Objetivos: Identificar los fundamentos metodológicos utilizados en el debriefing que fortalecen el logro de competencias en los estudiantes de enfermería. Metodología: Revisión sistemática de la literatura entre noviembre y diciembre del 2021 considerando artículos de texto completo, en español, inglés y portugués; y entre el 2011 y 2021, se buscó en ScienceDirect, SciELO, Pubmed, ProQuest y EBSCO; mediante los operadores booleanos “AND” y “OR”. Se utilizó el gestor bibliográfico Mendeley para almacenar y procesar los artículos aplicándose la metodología PRISMA. Resultados: De los 118 artículos, 31.3% son de MEDLINE/Pubmed, 26.3% de ScienceDirect, 19.5% de ProQuest, 11.9% de SciELO y 11.0% de EBSCO. Conclusiones: Durante el debriefing se realiza una reflexión de la práctica entre el docente y los estudiantes, logrando identificar los modelos mentales de los estudiantes y haciendo una comparación entre el resultado obtenido y el esperado, para modificar modelos mentales erróneos favoreciendo el logro de competencias de los estudiantes en futuras atenciones.

Palabras Clave: Debriefing; simulación; reflexión; enfermería; educación en enfermería

Resumo: Introdução: Escolas e facultades de enfermagem vêm aprimorando seus currículos para fornecer à sociedade profissionais alinhados às novas necessidades, como parte do aprimoramento, a simulação clínica e o debriefing são utilizados para estimular a reflexão sobre a prática e a aprendizagem significativa. Objetivos: Identificar os fundamentos metodológicos utilizados no debriefing que fortalecem o alcance de competências em estudantes de enfermagem. Metodologia: Revisão sistemática da literatura entre novembro e dezembro de 2021 considerando artigos em texto completo, em espanhol, inglês e português; e entre 2011 e 2021, foram pesquisados ScienceDirect, SciELO, Pubmed, ProQuest e EBSCO; usando os operadores booleanos "AND" e "OR". O gerenciador bibliográfico Mendeley foi utilizado para armazenar e processar os artigos, aplicando a metodologia PRISMA. Resultados: Dos 118 artigos, 31,3% são da MEDLINE/Pubmed, 26,3% da ScienceDirect, 19,5% da ProQuest, 11,9% da SciELO e 11,0% da EBSCO. Conclusões: Durante o debriefing, é realizada uma reflexão da prática entre o professor e os alunos, conseguindo identificar os modelos mentais dos alunos e fazendo uma comparação entre o resultado obtido e o esperado, para modificar modelos mentais errôneos favorecendo a realização de competências dos alunos em atenção futura.

Palavras-chave: Debriefing; simulação; reflexão; Enfermagem; ensino de enfermagem



INTRODUCCIÓN

La llegada de la globalización hizo que la sociedad sufriera grandes cambios y con ello se genera la necesidad de contar con una educación superior que forme profesionales que puedan afrontar esta nueva necesidad; las nuevas tendencias educativas han generado en la educación superior la directriz de colocar al estudiante como eje central de la educación y es quien debe no solo adquirir conocimientos, sino debe utilizar estos conocimientos para realizar cambios a su entorno y así favorecer el crecimiento de la sociedad en su conjunto. Los profesionales de la salud, en los últimos años, han demostrado su valioso aporte no solo en la conservación de la salud de la población sino al incremento de valiosos conocimientos que ayudan a afrontar la llegada de nuevas enfermedades que pueden poner a la sociedad al borde de su colapso.

Las universidades buscan nuevos métodos educativos para asegurar que los profesionales de la salud en formación puedan alcanzar y mantener competencias esenciales para la atención de la sociedad, la cual es compleja y continuamente cambiante (Jose M. Maestre et al., 2014). Ante esta necesidad, las universidades están constantemente actualizando sus enfoques educativos y utilizando nuevas teorías educativas que fortalezcan el logro de competencias en los futuros profesionales de la salud. El aprendizaje surge de la necesidad de solucionar una situación que con sus propios recursos tradicionales no encuentran solución completamente, esto motiva a la persona a examinar su experiencia, mediante el proceso de observación y análisis, surgiendo brechas entre la intención y los resultados reales, lo cual estimula al profesional a buscar nuevas respuestas e incorporar estrategias conceptualizadas que puedan ser utilizadas en una situación parecida (J.M. Maestre et al., 2014).

Este aprendizaje generado en base a la experiencia es el eje central de la teoría del aprendizaje experiencial de Kolb, mediante el cual el conocimiento se construye transformando la experiencia, lo cual dura toda la vida



y está en constante interacción entre la persona y el entorno (Alhaj Ali et al., 2020; Joy & Kolb, 2009; Kolb, 2015; Koob & Funk, 2002). El filósofo y educador John Dewey menciona que para generar un aprendizaje significativo se debe utilizar como base la reflexión entendida esta como un proceso activo, deliberado y de creación de sentido de la experiencia vivida vinculándola con los conocimientos previos, lo cual genera nuevos conocimientos y un cambio de comportamiento para una situación futura parecida (Nagle & Foli, 2020).

La educación en enfermería también ha experimentado diversos cambios conceptuales y metodológicos los cuales generan desafíos, que corresponden a un perfil profesional que esté acorde al mercado laboral cada vez más complejo y exigente (Janicas & Narchi, 2019). Por ello, es importante vincular el aprendizaje actitudinal, cognitivo y procedimental; conllevando con ello a la activación de un proceso de elaboración personal del conocimiento, conjuntamente con la experiencia ganada en las prácticas clínicas permiten que el nuevo aprendizaje se relacione con los conocimientos previos; sin embargo se debe considerar su comprensión no sólo para repetir definiciones sino para establecer interpretación, comprensión o exposición de un fenómeno o situación de salud (de Góes & Jackman, 2020).

La sociedad viene reconociendo los valiosos aportes de los profesionales de enfermería, porque no solo se tiene al cuidado como principal paradigma; la mirada holística que brinda en sus cuidados es el máximo aporte que entrega a la sociedad. Para ello, el profesional de enfermería aplica conocimientos científicos específicos, que ha desarrollado y aprendido durante sus prácticas clínicas; y mediante la experiencia emplea el pensamiento y juicio crítico para optimizar los resultados y mejorar la salud del paciente (Mayville, 2011). La enfermera competente debe aprender no solo a memorizar los conocimientos que necesitará para su quehacer diario, debe aprender a interpretar, analizar y reflexionar de la experiencia vivida, con la finalidad de poder predecir posibles respuestas al cuidado y con ello ser capaz de cambiar dichos cuidados para optimizar el resultado en el estado de salud del paciente (Benner, 1982, 2005, 2012, 2015).



Con el objetivo de entregar profesionales de enfermería altamente capacitados, las escuelas y facultades de enfermería están utilizando en los últimos años diferentes metodologías y herramientas educativas. Se ha hecho cada vez más importante la utilización de la simulación clínica en la educación de enfermería, a pesar de su alto costo y en respuesta a una atención de enfermería que se hace cada vez más compleja (Dufrene & Young, 2014; González Anglada et al., 2019). La simulación clínica permite exponer al estudiante de enfermería a una situación clínica controlada semejante a la real, donde se puede enseñar habilidades clínicas específicas, favorece en la disminución de los errores y proporciona oportunidades de experiencia a los estudiantes en actividades que no son comunes de encontrar en la práctica clínica (Ayala Valladolid & Espinoza Moreno, 2020; González Anglada et al., 2019; Mayville, 2011).

Una etapa importante en la simulación es el Debriefing, que tiene como objetivo guiar al estudiante a reflexionar, comprender, analizar y sintetizar lo que pensaron, sintieron e hicieron durante la simulación clínica (Ayala Valladolid & Espinoza Moreno, 2020; J. W. Rudolph et al., 2016; Verkuyl, Attack, et al., 2018).

La utilización de la simulación clínica por parte de las universidades tiene como finalidad favorecer el logro de competencias de los estudiantes de enfermería para entregar a la sociedad un profesional capacitado en brindar cuidados holísticos de calidad. Como sea manifestado la etapa esencial de la simulación clínica es el debriefing por eso se formula la siguiente interrogante ¿Cuáles son los fundamentos metodológicos utilizados en el debriefing que fortalecen el logro de competencias en los estudiantes de enfermería?. Por ello el presente artículo tiene como objetivo: identificar los fundamentos metodológicos utilizados en el debriefing que fortalecen el logro de competencias en los estudiantes de enfermería.

METODOLOGÍA



Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura entre noviembre y diciembre del 2021 con la finalidad de encontrar evidencia científica utilizando la metodología PRISMA. Para la selección de los artículos que formaron parte del estudio se empleó como criterios de inclusión: artículos de texto completo, en idioma español, inglés y portugués, que se encuentren entre los años 2011 y 2021, que contengan como mínimo una descripción de Debriefing. Para los criterios de exclusión fueron: carta al editor, literatura gris y textos editoriales.

La búsqueda de la evidencia científica se realizó en las siguientes bases de datos: ScienceDirect, Scielo, Pubmed, ProQuest y EBSCO; con la finalidad de hacer más precisa la búsqueda se utilizaron los operadores booleanos “AND” y “OR”, así mismo se utilizaron los tesauros: DeCS - Descriptores en Ciencias de la Salud y MeSH (Medical Subject Headings); con ello se construyeron cadenas de búsqueda (Cuadro 1).

Cuadro 1 - Estrategias de búsqueda utilizadas en las bases de datos seleccionadas para el estudio

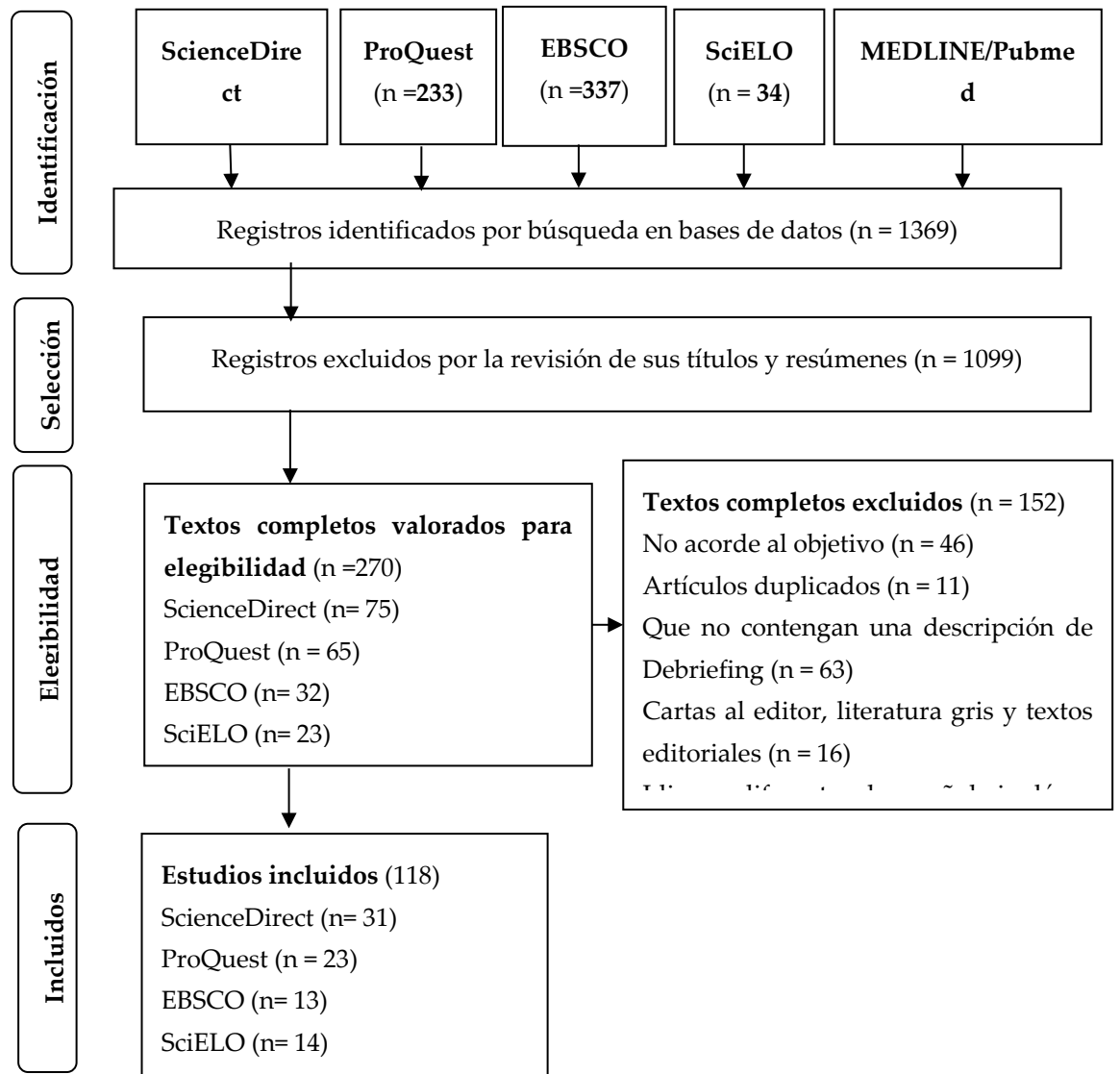
BASE DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA
ScienceDirect	“debriefing”; “debriefing and simulación”; “debriefing and reflexión”; “debriefing and reflection”; “debriefing and Nursing education”; “debriefing or Nursing” y “facilitation and debriefing”
SciELO	“debriefing”; “debriefing and simulación”; “debriefing and reflexión”; “debriefing and Nursing”; “debriefing and enfermería” y “debriefing and educación en enfermería”
MEDLINE/Pubmed	“debriefing”; “debriefing and simulación”; “debriefing and simulation”; “debriefing and reflection” y “debriefing and Nursing”
ProQuest	“debriefing”; “debriefing and simulation”; “debriefing and reflection”; “debriefing and enfermería”; “debriefing and Nursing”; “debriefing and Nursing education” y “debriefing and educación en enfermería”
EBSCO	“debriefing”; “debriefing and simulación”; “debriefing and simulation”; “debriefing and reflexión”; “debriefing and reflection”; “debriefing and Nursing”; “debriefing and enfermería” “debriefing and Nursing education” y “debriefing and educación en enfermería”

Fuente: Elaboración propia



Se utilizó el gestor bibliográfico Mendeley, donde se almacenaron y se procesaron todos los artículos que formaron parte de la investigación. Durante el proceso de selección de los artículos se realizó primero una exploración minuciosa de los títulos y resúmenes que estén acorde con el objetivo planteado. Luego se realizó la inspección de los artículos recolectados para eliminar los duplicados; y finalmente se realizó una revisión general del texto completo, encontrando artículos que no cumplían con los criterios de inclusión; obteniéndose finalmente 118 artículos científicos (Figura 1).

