

# Revista de Enfermería y Humanidades

ASOCIACIÓN DE HISTORIA Y  
ANTROPOLOGÍA DE LOS CUIDADOS



# CULTURA DE LOS CUIDADOS

1º Cuatrimestre 2024. Año XXVIII N°68



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

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



## SUMARIO

### Editorial

- Enfoques extras disciplinares para aproximar la brecha teoría y práctica: Pierre Bourdieu y la interseccionalidad

### Fenomenología

- Pérdida significativa como factor del alcoholismo
- La percepción del cuidador informal sobre la hospitalización de familiares con cáncer
- Salud Mental en enfermeras al cuidado de pacientes en área COVID: estudio de caso
- Cuerpos desgener[iz]ados: rescatando las experiencias de personas intersex como usuarias del sistema de salud público Chileno
- Cronicidad: significado construido por los cuidadores y las personas cuidadas
- Comunidad compasiva para la inclusión social y calidad de vida de las personas con esclerosis múltiple y sus cuidadores familiares
- El arte gráfico como medio de comunicación y cuidados en personas con demencia temprana y Alzheimer
- Reflexión sobre la Relevancia de la Investigación Cualitativa y/o Fenomenológica en la Diabetes
- Oaxaca: El viaje al más allá
- Necesidades de cuidado en la persona consumidora de alcohol en un contexto hospitalario

### Historia

- La psiquiatría del primer franquismo: una historia del olvido de la salud mental
- La corrupción de la beneficencia en los debates parlamentarios del Trienio Liberal en España (1820-1823)
- María José Bezerra (María Soldado): Una enfermera negra brasileña invisibilizada
- La labor del Protomedicato en la salud pública en el virreinato del Perú
- Espiritualidad, vocación y sentido. Recursos generales de resistencia para profesionales de enfermería según la figura de San Juan de Dios
- La alimentación de los enfermos en los hospitales de la edad moderna, el caso de Vitoria (Álava, España)

### Antropología

- Necesidades humanas básicas en gestantes con alto riesgo obstétrico analizado bajo la Teoría de Wanda Horta
- Creencias sobre prácticas de alimentación y obesidad de madres con hijos menores de 5 años del noroeste de México
- Cambio cultural en cuidadores indígenas. Bases etnográficas para la enfermería transcultural
- Estado actual de la Enfermería en los Centros de Día Gerontológicos de Huelva
- Significados y prácticas de salud como ausencia de enfermedad en universitarias
- Experiencias de las enfermeras en primera línea contagiadas con COVID-19 que recibieron atención domiciliaria

### Teoría y Método

- Violencia en pareja en personas seropositivas: una revisión sistemática

### Miscelánea

- Invención de la Espera o Tejiendo expectativas y ausencias mientras pasa el tiempo
- Historia de la enfermería. Evolución Histórica del cuidado enfermero 4ª Edición de María Luisa Martínez Martín y Elena Chamorro Rebollo
- Francisco Herrera Rodríguez (†) escribe una reseña del libro de José Siles: Historia Cultural de los Cuidados

CINAHI  
Asociación de Enfermería y Antropología de la Salud



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

# Enfoques extras disciplinarios para aproximar la brecha teoría y práctica: Pierre Bourdieu y la interseccionalidad

## *Extra-disciplinary approaches to bridging the theory-practice gap: Pierre Bourdieu and intersectionality*

### Abordagens extra-disciplinares para colmatar o fosso entre a teoria e a prática: Pierre Bourdieu e a interseccionalidade

ANA ISABEL GUTIÉRREZ GARCÍA

**Ana Isabel Gutiérrez García**

Universidad de Alicante. España.