Figura 1 Diagrama de flujo del proceso de selección de los artículos que formaron parte del estudio





A estos últimos se les aplica la metodología PRISMA y se elabora una base de datos que contenía: base de datos de origen, país, autores, año de publicación, título, objetivos, metodología y aportes. Cada artículo pasó por una evaluación crítica a través del análisis del contenido, las discusiones de los resultados, interpretaciones y las conclusiones expuestas; y finalmente se realizó una comparación entre los datos obtenidos con la finalidad de agruparlos.

RESULTADOS

La población estuvo conformada por 118 artículos científicos de los cuales fueron sacados de las siguientes bases de datos: el 31.3% (37) son de MEDLINE/Pubmed, 26.3% (31) de ScienceDirect, 19.5% (23) de ProQuest, 11.9% (14) de SciELO y finalmente el 11.0% (13) de EBSCO. Según el país de procedencia se encontró que el 36.4% (43) son de EE. UU., 10.2% (12) de Canadá, 7.6% (9) de Brasil, 6.8 (8) de Reino Unido y entre otros países. De acuerdo con la metodología utilizada en cada artículo podemos encontrar que el 17.8 (21) son cualitativas, 16.1% (19) son revisiones sistemáticas, 14.4% (17) son descriptivas y entre otras encontradas.

DISCUSIÓN

El profesional de enfermería no percibe pasivamente los datos de la situación clínica del paciente, su pensamiento crítico le permite analizar, inferir y darle sentido a la experiencia, como consecuencia obtiene un resultado clínico (Clark & McLean, 2018; José M. Maestre & Rudolph, 2015), los cuales son derivados de los procesos mentales que utilizaron para interpretar la condición clínica del paciente; mediante la filtración, creación y aplicación de significados de manera activa al entorno (Dreifuerst, 2012; Guínez-Molinos et al., 2018; J.M. Maestre et al., 2014; J. Rudolph et al., 2013).

El debriefing se lleva a cabo posterior a la simulación a cargo de un docente, y es considerado un estándar para la realización de buenas prácticas



clínicas en enfermería permitiendo a los estudiantes reflexionar y analizar su desempeño, las acciones tomadas y cómo influenciaron en la respuesta del paciente al cuidado (Alhaj Ali et al., 2020; Almeida et al., 2016; Ha, 2020; J. W. Rudolph et al., 2016), generando una reflexión activa sobre la experiencia, los modelos mentales que intervinieron en las acciones y/o procesos cognitivos; para luego construir o mejorar nuevos modelos mentales con la finalidad de utilizarlos en una situación similar (W. J. Eppich et al., 2016; Lyons et al., 2015; Verkuyl, Lapum, et al., 2018; Zigmont et al., 2011); fomentando el desarrollo de las habilidades metacognitivas entre los estudiantes (Aghera et al., 2018; Dahl, 2017; Mariani et al., 2013; Reed et al., 2013).

Durante el debriefing se realiza una evaluación formativa, una heteroevaluación, una autoevaluación y una coevaluación por parte de todos los estudiantes (Amaya, 2012; Valencia Castro et al., 2016), esta reflexión de la práctica ayuda a afrontar no solo las experiencias vividas sino los sentimientos negativos en la evolución del paciente de acuerdo con las intervenciones realizadas (Schweller et al., 2018; Teixeira et al., 2015).

Es el eje central de la estrategia de simulación, centrándose en los objetivos de aprendizaje, incentiva el pensamiento crítico, reflexivo y creativo de los estudiantes; convirtiéndose en un momento de descubrimiento, aprendizaje compartido, generando confianza, seguridad y estímulo durante todo el proceso de aprendizaje (Ahmed et al., 2012; Bortolato-Major et al., 2019; Farrés Tarafa et al., 2015; Johnston et al., 2019; J. Rudolph et al., 2013; Ugwu et al., 2020); incorpora el feedback inmediato y constructivo, que sea apropiado y en el momento indicado para aprender de sus errores y éxitos, incorporando nuevas estrategias en el manejo del paciente (Brett-Fleegler et al., 2012; Nagle & Foli, 2020; Sweberg et al., 2018; van Dalen et al., 2021).

Durante esta evaluación formativa se debe utilizar la reflexión para poner de manifiesto los modelos mentales y explicar las diferencias encontradas entre el rendimiento observado y el esperado, y debe estar acorde a las necesidades individuales de los estudiantes (Coutinho et al., 2014; Gilmartin et al., 2020; Luna-Villanueva et al., 2015) reflexionando también en base



a las habilidades no técnicas; las cuales son esenciales para favorecer un comportamiento ético (Mundt et al., 2020; Oliveira et al., 2018; Rule et al., 2017; Severson et al., 2014).

El debriefing utiliza la experiencia de los estudiantes en la atención al paciente simulado o real y el procesamiento cognitivo de dicha experiencia, el cual proporciona información y maximiza el impacto del aprendizaje; para lo cual genera una atmósfera segura y realiza una discusión honesta de las estrategias de gestión teniendo presente los objetivos de aprendizaje y la identificación de los principios subyacentes que conducen a los modelos mentales erróneos (Costa et al., 2015; Dufrene & Young, 2014; Kolbe et al., 2013; Mota et al., 2019; T. L. Sawyer & Deering, 2013) mediante la deconstrucción de las actividades realizadas y sintetizando la experiencia; reforzando así el aprendizaje para su evocación en el futuro perfeccionando habilidades, reduce pensamientos negativos de la práctica y finalmente conecta las actividades simuladas con la situación clínica real (de Góes & Jackman, 2020; Lyons et al., 2015; Motola et al., 2013).

El debriefing es un proceso altamente interactivo y ayuda al estudiante a desarrollar su identidad profesional apoyado en la interacción social (Runnacles et al., 2014); siendo una estrategia constructivista dando la oportunidad a los estudiantes a reflexionar de manera activa, pruebe los modelos mentales sobre la atención de enfermería y las respuestas obtenidas del paciente; utilizando su pensamiento inductivo y deductivo que son imprescindibles para el pensamiento crítico (Dreifuerst, 2012).

El debriefing realiza una reflexión multilateral durante una discusión entre el docente y los estudiantes con la finalidad de mejorar su desempeño (Clark & McLean, 2018; Mariani et al., 2014; Rivière et al., 2019), para ello el estudiante debe describir lo que ocurrió durante la experiencia para poder informarse y a sus compañeros, y así todos entender el contexto del evento, insertando la reflexión analítica para ampliar la descripción de qué ocurrió, cómo y por qué respondieron y cómo responderían de manera diferente, y analizar así las razones de todo ello, asegurando una autocrítica para mejorar su desempeño (Fisher & Oudshoorn, 2019).



El objetivo del debriefing es analizar y comprender la relación entre los eventos, acciones, procesos mentales y sentimientos con los resultados obtenidos; garantizando un cambio en el comportamiento erróneo modificando sus conocimientos previos seguido por las acciones más que solo corregir acciones (Kolbe et al., 2015), utilizando la reflexión que es la evaluación intencional y metacognitiva de las competencias mediante el diálogo y retroalimentación de las diferentes perspectivas de los estudiantes y el docente, considerando el componente afectivo (Nagle & Foli, 2020).

Su propósito es mejorar el pensamiento crítico, el juicio clínico y el rendimiento clínico fortaleciendo sus competencias ante situaciones clínicas específicas, abordando las situaciones positivas y negativas en el rendimiento, no se debe suponer que los estudiantes entienden todo el fundamento en la atención del paciente y el proceso de pensamiento que llevaron a cabo (Fisher & Oudshoorn, 2019; Reed, 2020; Wazonis, 2016); deben ser animados a expresar sus sentimientos, pensamientos, dudas, incertidumbres, autoevaluar sus acciones y sus decisiones, aprendiendo de su experiencia junto a sus compañeros fortaleciendo la toma de decisiones y las buenas prácticas clínicas (Bortolato-Major et al., 2019); proyectando estas habilidades aprendidas a experiencias reales haciendo análisis de experiencias pasadas o situaciones futuras (Nadir et al., 2017; Nascimento et al., 2020).

El debriefing involucra una evaluación reflexiva individual y grupal de los sucesos ocurridos durante una situación crítica (González Anglada et al., 2019), fortaleciendo una buena comunicación entre los miembros y promueve la disminución de incidentes (Bui et al., 2021) compartiendo sus modelos mentales permitiendo corregir o ampliar más los modelos mentales de cada estudiante (Leal Costa et al., 2019; Ruda-Rodríguez, 2014).

La experiencia debe ir acompañada de una reflexión rigurosa que permita examinar los modelos mentales que guían el actuar de los profesionales de enfermería (José M. Maestre & Rudolph, 2015), durante las actividades asistenciales se realiza una reflexión sobre cada una de las acciones tomadas extrayendo nuevos conceptos o principios los cuales generaliza y luego los aplica en las futuras atenciones (González Anglada et al., 2019),



esta capacidad de reflexionar permite a las enfermeras y estudiantes a desarrollar un pensamiento de nivel superior y tomar mejores decisiones en la atención de los pacientes (Zhang et al., 2020; Zigmont et al., 2011) considerando también las emociones experimentadas que influyen profundamente en la retención y activación del conocimiento (Aponte-Patel et al., 2018; Dufrene & Young, 2014; Kolbe et al., 2015).

Los elementos del debriefing son el facilitador, los participantes, la experiencia, el impacto de la experiencia y el recuerdo de la experiencia; también se considera los mecanismos para informar sobre la experiencia y el tiempo que se tiene; al momento de reflexionar es importante que los estudiantes sientan que están seguros y son respetados, ayudando así a que manifiesten libremente lo que piensan y sienten (Chamberland et al., 2018; W. Eppich & Cheng, 2015; Leong et al., 2017; van Dalen et al., 2021).

Cuando el debriefing no es adecuado se genera un aprendizaje equivocado, provocando sentimientos negativos en los estudiante logrando disminuir su desempeño clínico y su capacidad reflexiva (Bortolato-Major et al., 2019) afectando la atención selectiva y la memoria que son las principales funciones cognitivas involucradas en la retención de la memoria a largo plazo; por ello se debe utilizar enfoques psicológicos para promover un aprendizaje efectivo (Lilot et al., 2018; Reed, 2012), el manejo del estrés y de las emociones en especial cuando se realiza el manejo de pacientes críticos (Monette et al., 2020; Nocera & Merritt, 2017).

Los alcances que tiene el debriefing son El "QUÉ" debe desencadenar un debriefing, mayormente se realiza después de un evento crítico, un evento exitoso o aquellos eventos emocionalmente altos, pero lo más importante es que sea relevante para el grupo (W. J. Eppich et al., 2016; Kessler et al., 2015). El "QUIÉN" facilita el debriefing, es el docente formado en la metodología con competencias de moderador para poder guiar a los estudiantes en el análisis y evaluación de las acciones tomadas, y sus modelos mentales que influyeron en el evento; y mediante un enfoque socrático fomenta la auto reflexión desde la perspectiva de los estudiantes; sin embargo



pueden ser guiados por pares capacitados con la finalidad de tener los diferentes puntos de vistas y un análisis de las competencias mostradas (W. J. Eppich et al., 2016; Kessler et al., 2015; Mayville, 2011).

El "DÓNDE", se lleva a cabo en una ambiente tranquilo, privado y seguro; por ello debe ser emocionalmente seguro e intelectualmente desafiante (W. J. Eppich et al., 2016; Kessler et al., 2015). El "CÓMO", se realiza fomentando un diálogo honesto con preguntas abiertas para identificar comportamientos o percepciones que puedan ayudar a mejorar la atención del paciente, se puede aplicar diversos métodos de debriefing, pero esto dependerá de la experiencia del docente (W. J. Eppich et al., 2016; Mayville, 2011). Y "CUANDO", puede ocurrir después de una experiencia real o simulada con la finalidad de generar una discusión reflexiva sobre la experiencia y así aprender de los errores y aciertos (Cho, 2015); sin embargo, se puede realizar micro debriefing durante el evento o durante las pausas en la acción en una situación simulada, las cuales son tomadas como estrategias educativas (Ahmed et al., 2013; Gamboa et al., 2018; Shinnick et al., 2011).

El debriefing puede tener una estructura trifásica o multifase (más de 3 fases) estas fases incluyen un análisis o discusión de eventos y una fase de resumen o aplicación en la cual se solidifica el aprendizaje adquirido, una diferencia encontrada entre estas estructuras es la inclusión de un tiempo para las reacciones/emociones con la finalidad de poder despejar el aire y seguir con una conversación con menos carga emocional (Mariani et al., 2014; Nascimento et al., 2020; T. Sawyer et al., 2016).

La primera es la Fase de reacción, el docente debe permitir que los estudiantes verbalicen sus emociones para encaminar la información (Nascimento et al., 2020), comenzando con preguntas abiertas para permitir que puedan expresar sus pensamientos y emociones, especialmente en eventos emocionalmente cargados (Amaya, 2012; González Anglada et al., 2019; Kolbe et al., 2015); teniendo la oportunidad de identificar los intereses de aprendizaje de los estudiantes y guiarlos hacia el objetivo de aprendizaje planteado, favoreciendo positivamente la dinámica de apoyo mutuo con lo



cual ayudan a determinar el contenido de la discusión y asumen la responsabilidad de su propio aprendizaje (Carvalho-Filho et al., 2018; Cheng et al., 2016; Moura & Caliri, 2013).

El docente debe suponer que algunos estudiantes tienen sus sentimientos heridos o se siente mal por su desempeño, por ello debe asegurarles un ambiente seguro para poder cometer errores y aprender de ellos, a este proceso se denomina "normalización"; también se debe revisar y resumir todos los hechos y aliviar la confusión sobre el caso garantizando que todos tengan una comprensión común de lo ocurrido (Forneris et al., 2015; Gardner, 2013; Hall & Tori, 2017).

Fase de análisis, se realiza la exploración del rendimiento enfocándose en lo que salió bien para que se continúe con ello y en aspectos que deben mejorarse desde la perspectiva de los estudiantes, para profundizar y comprender su estado de ánimo, lo que estaban pensando y los motivos del comportamiento mostrado durante la atención (Gardner, 2013) centrándose en la autoevaluación, promoviendo un análisis más profundo de los eventos específicos con una mirada hacia las futuras atenciones, y por último proporcionar retroalimentación utilizando las directivas o protocolos utilizados en eventos similares de atención (Amaya, 2012; Cheng et al., 2016; González Anglada et al., 2019; Kolbe et al., 2015; Jose M. Maestre et al., 2014).

El docente se comporta como un apoyo para el aprendizaje de los estudiantes, siendo un "detective cognitivo" trabajando hacia atrás para poder identificar qué modelos mentales impulsaron sus acciones; utilizando la técnica de abogacía-investigación (Kolbe et al., 2015; Reed, 2020; van Dalen et al., 2021) con voz en primera persona utilizando este esquema de conversación: yo vi..., pienso... y me pregunto; promoviendo la comunicación y aprendizaje bidireccional, mejorando la discusión para alinearse a los objetivos de aprendizaje (Gardner, 2013; José M. Maestre & Rudolph, 2015; Nascimento et al., 2020).



Para el cierre de esta fase se realiza la generalización y aplicación de la información obtenida a situaciones reales destacando los principios de seguridad del paciente y la práctica clínica experta (W. J. Eppich et al., 2016; Reed, 2020). Y por último la fase resumen, se alienta a los estudiantes a expresar las ideas principales que se llevarán para sus futuras atenciones, el docente hace una revisión de lo aprendido y qué mensajes claves se llevan a casa; implicando a cada estudiante en el resumen y autoevaluación (Amaya, 2012; Kolbe et al., 2015; Jose M. Maestre et al., 2014; Reed, 2020).

En el debriefing de estructura multifásica se puede observar la fase de reacción, se expresan los sentimientos y emociones de los estudiantes para disminuir el estrés emocional y permitir la expresión de la agenda de los estudiantes; fase de descripción, donde se recuerda lo que sucedió durante la sesión; fase de análisis, explora los estados de ánimos de los estudiantes en base a los resultados y acciones observadas mediante una discusión reflexiva sobre los procesos internos que guiaron sus acciones; y finalmente la fase de resumen, se destacan los mensajes que se llevarán los alumnos a casa y los planes de acciones futuras (Secheresse & Nonglaton, 2019; van Dalen et al., 2021).

El debriefing tiene algunos elementos importantes: la seguridad psicológica, es decir comportarse o actuar sin temor a las consecuencias negativas de la autoimagen; reflexionar sobre la postura, esto abre las puertas a la exposición de los modelos mentales de los involucrados; establecer reglas, esto facilita la creación de seguridad psicológica y a la participación activa en la discusión garantizando su confidencialidad; establecer un modelo mental compartido, aborda los objetivos claves de aprendizaje; hacer preguntas abiertas, fomenta la reflexión y la autoevaluación por parte de los estudiantes; y finalmente usar el silencio, se debe dejar que los estudiantes tengan un tiempo después de cada pregunta para que puedan explorar sus modelos mentales y consolidar una respuesta convincente (Kolbe et al., 2015; Nyström et al., 2016; Roh & Jang, 2017).

Se debe considerar la utilización de video porque puede servir para complementar la calificación de los observadores sobre los resultados en el



simulador; a veces los estudiantes pueden olvidarse o mal interpretar una acción; por ello es útil para apoyar el razonamiento reflexivo, mejora el aprendizaje y refuerza los objetivos de aprendizaje (Lyons et al., 2015). El tiempo destinado para el debriefing debe estar acorde con los objetivos de aprendizaje, se recomienda que no sea menor a 30 minutos (de Góes & Jackman, 2020; Fey & Jenkins, 2015; Husebø et al., 2013; Verkuyl, Lapum, et al., 2018). Para la cantidad de alumnos en el debriefing se aconseja que deben ser grupos pequeños para facilitar la privacidad y confidencialidad (Fey & Jenkins, 2015; Mullan et al., 2013).

El debriefing se ve afectado por la conducta general del docente como el lenguaje corporal abierto, el tono de voz interesado y receptivo, y la escucha activa; así mismo el lenguaje no verbal y las expresiones faciales que manifiestan interés por los estudiantes promoviendo una discusión y reflexión efectiva (Cheng et al., 2016; Johnston et al., 2019; Kessler et al., 2015; Kirkbakk-Fjær & Skundberg-Kletthagen, 2018).

El docente no debe indicar que se hizo bien y que se hizo mal sin tomar en cuenta la opinión del alumno, su rol debe ser guiar la discusión estando en línea con los estudiantes y ayudándolos a reformular las preguntas si fuese necesario (Karlgrén et al., 2020; Rivière et al., 2019; J. Rudolph et al., 2013; Tosterud et al., 2020) desarrollando habilidades descriptivas logrando narrar paso a paso los sucesos y exprese cómo se visualizó durante el desarrollo de la sesión, examinando su propia actuación, fortaleciendo su juicio de valor estableciendo sus propias debilidades y fortalezas de su desempeño (Becker et al., 2016; Hull et al., 2017; Jaye et al., 2015; Roh & Jang, 2017; Ruda-Rodríguez, 2014).

El docente debe garantizar un ambiente seguro, donde permita a los estudiantes sentirse cómodos expresándose, reflexionando críticamente, diagnosticando sus propias necesidades y planificando e identificando recursos para cumplir sus objetivos (Abulebda et al., 2020; Cho, 2015; Mariani et al., 2014), realizando un aprendizaje activo ya que los sentimientos negativos son una barrera para que muestre sus modelos mentales (Hwang et al., 2018; Lavoie et al., 2013).



El docente debe convertirse en un coaprendiz porque debe exponer sus modelos mentales y contrastarlos con la situación para que los estudiantes puedan hacer una comparación con la situación ocurrida y los modelos mentales que utilizaron (Kolbe & Rudolph, 2018; Raney et al., 2020; Ugwu et al., 2020). También debe seguir los objetivos de aprendizaje para que la discusión no se centre en una sesión de culpa o se centre en puntos técnicos, para ello se considera los estándares de desempeño para que puedan identificar lo que debió suceder, lo que realmente pasó examinado por qué pasó (da Silva et al., 2020; Doherty-Restrepo et al., 2018; Hall & Tori, 2017; Urra Medina et al., 2017).

El docente debe determinar qué método de debriefing utilizará para estar acorde a las necesidades de aprendizaje de los estudiantes generando un aprendizaje significativo logrando cumplir los objetivos planteados (Janicas & Narchi, 2019; Verkuyt, Attack, et al., 2018), estos métodos se derivan de teorías que facilitan la interacción con los estudiantes, mostrando diferencias en técnicas y estrategias (Brindle et al., 2018; Endacott et al., 2019; Hwang et al., 2018). Es importante que el docente organice el debate de tal manera que solo sea un esquema básico que sirva de guía y se pueda realizar en base a los intereses de los estudiantes sin salirse de los objetivos de aprendizaje (Lyons et al., 2015; Sáiz Linares & Susinos Rada, 2014).

Es relevante enseñar a los docentes novatos en debriefing los diferentes métodos para que puedan adaptarlos según sus competencias y las necesidades de los estudiantes (Gillen et al., 2019; Paige et al., 2015; TANOUBI et al., 2019); se debe realizar evaluaciones sumativas, formativas, retroalimentación de compañeros y estudiantes, con la finalidad de realizar una formación continua de los docentes (Cheng et al., 2013; Kim & Yoo, 2020; Krogh et al., 2016; Rose & Cheng, 2018; Wazonis, 2016).

El docente debe estar presto a aprender durante el transcurso del debriefing; las cargas cognitivas que puede presentar son muchas, sin embargo la preparación del debriefing y la experiencia podría mitigar dichas cargas, la utilización de un co debriefing también apoya a disminuir estas cargas cognitivas; es importante el manejo de estas cargas cognitivas para



poder seguir los objetivos de aprendizaje propuestos (Cheng et al., 2015; Coggins et al., 2020; Couper et al., 2013; Farooq et al., 2017; Fraser et al., 2018).

Dentro de la literatura se menciona varios métodos de debriefing que son interesantes en cuanto a su estructura y su metodología, sin embargo escapan a los objetivos de esta investigación, aun así se sugiere que se realicen investigación en estos temas, también se encontró limitaciones al momento de integrar las competencias que debe tener un Docente encargado del Debriefing, por ello se debe profundizar aún más en este tema, porque es el docente quien debe garantizar un debriefing acorde a las necesidades de los alumnos y los objetivos de aprendizaje.

CONCLUSIONES

El debriefing ha demostrado que fortalece las competencias de los estudiantes de enfermería, porque realiza una discusión reflexiva entre el docente y los estudiantes, en la cual se hace una comparación y análisis de los sentimientos, modelos mentales y acciones realizadas por el estudiante comparándolos con los resultados esperados; para ello el docente ha planificado cuidadosamente la estructura del Debriefing para que esté acorde a las necesidades de los estudiantes y sirva de guía para llevar a cabo los objetivos de aprendizaje.

Durante este Debriefing se lleva a cabo una conversación honesta y sin miedo a equivocarse por parte del estudiante, es así como el docente puede guiar a los estudiantes en el análisis de sus modelos mentales, a la disminución de la carga emocional y a la comprensión de los resultados obtenidos para luego modificar los modelos mentales erróneos o reforzar los adecuados para aplicarlos en situaciones similares y así mejorar y/o fortalecer las competencias de los estudiantes en la atención de determinados pacientes.



Es importante que el docente tenga las competencias adecuadas para el manejo del Debriefing, porque es el guía para que el estudiante pueda analizar sus modelos mentales y las acciones realizadas; y con ello fortalecer las competencias de los estudiantes; para ello debe generar un ambiente seguro, debe saber manejar los sentimientos negativos y fortalecer los modelos mentales adecuados comparándolos con los de él mismo, favoreciendo más el aprendizaje significativo por parte del estudiante de enfermería.

Es importante que el Docente pueda llevar a los estudiantes por cada etapa que cuenta el debriefing y así garantizar que los estudiantes puedan descargar primero sus sentimientos encontrados y sean capaces de reconocer sus propios modelos mentales y si estos pudieron lograr el resultado esperado, es necesario entonces que los docentes conozcan los diferentes métodos de debriefing y las estructuras tienen.