[anabel.gutierrez@ua.es](mailto:anabel.gutierrez@ua.es)

<https://orcid.org/0000-0002-5198-8413>

**Fecha recepción:** 25/01/2024

**Fecha aceptación:** Invitación editorial

**Financiación:** Este trabajo no ha recibido financiación.

**Conflicto de intereses:** La autora declara no tener conflicto de intereses.



**Licencia:** Este trabajo se comparte bajo la licencia de Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons (CC BY-NC-SA 4.0): <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

© 2024 Ana Isabel Gutiérrez García

**Citación:** Gutiérrez García, A. I. (2024). Enfoques extras disciplinarios para aproximar la brecha teoría y práctica: Pierre Bourdieu y la interseccionalidad. *Cultura de los Cuidados*, (68), 1–6. <https://doi.org/10.14198/cuid.27196>



#### **Resumen:**

En esta editorial el autor reflexiona acerca de la dicotomía teoría/práctica y como la integración de teorías transdisciplinarias pueden contribuir a acercar posturas. Para ello comenta la teoría de la práctica desarrollada por Bourdieu y la interseccionalidad aportando un ejemplo de como su interconexión puede mejorar tanto la teoría como la práctica de la enfermería y por tanto contribuyendo a su vertebración y epistemología.

**Palabras clave:** Dicotomía teoría y práctica; teoría de la práctica; interseccionalidad; enfermería.

#### **Abstract:**

In this editorial the author reflects on the theory/practice dichotomy and how the integration of transdisciplinary theories can help to bring positions closer together. To do so, he discusses the theory of practice developed by Bourdieu and intersectionality, providing an example of how their interconnection can improve both the theory and practice of nursing and thus contribute to its structuring and epistemology.

**Keywords:** Theory and practice dichotomy; practice theory; intersectionality; nursing.

#### **Resumo:**

Neste editorial o autor reflecte sobre a dicotomia teoria/prática e como a integração de teorias transdisciplinares pode ajudar a aproximar posições. Para isso, discute a teoria da prática desenvolvida por Bourdieu e a interseccionalidade, exemplificando como a sua interligação pode melhorar a teoria e a prática da enfermagem e, assim, contribuir para a sua estruturação e epistemologia.

**Palavras-chave:** Dicotomia teoria e prática; teoria da prática; interseccionalidade; enfermagem.

A pesar de que hemos llevado por bandera que la enfermería supone la columna vertebral del sistema sanitario español y nos involucramos en la vocación de servicio, hemos reflexionado menos sobre la vertebración de la propia disciplina, quedándonos encallados en la dicotomía teoría y práctica. Este no es un asunto novedoso, pero sigue vigente avivar este tema y mantenerlo en el candilero. Más cuando nos acechan desafíos que día a día se van concretando y pasando de un futuro nebuloso a condiciones concretas que nos rodean, valgan de ejemplo las diversas inteligencias artificiales, las tendencias sociales como el poshumanismo y la crisis climática, entre otros.

La respuesta a estas amenazas es trabajar conjuntamente desde la teoría y la práctica, en todos los ámbitos, para conformar una disciplina fuerte, pero no rígida que nos permita adaptarnos a las nuevas necesidades y expectativas sociales sin perder de vista nuestro objeto nuclear: los cuidados. Conseguir una disciplina resistente y adaptable pasa inevitablemente por contribuir a la epistemología enfermera, es decir, al estudio de los conocimientos relativos a la disciplina enfermera. Este es uno de los objetivos de la revista *Cultura de los Cuidados* que hago mío como propósito final de esta editorial.

## **LA METÁFORA DE LA HERIDA CRÓNICA Y LAS TEORÍAS COMO POSIBLES CUIDADOS**

La brecha entre teoría y práctica bien se podría asemejar a una herida crónica, quizás generada por la presión en un momento de malas condiciones generales, que una vez producida ve dificultada su cicatrización por diversos factores. Entre los factores que desvían nuestra atención, entorpeciendo su resolución y manteniéndonos desarticulados, podrían estar la falta de tiempo y de formación teórica, la deshumanización del cuidado, las agresiones a los profesionales... Así, considerando la necesidad de un acercamiento entre la teoría y la práctica que permita su cierre, aun siendo éste por segunda intención, esta editorial tratará sobre el uso de la teoría de la práctica desarrollada por Pierre Bourdieu y el enfoque interseccional, como propuesta para el abordaje de esta lesión añeja y complicada, así se aportarán diferentes ejemplos de cómo su uso ha sido fructífero en el contexto enfermero.