BIBLIOGRAFÍA

Abulebda, K., Srinivasan, S., Maa, T., Stormorken, A., & Chumpitazi, C. E. (2020). Development, Implementation, and Evaluation of a Faculty Development Workshop to Enhance Debriefing Skills Among Novice Facilitators. *Cureus*, 12(2). <https://doi.org/10.7759/cureus.6942>

Aghera, A., Emery, M., Bounds, R., Bush, C., Brent Stansfield, R., Gillett, B., & Santen, S. A. (2018). A randomized trial of SMART goal enhanced debriefing after simulation to promote educational actions. *Western Journal of Emergency Medicine*, 19(1), 112–120. <https://doi.org/10.5811/westjem.2017.11.36524>

Ahmed, M., Sevdalis, N., Paige, J., Paragi-Gururaja, R., Nestel, D., & Arora, S. (2012). Identifying best practice guidelines for debriefing in surgery: A tri-continental study. *American Journal of Surgery*, 203(4), 523–529. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2011.09.024>

Ahmed, M., Sevdalis, N., Vincent, C., & Arora, S. (2013). Actual vs perceived performance debriefing in surgery: Practice far from perfect. *American Journal of Surgery*, 205(4), 434–440. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2013.01.007>

Alhaj Ali, A., Miller, E., Ballman, K., Bakas, T., Geis, G., & Ying, J. (2020). The impact of debriefing modalities on nurse practitioner students' knowledge and leadership skills in managing fatal dysrhythmias: A pilot study. *Nurse Education in Practice*, 42, 102687. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.102687>



Almeida, R. G. D. S., Mazzo, A., Martins, J. C. A., Coutinho, V. R. D., Jorge, B. M., & Mendes, I. A. C. (2016). Validation to Portuguese of the Debriefing Experience Scale. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(4), 705–711. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690413i>

Amaya, A. (2012). Simulación clínica y aprendizaje emocional. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41, 44–51. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502012000500006&script=sci_abstract&tlng=es

Aponte-Patel, L., Salavitar, A., Fazzio, P., Geneslaw, A. S., Good, P., & Sen, A. I. (2018). Implementation of a Formal Debriefing Program After Pediatric Rapid Response Team Activations. *Journal of Graduate Medical Education*, 10(2), 203–208. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-17-00511.1>

Ayala Valladolid, D., & Espinoza Moreno, T. M. (2020). Utilidad de la simulación clínica para lograr competencias en estudiantes de enfermería en tiempos de COVID-19. *Revista Cubana de Enfermería*, 36(0), 1–16. <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/articulo/view/3946>

Becker, K., Crowe, T., Walton-Moss, B., Lin, A., Parsons-Schram, A., Hanyok, L., Hayashi, J., Culhane, N., McNelis, A., & Teague, P. (2016). Interprofessional debriefing: A novel synthesis of the 3D model and Systems Centered Therapy. *Journal of Interprofessional Education and Practice*, 2, 13–19. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2016.03.001>

Benner, P. (1982). From novice. *American Journal of Nursing*, 82(3), 402–407. [https://www.medicalcenter.virginia.edu/therapy-services/3 - Benner - Novice to Expert-1.pdf](https://www.medicalcenter.virginia.edu/therapy-services/3-Benner-1.pdf)

Benner, P. (2005). Acquisition and Clinical Judgment in Nursing Practice and Education The first study , conducted between 1978 and 1981 (Benner , 1982 , 1984), was based on 21 paired inter-views with newly graduated nurses and their preceptors , and interviews and / or p. *The Bulletin of Science, Technology and Society Special Issue*, 24(3), 188–202.

Benner, P. (2012). Educating nurses: A call for radical transformation-How far have we come? *Journal of Nursing Education*, 51(4), 183–184. <https://doi.org/10.3928/01484834-20120402-01>

Benner, P. (2015). Curricular and pedagogical implications for the carnegie study, educating nurses: A call for radical transformation. *Asian Nursing Research*, 9(1), 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2015.02.001>

Bortolato-Major, C., Mantovani, M. de F., Felix, J. V. C., Boostel, R., Silva, Â. T. M. da, & Caravaca-Morera, J. A. (2019). Debriefing evaluation in nursing clinical simulation: a cross-sectional study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(3), 788–794. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0103>



- Brett-Fleegler, M., Rudolph, J., Eppich, W., Monuteaux, M., Fleegler, E., Cheng, A., & Simon, R. (2012). Debriefing assessment for simulation in healthcare: Development and psychometric properties. *Simulation in Healthcare*, 7(5), 288–294. <https://doi.org/10.1097/SIH.0b013e3182620228>
- Brindle, M. E., Henrich, N., Foster, A., Marks, S., Rose, M., Welsh, R., & Berry, W. (2018). Implementation of surgical debriefing programs in large health systems: An exploratory qualitative analysis. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3003-3>
- Bui, A. H., Shebeen, M., Girdusky, C., & Leitman, I. M. (2021). Structured Feedback Enhances Compliance with Operating Room Debriefs. *Journal of Surgical Research*, 257, 425–432. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2020.07.079>
- Carvalho-Filho, M. A., Schaafsma, E. S., & Tio, R. A. (2018). Debriefing as an opportunity to develop emotional competence in health profession students: Faculty, be prepared! In *Scientia Medica* (Vol. 28, Issue 1, pp. ID28805–ID28805). Editora Universitaria da PUCRS. <https://doi.org/10.15448/1980-6108.2018.1.28805>
- Chamberland, C., Hodgetts, H. M., Kramer, C., Breton, E., Chiniara, G., & Tremblay, S. (2018). The critical nature of debriefing in high-fidelity simulation-based training for improving team communication in emergency resuscitation. *Applied Cognitive Psychology*, 32(6), 727–738. <https://doi.org/10.1002/acp.3450>
- Cheng, A., Hunt, E. A., Donoghue, A., Nelson-McMillan, K., Nishisaki, A., LeFlore, J., Eppich, W., Moyer, M., Brett-Fleegler, M., Kleinman, M., Anderson, J. D., Adler, M., Braga, M., Kost, S., Stryjewski, G., Min, S., Podraza, J., Lopreiato, J., Hamilton, M. F., ... Nadkarni, V. M. (2013). Examining pediatric resuscitation education using simulation and scripted debriefing: A multicenter randomized trial. *JAMA Pediatrics*, 167(6), 528–536. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.1389>
- Cheng, A., Morse, K. J., Rudolph, J., Arab, A. A., Runnacles, J., & Eppich, W. (2016). Learner-centered debriefing for health care simulation education: Lessons for faculty development. *Simulation in Healthcare*, 11(1), 32–40. <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000136>
- Cheng, A., Palaganas, J., Eppich, W., Rudolph, J., Robinson, T., & Grant, V. (2015). Co-debriefing for simulation-based education: A primer for facilitators. *Simulation in Healthcare*, 10(2), 69–75. <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000077>
- Cho, S. J. (2015). Debriefing in pediatrics. *Korean Journal of Pediatrics*, 58(2), 47–51. <https://doi.org/10.3345/kjp.2015.58.2.47>
- Clark, R., & McLean, C. (2018). The professional and personal debriefing needs of ward based nurses after involvement in a cardiac arrest: An explorative qualitative pilot study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 47, 78–84. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.03.009>



Coggins, A., Santos, A. D. L., Zaklama, R., & Murphy, M. (2020). Interdisciplinary clinical debriefing in the emergency department: An observational study of learning topics and outcomes. *BMC Emergency Medicine*, 20(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12873-020-00370-7>

Costa, C. L., Rodríguez, L. J., Ríos, M. P., Martín, M. R., Luis, J., & Agea, D. (2015). Evaluación del curso de instructores en simulación clínica de la Universidad Católica de Murcia (UCAM). *Revista Enfermería Docente*, 1(103), 8–14. <https://www.huvv.es/sites/default/files/revistas/ED-103-04.pdf>

Couper, K., Salman, B., Soar, J., Finn, J., & Perkins, G. D. (2013). Debriefing to improve outcomes from critical illness: A systematic review and meta-analysis. In *Intensive Care Medicine* (Vol. 39, Issue 9, pp. 1513–1523). Springer. <https://doi.org/10.1007/s00134-013-2951-7>

Coutinho, V., Martins, J., & Pereira, M. (2014). Construção e Validação da Escala de Avaliação do Debriefing associado à Simulação (EADaS). *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(No 2), 41–50. <https://doi.org/10.12707/riii1392>

da Silva, M. A. N. C. G. M. M., Tanqueiro, M. T. de O. S., Veríssimo, C. M. F., Neves, M. M. A. M. C., Cruzeiro, C. M. P. F. S. da R., & Coutinho, V. D. (2020). Evaluation of structured debriefing as a pedagogical strategy in family health nursing. *Revista de Enfermagem Referência*, 2020(2), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RIV19081>

Dahl, E. (2017). Debriefing of the medical team after emergencies on cruise ships. In *International Maritime Health* (Vol. 68, Issue 4, pp. 183–186). Via Medica. <https://doi.org/10.5603/IMH.2017.0034>

de Góes, F. D. S. N., & Jackman, D. (2020). Development of an instructor guide tool: ‘three stages of holistic debriefing.’ *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3089.3229>

Doherty-Restrepo, J., Odai, M., Harris, M., Yam, T., Potteiger, K., & Montalvo, A. (2018). Students’ perception of peer and faculty debriefing facilitators following simulation-based education. *Journal of Allied Health*, 47(2), 107–112.

Dreifuerst, K. T. (2012). Using debriefing for meaningful learning to foster development of clinical reasoning in simulation. *Journal of Nursing Education*, 51(6), 326–333. <https://doi.org/10.3928/01484834-20120409-02>

Dufrene, C., & Young, A. (2014). Successful debriefing - Best methods to achieve positive learning outcomes: A literature review. *Nurse Education Today*, 34(3), 372–376. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.06.026>

Endacott, R., Gale, T., O’Connor, A., & Dix, S. (2019). Frameworks and quality measures used for debriefing in team-based simulation: A systematic review. *BMJ Simulation and Technology Enhanced Learning*, 5(2), 61–72. <https://doi.org/10.1136/bmjstel-2017-000297>



- Eppich, W., & Cheng, A. (2015). Promoting excellence and reflective learning in simulation (PEARLS): Development and rationale for a blended approach to health care simulation debriefing. *Simulation in Healthcare*, 10(2), 106–115. <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000072>
- Eppich, W. J., Mullan, P. C., Brett-Fleegler, M., & Cheng, A. (2016). “Let’s Talk About It”: Translating Lessons From Health Care Simulation to Clinical Event Debriefings and Coaching Conversations. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*, 17(3), 200–211. <https://doi.org/10.1016/j.cpem.2016.07.001>
- Farooq, O., Thorley-Dickinson, V. A., Dieckmann, P., Kasfiki, E. V, Omer, R. M. I. A., & Purva, M. (2017). Comparison of oral and video debriefing and its effect on knowledge acquisition following simulation-based learning. *BMJ Simulation and Technology Enhanced Learning*, 3(2), 48–53. <https://doi.org/10.1136/bmjstel-2015-000070>
- Farrés Tarafa, M., Miguel Ruiz, D., Almazor, A., Insa, E., Hurtado, B., Nebot, C., Morera, M. J., Moreno Arroyo, M. C., Bande, D., & Roldán Merino, J. (2015). Simulación clínica en enfermería comunitaria. FEM: Revista de La Fundación Educación Médica, 18, s62–s66. <https://doi.org/10.4321/s2014-98322015000300010>
- Fey, M. K., & Jenkins, L. S. (2015). Debriefing practices in nursing education programs: Results from a national study. *Nursing Education Perspectives*, 36(6), 361–366. <https://doi.org/10.5480/14-1520>
- Fisher, M. E. M., & Oudshoorn, A. (2019). Debriefing for Professional Practice Placements in Nursing: A Concept Analysis. *Nursing Education Perspectives*, 40(4), 199–204. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.00000000000000487>
- Forneris, S. G., Neal, D. O., Tiffany, J., Kuehn, M. B., Meyer, H. M., Blazovich, L. M., Holland, A. E., & Smerillo, M. (2015). Enhancing clinical reasoning through simulation debriefing: A multisite study. *Nursing Education Perspectives*, 36(5), 304–310. <https://doi.org/10.5480/15-1672>
- Fraser, K. L., Meguerdichian, M. J., Haws, J. T., Grant, V. J., Bajaj, K., & Cheng, A. (2018). Cognitive Load Theory for debriefing simulations: implications for faculty development. *Advances in Simulation* 2018 3:1, 3(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/S41077-018-0086-1>
- Gamboa, O. A., Agudelo, S. I., Maldonado, M. J., Leguizamón, D. C., & Cala, S. M. (2018). Evaluation of two strategies for debriefing simulation in the development of skills for neonatal resuscitation: a randomized clinical trial. *BMC Research Notes* 2018 11:1, 11(1), 1–5. <https://doi.org/10.1186/S13104-018-3831-6>
- Gardner, R. (2013). Introduction to debriefing. *Seminars in Perinatology*, 37(3), 166–174. <https://doi.org/10.1053/J.SEMPERI.2013.02.008>
- Gillen, J., Koncicki, M. L., Hough, R. F., Palumbo, K., Choudhury, T., Daube, A., Patel, A., Chirico, A., Lin, C., Yalamanchi, S., Aponte-Patel, L., & Sen, A. I. (2019). The impact of a



fellow-driven debriefing program after pediatric cardiac arrests. *BMC Medical Education* 2019 19:1, 19(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/S12909-019-1711-Y>

Gilmartin, S., Martin, L., Kenny, S., Callanan, I., & Salter, N. (2020). Promoting hot debriefing in an emergency department. *BMJ Open Quality*, 9(3), e000913. <https://doi.org/10.1136/bmj-oq-2020-000913>

González Anglada, M. I., Garmendia Fernández, C., & Moreno Núñez, L. (2019). A strategy for training in patient safety during residency programme: From critical incident to simulation. Part 2. *Educacion Medica*, 20(4), 231–237. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2019.03.001>

Guínez-Molinos, S., Maragaño Lizama, P., & Gomar-Sancho, C. (2018). Collaborative clinical simulation to train medical students. *Revista Medica de Chile*, 146(5), 643–652. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872018000500643>

Ha, E. H. (2020). Effects of peer-led debriefing using simulation with case-based learning: Written vs. observed debriefing. *Nurse Education Today*, 84, 104249. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104249>

Hall, K., & Tori, K. (2017). Best Practice Recommendations for Debriefing in Simulation-Based Education for Australian Undergraduate Nursing Students: An Integrative Review. *Clinical Simulation In Nursing*, 13(1), 39–50. <https://doi.org/10.1016/J.ECNS.2016.10.006>

Hull, L., Russ, S., Ahmed, M., Sevdalis, N., & Birnbach, D. J. (2017). Quality of interdisciplinary postsimulation debriefing: 360° evaluation. *BMJ Simulation and Technology Enhanced Learning*, 3(1), 9–16. <https://doi.org/10.1136/BMJSTEL-2016-000125>

Husebø, S. E., Dieckmann, P., Rystedt, H., Søreide, E., & Friberg, F. (2013). The relationship between facilitators' questions and the level of reflection in postsimulation debriefing. *Simulation in Healthcare*, 8(3), 135–142. <https://doi.org/10.1097/SIH.0b013e31827cbb5c>

Hwang, Y. Y., Kim, H. J., Cha, H. G., Park, D., & Yeun, E. J. (2018). Types of debriefing in nursing simulation classes (Subjectivity study). *Indian Journal of Public Health Research and Development*, 9(9), 887–893. <https://doi.org/10.5958/0976-5506.2018.01111.7>

Janicas, R. de C. S. V., & Narchi, N. Z. (2019). Evaluation of nursing students' learning using realistic scenarios with and without debriefing. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2936.3187>

Jaye, P., Thomas, L., & Reedy, G. (2015). "The Diamond": A structure for simulation debrief. *Clinical Teacher*, 12(3), 171–175. <https://doi.org/10.1111/tct.12300>

Johnston, S., Nash, R., & Coyer, F. (2019). An evaluation of simulation debriefings on student nurses' perceptions of clinical reasoning and learning transfer: A mixed methods study. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 16(1). <https://doi.org/10.1515/ijnes-2018-0045>



- Joy, S., & Kolb, D. A. (2009). Are there cultural differences in learning style? *International Journal of Intercultural Relations*, 33(1), 69–85. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2008.11.002>
- Karlgren, K., Larsson, F., & Dahlström, A. (2020). Eye-opening facilitator behaviours: An Interaction Analysis of facilitator behaviours that advance debriefings. *BMJ Simulation and Technology Enhanced Learning*, 6(4), 220–228. <https://doi.org/10.1136/bmjstel-2018-000374>
- Kessler, D. O., Cheng, A., & Mullan, P. C. (2015). Debriefing in the emergency department after clinical events: A practical guide. *Annals of Emergency Medicine*, 65(6), 690–698. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.10.019>
- Kim, Y. J., & Yoo, J. H. (2020). The utilization of debriefing for simulation in healthcare: A literature review. In *Nurse Education in Practice* (Vol. 43, p. 102698). Churchill Livingstone. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102698>
- Kirkbakk-Fjær, K., & Skundberg-Kletthagen, H. (2018). Nursing Students' in Mental Health Nursing Shown by the Debriefing Phase in Low-Fidelity Simulation. *https://Doi.Org/10.1080/01612840.2018.1455774*, 39(9), 773–778. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1455774>
- Kolb, D. A. (2015). Experience as the Source of Learning and Development Second Edition. In I. Pearson Education (Ed.), Pearson Education, Inc. Upper Saddle River. <https://doi.org/10.1002/job.4030080408>
- Kolbe, M., Grande, B., & Spahn, D. R. (2015). Briefing and debriefing during simulation-based training and beyond: Content, structure, attitude and setting. *Best Practice and Research: Clinical Anaesthesiology*, 29(1), 87–96. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2015.01.002>
- Kolbe, M., & Rudolph, J. W. (2018). What's the headline on your mind right now? How reflection guides simulation-based faculty development in a master class. *BMJ Simulation and Technology Enhanced Learning*, 4(3), 133–140. <https://doi.org/10.1136/bmjstel-2017-000247>
- Kolbe, M., Weiss, M., Grote, G., Knauth, A., Dambach, M., Spahn, D. R., & Grande, B. (2013). TeamGAINS: a tool for structured debriefings for simulation-based team trainings. *BMJ Quality & Safety*, 22(7), 541–553. <https://doi.org/10.1136/BMJQS-2012-000917>
- Koob, J. J., & Funk, J. (2002). Kolb's learning style inventory: Issues of reliability and validity. *Research on Social Work Practice*, 12(2), 293–308. <https://doi.org/10.1177/104973150201200206>
- Krogh, K., Bearman, M., & Nestel, D. (2016). "Thinking on your feet" – a qualitative study of debriefing practice. *Advances in Simulation*, 1(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s41077-016-0011-4>



- Lavoie, P., Pepin, J., & Boyer, L. (2013). Reflective debriefing to promote novice nurses' clinical judgment after high-fidelity clinical simulation: a pilot test. *Dynamics (Pembroke, Ont.)*, 24(4), 36–41. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24616950/>
- Leal Costa, C., Megías Nicolás, A., García Méndez, J. A., Adánez Martínez, M. de G., & Díaz Agea, J. L. (2019). Teaching with self-learning methodology in simulated environments. A qualitative study among teachers and students of nursing degree. *Educacion Medica*, 20, 52–58. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.04.003>
- Leong, K. B. M. S. L., Hanskamp-Sebregts, M., Van Der Wal, R. A., & Wolff, A. P. (2017). Effects of perioperative briefing and debriefing on patient safety: A prospective intervention study. *BMJ Open*, 7(12), e018367. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018367>
- Lilot, M., Evain, J. N., Bauer, C., Cejka, J. C., Faure, A., Balança, B., Vassal, O., Payet, C., Bui Xuan, B., Duclos, A., Lehot, J. J., & Rimmelé, T. (2018). Relaxation before debriefing during high-fidelity simulation improves memory retention of residents at three months. *Anesthesiology*, 128(3), 638–649. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000002045>
- Luna-Villanueva, E., Santos-Rodríguez, M. de los, Sierra Basto, G., González-Arriaga, C. R., & Zamora-Graniel, F. G. (2015). Retroalimentación integral (debriefing) oral y asistida por video en simulación de reanimación cardiopulmonar avanzada: estudio piloto. *FEM: Revista de La Fundación Educación Médica*, 18(2), 139–147. <https://doi.org/10.4321/s2014-98322015000200010>
- Lyons, R., Lazzara, E. H., Benishek, L. E., Zajac, S., Gregory, M., Sonesh, S. C., & Salas, E. (2015). Enhancing the effectiveness of team debriefings in medical simulation: More best practices. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 41(3), 115–125. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(15\)41016-5](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(15)41016-5)
- Maestre, J.M., Szyld, D., del Moral, I., Ortiz, G., & Rudolph, J. W. (2014). The making of expert clinicians: Reflective practice. *Revista Clínica Española (English Edition)*, 214(4), 216–220. <https://doi.org/10.1016/j.rceng.2014.01.002>
- Maestre, Jose M., Manuel-Palazuelos, J. C., Del Moral, I., & Simon, R. (2014). Clinical simulation as a tool to facilitate culture change in healthcare: Practical application of advanced learning theory. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 42(2), 124–128. <https://doi.org/10.1016/j.rca.2014.01.004>
- Maestre, José M., & Rudolph, J. W. (2015). Theories and Styles of Debriefing: the Good Judgment Method as a Tool for Formative Assessment in Healthcare. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, 68(4), 282–285. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2014.05.018>
- Mariani, B., Cantrell, M. A., & Meakim, C. (2014). Nurse educators' Perceptions about structured debriefing in clinical simulation. *Nursing Education Perspectives*, 35(5), 330–331. <https://doi.org/10.5480/13-1190.1>



- Mariani, B., Cantrell, M. A., Meakim, C., Prieto, P., & Dreifuerst, K. T. (2013). Structured Debriefing and Students' Clinical Judgment Abilities in Simulation. *Clinical Simulation in Nursing*, 9(5), e147–e155. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2011.11.009>
- Mayville, M. L. (2011). Debriefing: The Essential Step in Simulation. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 11(1), 35–39. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2010.12.012>
- Monette, D. L., Macias-Konstantopoulos, W. L., Brown, D. F. M., Raja, A. S., & Takayesu, J. K. (2020). A video-based debriefing program to support emergency medicine clinician well-being during the covid-19 pandemic. *Western Journal of Emergency Medicine*, 21(6), 88. <https://doi.org/10.5811/WESTJEM.2020.8.48579>
- Mota, L., Maia, C., Soares, F., Marreiros, T., Silva, A. R., & Freitas, R. (2019). Perspetiva dos estudantes e docentes acerca do debriefing na prática simulada. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, 2(1), 41–50. <https://doi.org/10.37914/triis.v2i1.46>
- Motola, I., Devine, L. A., Chung, H. S., Sullivan, J. E., & Issenberg, S. B. (2013). Simulation in healthcare education: A best evidence practical guide. *AMEE Guide No. 82*. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2013.818632>, 35(10), 1511–1530. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2013.818632>
- Moura, E. C. C., & Caliri, M. H. L. (2013). Simulation for the development of clinical competence in risk assessment for pressure ulcer. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 26(4), 369–375. <https://doi.org/10.1590/s0103-21002013000400011>
- Mullan, P. C., Wuestner, E., Kerr, T. D., Christopher, D. P., & Patel, B. (2013). Implementation of an In Situ Qualitative Debriefing Tool for Resuscitations. *Resuscitation*, 84(7), 946–951. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2012.12.005>
- Mundt, A. S., Gjeraa, K., Spanager, L., Petersen, S. S., Dieckmann, P., & Østergaard, D. (2020). Okay, let's talk - short debriefings in the operating room. *Heliyon*, 6(7). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e04386>
- Nadir, N. A., Bentley, S., Papanagnou, D., Bajaj, K., Rinnert, S., & Sinert, R. (2017). Characteristics of real-time, non-critical incident debriefing practices in the emergency department. *Western Journal of Emergency Medicine*, 18(1), 146–151. <https://doi.org/10.5811/westjem.2016.10.31467>
- Nagle, A., & Foli, K. J. (2020). Student-Centered Reflection in Debriefing: A Concept Analysis. *Clinical Simulation in Nursing*, 39, 33–40. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2019.10.007>
- Nascimento, J. da S. G., Oliveira, J. L. G. de, Alves, M. G., Braga, F. T. M. M., Góes, F. D. S. N. de, & Dalri, M. C. B. (2020). Debriefing methods and techniques used in nursing simulation. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 41, e20190182. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190182>



- Nocera, M., & Merritt, C. (2017). Pediatric Critical Event Debriefing in Emergency Medicine Training: An Opportunity for Educational Improvement. *AEM Education and Training*, 1(3), 208–214. <https://doi.org/10.1002/aet2.10031>
- Nyström, S., Dahlberg, J., Edelbring, S., Hult, H., & Abrandt Dahlgren, M. (2016). Debriefing practices in interprofessional simulation with students: A sociomaterial perspective. *BMC Medical Education*, 16(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0666-5>
- Oliveira, S. N. de, Massaroli, A., Martini, J. G., & Rodrigues, J. (2018). From theory to practice, operating the clinical simulation in Nursing teaching. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4), 1791–1798. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0180>
- Paige, J. T., Arora, S., Fernandez, G., & Seymour, N. (2015). Debriefing 101: Training faculty to promote learning in simulation-based training. *American Journal of Surgery*, 209(1), 126–131. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2014.05.034>
- Raney, J. H., Medvedev, M. M., Cohen, S. R., Spindler, H., Ghosh, R., Christmas, A., Das, A., Gore, A., Mahapatra, T., & Walker, D. (2020). Training and evaluating simulation debriefers in low-resource settings: Lessons learned from Bihar, India. *BMC Medical Education*, 20(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1906-2>
- Reed, S. J. (2012). Debriefing Experience Scale: Development of a Tool to Evaluate the Student Learning Experience in Debriefing. *Clinical Simulation in Nursing*, 8(6), e211–e217. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2011.11.002>
- Reed, S. J. (2020). Measuring Learning and Engagement during Debriefing: A New Instrument. *Clinical Simulation in Nursing*, 46, 15–21. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2020.03.002>
- Reed, S. J., Andrews, C. M., & Ravert, P. (2013). Debriefing simulations: Comparison of debriefing with video and debriefing alone. *Clinical Simulation in Nursing*, 9(12), e585–e591. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2013.05.007>
- Rivière, E., Jaffrelot, M., Jouquan, J., & Chiniara, G. (2019). Debriefing for the Transfer of Learning: The Importance of Context. In *Academic Medicine* (Vol. 94, Issue 6, pp. 796–803). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002612>
- Roh, Y. S., & Jang, K. I. (2017). Survey of factors influencing learner engagement with simulation debriefing among nursing students. *Nursing and Health Sciences*, 19(4), 485–491. <https://doi.org/10.1111/nhs.12371>
- Rose, S., & Cheng, A. (2018). Charge nurse facilitated clinical debriefing in the emergency department. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 20(5), 781–785. <https://doi.org/10.1017/cem.2018.369>
- Ruda-Rodríguez, N. L. (2014). Simulación clínica en la mediación pedagógica y su relación con la práctica clínica. *Revista Investigación En Salud Universidad de Boyacá*, 1(2), 231–243. <https://doi.org/10.24267/23897325.125>



- Rudolph, J., Raemer, D., & Shapiro, J. (2013). We know what they did wrong, but not why: The case for “frame-based” feedback. *Clinical Teacher*, 10(3), 186–189. <https://doi.org/10.1111/j.1743-498X.2012.00636.x>
- Rudolph, J. W., Palaganas, J., Fey, M. K., Morse, C. J., Onello, R., Dreifuerst, K. T., & Simon, R. (2016). A DASH to the Top: Educator Debriefing Standards as a Path to Practice Readiness for Nursing Students. *Clinical Simulation in Nursing*, 12(9), 412–417. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2016.05.003>
- Rule, A. R. L., Snider, J., Marshall, C., Kramer, K., Geis, G. L., Tegtmeyer, K., & Gosdin, C. H. (2017). Using Simulation to Develop Care Models for Rapid Response and Code Teams at a Satellite Facility. *Hospital Pediatrics*, 7(12), 748–759. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2017-0076>
- Runnacles, J., Thomas, L., Sevdalis, N., Kneebone, R., & Arora, S. (2014). Development of a tool to improve performance debriefing and learning: The paediatric Objective Structured Assessment of Debriefing (OSAD) tool. *Postgraduate Medical Journal*, 90(1069), 613–621. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-131676>
- Sáiz Linares, Á., & Susinos Rada, T. (2014). El desarrollo de profesionales reflexivos: una experiencia en la formación inicial de médicos a través de simulación clínica. *REDU. Revista de Docencia Universitaria*, 12(2), 453. <https://doi.org/10.4995/redu.2014.5657>
- Sawyer, T., Eppich, W., Brett-Fleegler, M., Grant, V., & Cheng, A. (2016). More Than One Way to Debrief: A Critical Review of Healthcare Simulation Debriefing Methods. In *Simulation in Healthcare* (Vol. 11, Issue 3, pp. 209–217). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/SIH.000000000000148>
- Sawyer, T. L., & Deering, S. (2013). Adaptation of the US army’s after-action review for simulation debriefing in healthcare. *Simulation in Healthcare*, 8(6), 388–397. <https://doi.org/10.1097/SIH.0b013e31829ac85c>
- Schweller, M., Ribeiro, D. L., Passeri, S. R., Wanderley, J. S., & Carvalho-Filho, M. A. (2018). Simulated medical consultations with standardized patients: In-depth debriefing based on dealing with emotions. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 42(1), 84–93. <https://doi.org/10.1590/1981-52712018v42n1rb20160089>
- Secheresse, T., & Nonglaton, S. (2019). The “Timeline Debriefing Tool”: a tool for structuring the debriefing description phase. *Advances in Simulation*, 4(1), 1–5. <https://doi.org/10.1186/s41077-019-0119-4>
- Severson, M. A., Maxson, P. M., Wroblewski, D. S., & Dozois, E. J. (2014). Simulation-based team training and debriefing to enhance nursing and physician collaboration. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 45(7), 297–303. <https://doi.org/10.3928/00220124-20140620-03>



Shinnick, M. A., Woo, M., Horwich, T. B., & Steadman, R. (2011). Debriefing: The Most Important Component in Simulation? *Clinical Simulation in Nursing*, 7(3), e105–e111. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2010.11.005>

Sweberg, T., Sen, A. I., Mullan, P. C., Cheng, A., Knight, L., del Castillo, J., Ikeyama, T., Seshadri, R., Hazinski, M. F., Raymond, T., Niles, D. E., Nadkarni, V., & Wolfe, H. (2018). Description of hot debriefings after in-hospital cardiac arrests in an international pediatric quality improvement collaborative. *Resuscitation*, 128, 181–187. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2018.05.015>

TANOUBI, I., LABBEN, I., GUÉDIRA, S., DROLET, P., PERRON, R., ROBITAILLE, A., & GÉORGESCU, M. (2019). The impact of a high fidelity simulation-based debriefing course on the Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare (DASH)© score of novice instructors. *Journal of Advances in Medical Education & Professionalism*, 7(4), 159–164. <https://doi.org/10.30476/JAMP.2019.74583.0>

Teixeira, C. R. de S., Pereira, M. C. A., Kusumota, L., Gaioso, V. P., de Mello, C. L., & de Carvalho, E. C. (2015). Evaluation of nursing students about learning with clinical simulation. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(2), 311–319. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680218i>

Tosterud, R., Kjølberg, K., Kongshaug, A. V., & Haugom, J. V. (2020). Exploration of Two Different Structures for Debriefing in Simulation: The Influence of the Structure on the Facilitator Role. *Simulation and Gaming*, 51(2), 243–257. <https://doi.org/10.1177/1046878120903467>

Ugwu, C. V., Medows, M., Don-Pedro, D., & Chan, J. (2020). Critical Event Debriefing in a Community Hospital. *Cureus*, 12(6). <https://doi.org/10.7759/cureus.8822>

Urra Medina, E., Sandoval Barrientos, S., & Iribarren Navarro, F. (2017). El desafío y futuro de la simulación como estrategia de enseñanza en enfermería. *Investigación En Educación Médica*, 6(22), 119–125. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.01.147>

Valencia Castro, J. L., Tapia Vallejo, S., & Olivares Olivares, S. L. (2016). La simulación clínica como estrategia para el desarrollo del pensamiento crítico en estudiantes de medicina. *Investigación En Educación Médica*, xx. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.08.003>

van Dalen, A. S. H. M., van Haperen, M., Swinkels, J. A., Grantcharov, T. P., & Schijven, M. P. (2021). Development of a Model for Video-Assisted Postoperative Team Debriefing. *Journal of Surgical Research*, 257, 625–635. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2020.07.065>

Verkuyl, M., Atack, L., McCulloch, T., Liu, L., Betts, L., Lapum, J. L., Hughes, M., Mastrilli, P., & Romaniuk, D. (2018). Comparison of Debriefing Methods after a Virtual Simulation: An Experiment. *Clinical Simulation in Nursing*, 19, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2018.03.002>



Verkuyl, M., Lapum, J. L., Hughes, M., McCulloch, T., Liu, L., Mastrilli, P., Romaniuk, D., & Betts, L. (2018). Virtual Gaming Simulation: Exploring Self-Debriefing, Virtual Debriefing, and In-person Debriefing. *Clinical Simulation in Nursing*, 20, 7–14. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2018.04.006>

Wazonis, A. R. (2016). Faculty descriptions of simulation debriefing in traditional baccalaureate nursing programs. *Nursing Education Perspectives*, 37(5), 262–268. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000065>

Zhang, H., Mörelius, E., Goh, S. H. L., & Wang, W. (2020). Developing a structured three-phase video-assisted debriefing to enhance prelicensure nursing students' debriefing experiences, reflective abilities, and professional competencies: A proof-of-concept study. *Nurse Education in Practice*, 44, 102740. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102740>

Zigmont, J. J., Kappus, L. J., & Sudikoff, S. N. (2011). The 3D Model of Debriefing: Defusing, Discovering, and Deepening. *Seminars in Perinatology*, 35(2), 52–58. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2011.01.003>

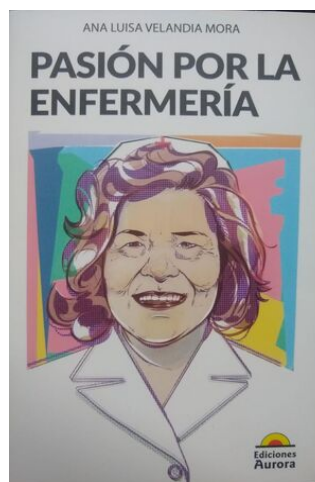


MISCELÁNEA

Reseña de *Pasión por la enfermería* de Ana L. Velandia Mora

Review of *Passion for Nursing* by Ana L. Velandia Mora

Resenha de *Paixão pela Enfermagem* de Ana L. Velandia



Velandia Mora, A.L. (2022) :*Pasión por la enfermería*. Bogotá: Ediciones Aurora

Luis Cibanal^{1*}

Cómo citar este artículo: Cibanal, L (2023). Reseña de *Pasión por la enfermería* de Ana L. Velandia Mora. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(67). <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.26549>

Received: 20/07/2023

Accepted: 09/09/2023.



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

^{1*} Catedrático de Escuela Universitaria de Enfermería (jubilado). Universidad de Alicante (España).
Orcid: ND; correo electrónico: luis.cibanal46@gmail.com

***Correspondencia:** remitirse al correo electrónico.
Correo electrónico de contacto: luis.cibanal46@gmail.com

Abstract: Luis Cibanal writes a review of Ana L. Velandia Mora: "Passion for Nursing".

Keywords: Nursing, vocation: nursing passion; nursing experience; nursing passion; life history; autobiography.

Resumen: Luis Cibanal escribe una reseña sobre el libro de Ana : Velandia Mora: *Pasión por la enfermería*".



Palabras clave: Vocación enfermera; pasión por la enfermería; experiencia enfermera; historia de vida; autobiografía.

Resumo: Luis Cibanal escreve uma crítica ao livro de Ana L. Velandia Mora: "Paixão pela enfermagem".

Palavras-chave: Vocaç o de enfermagem; paix o pela enfermagem; experi ncia de enfermagem; história de vida; autobiografia.

Tenemos el honor de presentar el libro de la Profesora Ana Luisa Velandia de la Universidad Nacional de Colombia.

En este libro *Pasión por la Enfermería*, la profesora Velandia nos presenta, a grandes rasgos, por una parte, su autobiografía y por otra, cincuenta años de la historia de la enfermería en Colombia 1960-2010, periodo en la que ella fue protagonista.

Su autobiografía, según nos dice la profesora Consuelo Castrillón de la Universidad de Antioquia, está construida a manera de cr nicas, relatadas con muchos detalles, sobre: su infancia, sus vivencias en el seno familiar, en un ambiente amoroso, solidario, y respetuoso de la diferencia, valores tan fundamentales para vivir en familia y en la sociedad, sobre las instituciones donde estudi  y trabaj , experiencias profesionales, como enfermera y profesora, relaciones interpersonales con profesoras y enfermeras de varios países tanto de América latina como de Europa, Estados Unidos, etc. Sus ricas notas autobiográficas, entrevistas, fotografías, etc., son de gran riqueza, pues nos permiten tener una visión histórica de su recorrido humano y sobre todo de la historia de la enfermería, no sólo en Colombia sino también en otros países sudamericanos.

Es de destacar su agradecimiento a sus maestras a las que rinde un sentido homenaje pues la influyeron en la construcción de su ser como persona y profesional. En el relato de su autobiografía nos resultan muy enriquecedores los detalles históricos y humanos que nos va narrando en todo este su recorrido humano y profesional, no solo por sus recuerdos de la educación recibida, en la Escuela de Enfermeras de la Cruz Roja Colombiana y en



la Universidad Nacional de Colombia, sino también en otras universidades tanto de Colombia como de otros países. Los cuales nos permiten comprender mejor el camino recorrido por la enfermería durante todos estos años.

En esta obra, la profesora Velandia, toca asuntos universales que enfrentan al ser humano en general y a la enfermera en particular, en sus procesos de ser, estar y hacer en el mundo, contribuyendo a la construcción, no sólo del rol de la enfermera como profesional, sino de su papel humano dentro de la sociedad. Nos muestra de manera sencilla y respetuosa la importancia de abrirse al mundo, a experiencias nacionales e internacionales a caminar observando con todos los sentidos, para llenarlos de paisaje, música, gastronomía, de estaciones climáticas, edificios, teatros, cafés... donde acontece la vida de la gente, y acercarse así a la cultura, a los sistemas de salud, de educación, económicos y políticos. Por tal razón, como muy bien recalca la profesora Castrillón, su libro es un material dirigido a todos aquellos que aspiran a realizarse profesional y socialmente, porque muestra caminos de cómo recoger frutos a partir del empeño, la disciplina, el estudio permanente y el entusiasmo por la profesión. Nos da un ejemplo de cómo asumir retos personales y laborales y dejar huellas positivas.

En esta obra, creo merece que destaquemos algunos apartados, los cuales nos parecen de gran riqueza histórica:

- Apart.3.- Escuela de enfermeras de la Cruz Roja Colombiana. En este apartado, muy rico en detalles y anécdotas, nos narra la creación de esta Escuela y su primera directora, su entrada en la misma, su formación teórica y práctica, sus profesores, su experiencia de internado, sus estudios, etc. relatando todo esto con cantidad de detalles históricos que nos permiten una buena comprensión de la formación que se impartía en dicha Escuela.
- Apart. 4 -Mis grandes maestras: Blanca Martí, que funda la Escuela de la Cruz Roja en 1938 y la Doctora Nelly Garzón, la cual posee una extensa y rica formación, así como un extenso curriculum, desta-



cando por haber sido, durante bastantes años, la Decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, y Presidenta del Consejo Internacional de Enfermeras, así como por su contribución de manera muy significativa en la docencia e investigación.

- Apart.7- Me ha llamado la atención el apartado dedicado a La Universidad Nacional de Colombia. En este apartado nos hace un breve resumen de la Universidad y sobre todo se centra en la Facultad de Enfermería de la misma, resaltando su sistema sólido y muy valorado de profesores y de formación de las enfermeras tanto a nivel humano como científico. Hace un gran recorrido de cómo se fueron implantando los diversos grados de formación, hasta llegar al doctorado, centrándose en el ser humano como persona y no sólo como paciente.
- Apart.14 -También dedica varios apartados a lo que ella llama sus grandes amigas enfermeras, pues sobre cada una de las doce que narra, hace un breve recorrido de su historia, personal, familiar educativa y profesional, que resulta sumamente enriquecedora para comprender el recorrido histórico de la Enfermería en Colombia.

Su amplia experiencia en investigación histórica de la profesión, le permiten contextualizar de manera sintética los acontecimientos y procesos que interesan en este viaje, para entregarnos con lenguaje sencillo, ameno y entrañable una obra que da respuesta a la pregunta por la construcción de su ser profesional.

En resumen, este es un libro de gran riqueza para los que aman la Historia de la Enfermería, pues en él encontramos, relatada de manera personal y vivencial cómo se ha ido tejiendo la formación y desarrollo de la Enfermería en general, pero sobre todo en Colombia, en particular.

Luis Cibanal



Ingreso en la Academia de Enfermería de la Comunidad Valenciana de José Siles

José Siles joined the Nursing Academy of the Valencian Community

José Siles ingressa na Academia de Enfermagem da Comunidade Valenciana

Redacción

Redacción de la Revista Cultura de los CuidadosEnfermero^{1*}

*Correspondencia: remitirse al correo electrónico.

Correo electrónico de contacto:jose.siles@ua.es

Cómo citar este artículo: Redacción (2023). Ingreso en la Academia de Enfermería de la Comunidad Valenciana de José Siles. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(67). <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.26560>

Received: 28/11/2023

Accepted: Aportación invitada.



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

Abstract: Informative note on the admission to the Academy of Nursing of the Valencian Community of José Siles. It is accompanied by his acceptance speech.

Keywords: Nursing Academy of the Valencian Community; Jose Siles.

Resumen: Nota informativa sobre el ingreso en la Academia de Enfermería de la Comunidad Valenciana de José Siles. Se acompaña de discurso de ingreso.

Palabras clave: Academia de Enfermería de la Comunidad Valenciana; José Siles.

Resumo: Nota informativa sobre a admissão na Academia de Enfermagem da Comunidade Valenciana de José Siles. É acompanhada do seu discurso de aceitação.

Palavras-chave: Acaemia de Enfermería de la Comunidad Valenciana; José Siles.



Cultura de los Cuidados. 3º Cuatrimestre 2023. Año XXVII. nº 67



El profesor de la UA José Siles González, nuevo académico de Enfermería de la Comunitat Valenciana

Fuente: <https://web.ua.es/es/actualidad-universitaria/2023/noviembre2023/20-26/el-profesor-de-la-ua-jose-siles-gonzalez-nuevo-academico-de-enfermeria-de-la-comunitat-valenciana.html>

El catedrático ha recibido la medalla en reconocimiento a una dilatada trayectoria docente, investigadora y como escritor y poeta



Momentos del acto de ingreso de Siles González como académico de Enfermería de la Comunitat Valenciana, con Faus, Ferrer, Navarro, Hurtado y Nogales, en la mesa presidencial de izquierda a derecha.

Alicante, miércoles, 22 de noviembre de 2023

El salón de Grados de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Alicante (UA) ha sido escenario hoy del acto de ingreso como académico numerario de la Academia de Enfermería de la Comunidad Valenciana (AECV) del profesor de la UA José Siles González; un nombramiento que reconoce su dilatada trayectoria profesional, docente, investigadora y académica en el ámbito de la enfermería.

El acto ha estado presidido por la **Rectora de la Universidad de Alicante**, *Amparo Navarro*, que ha estado acompañada por la **Presidenta de la Academia de Enfermería de la Comunidad Valenciana (AECV)** *Esperanza Ferrer*, el **Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud**, *José Antonio Hurtado*, el **Secretario General de la AECV** *Francisco Faus* y los académicos que



Cultura de los Cuidados. 3º Cuatrimestre 2023. Año XXVII. nº 67

leyeron la Laudatio: *José A. Ávila Olivares* y la respuesta al discurso de ingreso: *Amparo Nogales Espert*.



Discurso de Ingreso en la Academia de Enfermería de la Comunidad Valenciana

José Siles González

Rectora Magfca. de la Universidad de Alicante, Excelentísima Sra. Presidenta de la Academia de Enfermería de la Comunidad Valenciana, ilustrísimo sr Secretario de dicha institución, ilustrísimo decano de la FCSS, ilustrísimas e ilustrísimos académicos y autoridades de la Universidad de Alicante, doctoras y doctores, señoras y señores: para mí es un Honor pronunciar este discurso de ingreso titulado: **La enfermería basada en la narrativa y la poesía de los cuidados como herramientas potenciadoras de la reflexión, el pensamiento crítico y la humanización de la enfermería.**

<https://culturacuidados.ua.es>



Aunque suele reservarse este apartado para el epílogo, me ha parecido justo y conveniente que antes de dar comienzo a este discurso explicito un breve pero significativo capítulo de agradecimientos. En primer lugar quiero expresar mi agradecimiento a los integrantes de la Academia de Enfermería de la Comunidad Valenciana que son los responsables de este acto de ingreso en tan egregia institución, pero también he de hacer constar mi cariño y reconocimiento a todos los colegas que me han acompañado a lo largo de mi trayectoria profesional, tanto en su faceta clínica: hospitales del Rosell (Cartagena), La Arrixaca (Murcia), Reina Sofía (Córdoba), Infanta Margarita (Cabra), Torrecárdenas (Almería) y Hospital General Universitario de Alicante; como también en su contexto académico, donde tendría que recordar y agradecer a colegas y amigos de muchas universidades españolas, portuguesas, latinoamericanas y, por supuesto, de Estados Unidos (especialmente a la Sociedad de Enfermería Transcultural), su aportación al engrosamiento de mi recorrido. También he de agradecer el apoyo del Colegio de Enfermería de Alicante en diversos proyectos que han llegado a buen puerto. Pero es justo reconocer que todo lo que he hecho ha sido posible, sobre todo, gracias al soporte y aguante de mi entorno más cercano. Sin mi mujer y mis hijos nada tendría sentido.

La temática de esta disertación se centra, precisamente, en el humanismo de la enfermería profesional, tanto en el ámbito académico, docente e investigador, como, por supuesto, en el clínico; es decir, en la Enfermería Basada en la Narrativa (EBN) y la Poesía de los Cuidados (PC)⁴ con el doble propósito de:

- Describir las características de la Enfermería Basada en la Narrativa (EBN) y la Poesía de los Cuidados como herramientas potenciadoras de la reflexión y el pensamiento crítico.
- Clarificar la vinculación entre emociones, sentimientos, reflexión, pensamiento crítico y humanismo en los cuidados.

Pero como cuestiones previas y para ser honestos, es preciso ubicar la temática sobre la que versa esta disertación en el contexto de las coordenadas científicas. Para ello y siguiendo a Habermas (1992) sería pertinente identificar el tipo de interés que me ha llevado dedicarme a esta temática tan necesaria para el humanismo como marginal en la teoría y práctica académica y profesional.

Influenciado determinantemente por la ciencia hermenéutica por antonomasia, la historia, está claro que no me he sentido inspirado por un interés técnico (propio del paradigma neopositivista o racional tecnológico, inhábil, en lo esencial, para el humanismo), sino más bien me ha motivado un interés práctico (que persigue la comprensión de la realidad del pa-

⁴ En lo sucesivo, a través del texto, se emplearán las siglas EBN y PC para referirse tanto a la Enfermería Basada en la Narrativa como a la Poesía de los Cuidados.



ciente mediante la comunicación: paradigma hermenéutico) y, más impelido aún me he sentido, por el interés emancipatorio que es el que ensalza el espíritu del Espacio Europeo de Educación Superior desde sus inicios en Bolonia, y que implican al individuo, la familia y la comunidad en la gestión de sus estilos de vida, o a los estudiantes en sus procesos de aprendizaje, superando ese paternalismo rancio e ilustrado que reduce las personas a la categoría de pasivos y obedientes discentes o pacientes (paradigma sociocrítico).

En consecuencia, y según el tipo de interés científico que nos alienta (práctico y emancipatorio), el entorno natural tanto la EBN como la PC reside en la Investigación Cualitativa; es decir en los dos últimos paradigmas mencionados anteriormente porque en ambas plataformas de consenso científico se utiliza la comunicación como instrumento de comprensión de la realidad y, dando un paso más hacia la complejidad, la comunicación también se emplea en el paradigma sociocrítico como herramienta de cambio y empoderamiento sanitario, educativo o social en la práctica.

Pero, ¿en qué consiste ese asunto tan resbaladizo y esquivo que es la Investigación Cualitativa? No soy partidario de definiciones muy específicas porque estas quedan limitadas por el contexto particular en el que se emiten y pierden valor cuando se cambia de entorno. Por ello, suelo emplear definiciones esenciales que permiten entender y aplicar los enfoques y métodos cualitativos en diferentes contextos y con una alta carga de transdisciplinariedad. En este sentido la investigación cualitativa podría interpretarse como: el proceso de investigación de un fenómeno singular, realizada en profundidad y de una forma holística a través de la recogida de información narrativa y usando un diseño de investigación flexible y transdisciplinar (Siles, 2014).

Ya instalados en el contexto cualitativo, a lo largo de mi trayectoria investigadora y como consecuencia de mi dedicación a la historia de la enfermería, me he visto influido, entre otras tendencias, por la Escuela francesa de los Anales y la inglesa de Historia cultural, y he sentido la necesidad de profundizar en un enfoque transdisciplinar: la antropología y la historia cultural de los cuidados, que básicamente consiste en el estudio del ser humano inmerso en su cultura (como recipiente de): comportamientos (evidentes), pensamientos: idearios, creencias, valores; sentimientos, símbolos y sus significados considerando siempre el contexto, social, económico, familiar, laboral, etc. que inciden en el proceso de satisfacción de necesidades del ser humano (Siles, 2023)

Es preciso considerar dos conceptos clave en la organización de la enfermería: persona y humanismo. La aportación esencial de la EBN y la PC culmina con la Humanización cuidados que consiste nada más ni nada menos que en centrar el cuidado y el proceso de aprendizaje en la persona, el ser viviente más vulnerable y dependiente (tanto en su situación de paciente como de estudiante) (Torralba, 2012). El humanismo clarifica que la persona es el centro de los



cuidados, lo que, de alguna forma, estaba enraizado en los pensamientos de los antiguos griegos como Protágoras quien ya en el siglo V.a.C sostenía que el hombre es la medida de todas las cosas “Homo mensura” (Schiappa, 2018).

Sin embargo, cuando proferimos estos conceptos no solemos ser plenamente conscientes de la complejidad que conllevan todos y cada uno de ellos y de lo alto que ponemos el listón para el trabajo enfermero. Por ejemplo, el concepto de persona, que ya de por sí tiene un origen oscuro y curioso, pues deriva del término *personare* (para que suene), dado que era la máscara que empleaban los actores griegos y romanos para “meterse” en su personaje dejando de lado su auténtico rostro.

Pero antes de seguir clarificado el concepto de “persona” resulta conveniente hablar del término “humanismo” dada su polisemia y variedad de significados (por ejemplo, la vuelta a las fuentes clásicas en el Renacimiento), pero que en contexto de enfermería habría que interpretarlo -y aquí retornamos al concepto de persona (es imposible hablar de humanismo sin tener en cuenta la persona y viceversa)- como la integración de las estructuras psicofísicas del ser humano en los cuidados (conciencia, fábulas, mitos, tradición, leyes, religión, ética y sistema político). Es decir, considerar a la hora de cuidar tanto lo fisiológico y las conductas -lo que se ve (la copa del árbol)- como lo no evidente (las raíces del árbol): creencias, valores, idearios, sentimientos, símbolos y sus significados. Todo ello inmerso en la dinámica temporal e integrado en un entorno cambiante (cultura, sociedad, etc.). En consecuencia, cuando se aspira a humanizar los cuidados es preciso estar atentos al ajuste dinámico de las estructuras psicofisiológicas que en su proceso de adaptación al medio determinan una manera particular de actuar, pensar y sentir (Allport, 1994).

La cultura, tengámoslo en cuenta no es una mera cuestión de erudición, pues es el recipiente /soporte de toda estas estructuras psicofísicas y, paradójicamente cuanto más cerca están del núcleo (conciencia) menos capacidad de análisis y reflexión tenemos sobre ellas.

Enfermería basada en la narrativa (EBN) como recurso de reflexión, pensamiento crítico y humanización de los cuidados

Los investigadores anglosajones Arthur Kleinman (1988), Trisha Greenhalgh y Brian Hurwitz (1998) fueron pioneros en la MBN, pero fue la norteamericana Rita Charon (2006) (directora del programa de MBN en la Universidad de Columbia, la que acuñó la expresión MBN (más exactamente la Medicina Narrativa) en el 2001. Brian Hurwitz describe la MBN como un puente entre la biomedicina moderna y la experiencia vivida por el paciente

La situación actual de la EBN se describe en un estudio que hicimos recientemente en el grupo de Investigación de Cultura de los Cuidados. Se realizó un análisis comparativo respecto al conocimiento, formación y aceptación de los estudiantes sobre EBE y EBN, los resultados fueron concluyentes: El **conocimiento** de la EBN es mucho menor (12,2%) que el de la



EBE (100%). Asimismo, los alumnos con **formación** en EBE, es mayoritaria (96,4%) frente a la formación en EBN (21%). La **percepción y aceptación** sobre EBN es negativa, pues son mayoría los alumnos que no quieren formación en esta temática (72%) (Siles, 2023).

Esto tiene su explicación, dado que la MBE fue descrita por primera vez por Sackett (1996) como la capacidad para acceder a la evidencia científica creciente, evaluar críticamente su validez y utilidad, e incorporarla dentro de nuestra práctica clínica. Algo mucho más en la línea del academicismo neopositivista que emplear la comunicación con el paciente para la humanización de los cuidados⁵.

Sin embargo, el mismo David Sackett cinco años después afirmaba que había decidido no escribir nunca más sobre cualquier cosa relacionada a la MBE. Según Sackett hay muchos más expertos de lo que sería saludable: retardan el avance de la ciencia y provocan daño a los más jóvenes al adueñarse de la verdad. De forma que uno de los pioneros de la MBE ya no alertaba a mediados de los noventa sobre las consecuencias negativas de su uso generalizado alegando que debía restringirse a especialistas preparados y con el tiempo suficiente de manera que no formara parte de la práctica generalizada de los médicos clínicos, para no sobrecargarlos aún más y para que no repercutiera negativamente en la relación médico-paciente. Si esto lo sostiene Sackett sobre la medicina, ¿qué podríamos pensar sobre la enfermería?

Por una comprensión de la utilidad de la EBN

La EBN la podríamos interpretar como la consideración de la subjetividad del paciente en el proceso de construcción de evidencia científica mediante el análisis de las narrativas relativas a procesos de salud-enfermedad (...) contribuyendo a una mayor calidad de los cuidados y a su humanización en la medida que se consideran sus vivencias" (Siles, 2023).

Cómo se ha mencionado con anterioridad, los enfoques de EBN y la PC constituyen herramientas para potenciar: **la reflexión y el Pensamiento Crítico**.

La reflexión consiste en analizar un problema, situación, fenómeno con detenimiento (con cuidado); mientras que el **pensamiento crítico** se basa en analizar y evaluar la consistencia de nuestras formas de razonamiento. Para Francis Bacon (2018), a principios del siglo XVII, el pensamiento crítico no podía existir sin los sentimientos: amor por la búsqueda, sosiego ante la duda e incertidumbre, pasión por la meditación (cogitare) y, por supuesto, odio y rechazo ante la impostura (Bacon, 2018).

⁵ No se trata de ningún modo de renunciar a la EBE, sino de integrar a la EBN en la construcción de evidencias integrando las vivencias de pacientes y enfermeras.



Para analizar nuestros sentimientos detenidamente (cogitare/ con cuidado) es preciso su materialización/ plasmación/ externalización mediante la expresión oral/escrita. En definitiva la EBN nos facilita la reflexión sobre las estructuras más motivadoras e ignotas de nuestra personalidad, los sentimientos, sacándolas a la superficie (exteriorizándolas). Deberíamos tener claro que sin EBN no hay posibilidad de Reflexión y sin reflexión es imposible el Pensamiento Crítico.

Pero una de las utilidades de la EBN trasciende el ámbito científico, pues es personal, dado que consiste en ayudarnos a recuperar nuestra identidad y nuestro equilibrio tras una pérdida de homeostasis: desequilibrio fisiológico (frecuencia cardiaca, desbarajuste de la temperatura corporal o fiebre, frecuencia respiratoria, pérdida de autonomía en cualquiera de nuestras necesidades, etc.), desequilibrio afectivo (pérdida de un ser querido), desequilibrio laboral (quedarse en paro), etc. Estas situaciones provocan desajustes que nos afectan de forma permeable entre todas las estructuras psicofísicas que integran nuestra personalidad. Para llegar a reencontrarnos y recuperar nuestra identidad tras los cambios experimentados es muy pertinente emplear la EBN, pues tal como afirma Paul Ricoeur (2023) las tramas narrativas constituyen el medio por el cual reconfiguramos nuestra experiencia para llegar a comprendernos en diferentes situaciones. (Ricoeur, 2023). Para ejemplificar lo anteriormente expuesto, podemos servirnos de la narrativas autobiográficas, por ejemplo: una novela escrita en prosa poética *Mortal y Rosa* de Francisco Umbral (2011), donde el autor vierte sus sentimientos para reencontrarse consigo mismo tras el terrible impacto provocado por la muerte por cáncer de su hijo; o, yendo a la narrativa cinematográfica, la exitosa *Mar Adentro* llevada al cine por Alejandro Amenábar basándose en una obra escrita por Ramón Sampedro (2004) *Cartas desde el Infierno*. Existen multitud de materiales narrativos tanto escritos como iconográficos y cinematográficos susceptibles de utilización con fines pedagógicos.

La PC como instrumento de autoconocimiento y gestión de emociones y sentimientos

Etimológicamente, la palabra **estética** deriva del griego (aisthetikê) “percepción” y de (aisthesis) “sensación, sensibilidad”. Se puede interpretar la estética como la ciencia que estudia el origen sistemático del sentimiento puro y su manifestación, que es el arte, según asienta Kant en su “Crítica del juicio” (Siles, 2023). En consecuencia, la P.C. consiste en la expresión de los sentimientos que emergen durante la interacción cuidador-cuidado.

La Poesía en general, y la poesía de los cuidados en particular, según Virginia Wolf, facilitan la autorreflexión y el pensamiento crítico y autocrítico. En su ensayo titulado *De la enfermedad* reflexiona sobre los cambios que se producen en el transcurso de un padecimiento desde la subjetividad (emociones, sentimientos, incertidumbres e ideas emergentes, etc.). De este esta obra de Wolf se desprende el siguiente silogismo:

- Si la P.C. es la principal vía para expresar/ plasmar las emociones y los sentimientos



- Y la enfermedad y sus cuidados producen emociones y sentimientos
- La PC resulta esencial para analizar y reflexionar sobre las emociones y sentimientos que se derivan de la enfermedad y sus cuidados.

El enorme potencial motivador de los sentimientos se aprecia de forma paradigmática en el sentimiento de maternidad como ejemplo de sentimiento transcendente/ Universal que fue y es el responsable de la supervivencia de la especie humana organizando socialmente los cuidados y la construcción social del parentesco.

La subjetividad de la PC la aleja de la ciencia, pero han surgido nuevos métodos de investigación, como la sociopoética que constituye un puente entre ciencia y arte mediante la intersubjetividad o subjetividad socializada (Siles & Solano, 2016).

Básicamente, consiste en analizar los poemas de personas que han experimentado vivencias similares, como el caso de 10 enfermeras que, trabajando en oncología infantil, han vivido la muerte de uno de sus pequeños pacientes a los que conocían durante un tiempo suficiente como para entablar con ellos y sus familiares una cierta relación. Este procedimiento permite el análisis comparativo de las diez vivencias a través de sus poemas y se pueden extraer semejanzas y diferencias, cuestiones esenciales y circunstanciales, etc.

“(...) Querido Sebastián/ He visto lo que refleja/ La pureza de esa mirada/ Que no ha podido correr/ Tanto dolor sin sentido.

A través de tus ojos/ He visto una dicha/ Que no es fruto/ Del aroma a muerte precoz/ Que empapa este escenario/ Habitado por niños/ Condenados a un sufrimiento/ Prematuro y colmado de incertidumbre.

Querido Sebastián/ Me has clavado tus carcajadas/ Llevándome a un desconocido descontrol/ Donde anida temblorosa/ Una intensa emoción sin retorno/ Una agitación turbadora/ Sin billete de vuelta/ Que permanecerá para siempre/ En la memoria de mi alma (...)” (Siles, 2023).

Por otra parte, la poesía de los cuidados y la socio-poética también pueden contribuir a la reflexión y el pensamiento crítico en temas de gran complejidad como el papel de los ancianos en la sociedad de la era digital, la IA, la deconstrucción de la estructura familiar, el pensamiento woke, el posmodernismo, la identidad transgénero y la despersonalización de los cuidados.

Concluiré afirmando que:

- La reflexión, el pensamiento crítico y la humanización de los cuidados pueden desarrollarse mediante la adopción de enfoques de investigación cualitativa y la aplicación de métodos como la EBN y la PC.



- La EBN y la PC facilitan la expresión de emociones y sentimientos que experimentan pacientes y enfermeras durante el proceso de cuidar.
- La comunicación entre paciente y enfermera y la toma de conciencia de los sentimientos resultan imprescindibles en la humanización de los cuidados (centrar los cuidados en la persona).

Para finalizar, quisiera expresar mi sentido agradecimiento a la Academia de Enfermería de la Comunidad Valenciana por su invitación para integrarme en dicha institución. Desde este preciso momento les hago constar mi compromiso de fidelidad y de cumplir con su noble y bello lema: **Ciencia, Conciencia, Compromiso y Fortaleza**".

He dicho.

BIBLIOGRAFÍA

- Allport, G. (1994) *La personalidad: Su configuración y desarrollo*, Barcelona: Herder.
- Bacon, F. (2018). *The Essays of Francis Bacon: The Fifty-Nine Essays, Complete*. London: Adansonia Publishing.
- Borges, J.L. (2012). *Ficciones*. Madrid: Debolsillo.
- Bourdieu, P. (2011). *La ilusión biográfica*. *Acta sociológica*. 56, Recuperado en: <http://www.revis-tas.unam.mx/index.php/ras/article/view/29460/27409>
- Charon, R. (2006). *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. Oxford: Oxford University Press.
- Greenhalgh T., & Hurwitz, B, editors. (1998). *Narrative based medicine. Dialogue and discourse in clinical practice*. London, UK: BMJ Books.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives*. New York: Basic Books.
- Habermas, J. (1992). *Conocimiento e interés científico*. Madrid: Taurus.
- Ricoeur, P. (2023). *La identidad narrativa según Paul Ricoeur*. Madrid: Dykinson.
- Sacket, D.L., Rosenberg, W., Gray, J.A., Haynes, R.B., & Richardson, W. (1996) Evidence based medicine: what it is and what it isn't *BMJ*, 312. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Sampedro, R. (2004). *Cartas desde el infierno*. Barcelona: Planeta.
- Schiappa, E. (2018). *Protágoras y el logos*. Madrid: Avarigani Editores
- Siles, et al (2019). Poesía, sociopoética y cuidados: una herramienta para la gestión de emociones y sentimientos de alumnos de Enfermería en sus prácticas clínicas. En: Siles, J. & Solano, C. (Eds). *Pensamiento crítico, autoevaluación y estética en la práctica clínica de enfermería: una aportación desde la antropología educativa*. pp:75-91.
- Siles, J. & Solano, C. (2021). Enfermería basada en narrativa, poesía y sociopoética para la gestión emo-



- cional y de sentimientos. En: Brandao, C. Carvalho, J.L. & Alzas, T. *A Prática na Investigação Qualitativa: Experiências de Grupos de Investigação*. doi: <https://doi.org/10.36367/ntqr.5.2021.116-126>
- Siles, J. & Solano, C. (2016). Sublimity and beauty: A view from nursing aesthetics. *Nursing Ethics*, 23(2), 154–166, doi: 10.1177/0969733014558966nej.sagepub.com
- Siles, J. & Solano, C. (2022). El conocimiento de los estudiantes sobre la Enfermería Basada en la Evidencia y la Enfermería Basada en la Narrativa. Un estudio comparativo. *Cuidar*, Revista Cuidar, 2, 53-66. <https://doi.org/10.25145/j.cuidar.2022.02.04>
- Siles, J. (2023). *Historia Cultural de los Cuidados*. Madrid: Universitas.
- Torralba, F. (2002). *Pedagogía de la vulnerabilidad*. Barcelona: CCS
- Umbral, F. (2011). *Mortal y Rosa*. Madrid: Austral.
- Wolf, V. (2014). *De la enfermedad*. Barcelona: José J. de Olañeta Editores

José Siles leyendo su discurso de ingreso en la AECV