Bourdieu propone una nueva forma de pensar, en vez de enfrentar lo objetivo contra lo subjetivo, la teoría contra la práctica, lo que conlleva deslegitimar una sobre la otra, sugiere otórgales una forma dialéctica de relación en la que ambos aspectos tengan su relevancia. Este punto clave en su teoría contribuiría a la resolución del encallado dilema de enfrentar los conceptos teoría y práctica en el caso que nos ocupa, llevándonos a aceptar que ambos, o, mejor dicho, la interrelación de ambos, son fundamentales para la disciplina enfermera. La llamada teoría de la práctica, que para el autor eran más unas directrices, una forma de guiar la acción superando la supuesta oposición teoría y práctica, presenta ventajas sustanciales para la enfermería (ver Nairn & Pinnock, 2017), dado que propone la interrelación entre sus elementos y argumenta su importancia. Así, comprender la práctica como una serie de estructuras, elementos y conceptos relacionados entre sí que dirigen la acción es la clave del uso del trabajo desarrollado por Bourdieu en este escenario. Este autor enuncia una serie de conceptos, los principales, muy simplificados y resumidos en gran medida podrían ser los siguientes: el habitus, el campo y el capital. Por habitus el autor entiende las estructuras, creencias, valores,

disposiciones que el individuo va asimilando, acogiendo a través de su relación con el campo, el entorno donde éste se mueve y siempre teniendo en cuenta su capital, su jerarquía, su posición y poder dentro de dicho sistema; en el seno de la diferencia en el capital entre los diferentes individuos nace la violencia en todas sus formas. Esto nos llevaría a entender que encarnamos y reproducimos todas aquellas estructuras y disposiciones que hemos ido asimilando, también el poder, la discriminación y las violencias (Bourdieu, 2000; Grzyb, 2016; Lynam et al., 2007).

Es la afinidad de esta teoría con la enfermería la que ha propiciado su uso, expuesto en diversas investigaciones en relación a los cuidados enfermeros en unidades de críticos (Ernst & Tatli, 2022; Lake et al., 2021), la relación entre la enfermera y el paciente (Akgün, 2018) o las perspectivas de mujeres residentes en España procedentes de África Occidental en relación a los factores que condicionan sus vida y que deben ser comprendidos por los profesionales sanitarios para una atención integral y culturalmente competente (García et al., 2023). Este último trabajo, no solo emplea diferentes nociones desarrolladas por el sociólogo, sino que además las conecta con la interseccionalidad, lo que supone un giro que consolida también el uso de esta teoría cuando nos preocupan las relaciones, en este caso, de poder y de dominación (Aspinall et al., 2022). Se han argumentado vínculos entre la teoría de la práctica y la perspectiva feminista postcolonial aun cuando estudiosos del autor y su trabajo consideran que no estaba comprometido con el feminismo (Anderson et al., 2007; Chantelois-Kashal et al., 2019; Kubissa, 2017).

Como en el caso de la teoría anterior, tímidamente el concepto interseccionalidad va apareciendo en la literatura enfermera (Siira et al., 2023). En la investigación sobre colectivos minoritarios (Damaskos et al., 2018) o en cuidados intensivos (Aspinall et al., 2021) la teoría desarrollada por Kimberlé Crenshaw ha contribuido a detectar las desigualdades creadas por el solapamiento de propiedades como el género, el origen, la clase social... (Davis, 2019; Rodó-Zárate & Jorba, 2020).

## TEORÍA DE LA PRÁCTICA E INTERSECCIONALIDAD EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

El trabajo: *'It's always difficult for women': an analysis of the life stories of sub-Saharan migrant women* es una investigación cualitativa que surge inesperadamente de un proyecto interesado en la mutilación genital femenina como práctica cultural que repercute en la mujer desde múltiples dimensiones y analiza las historias de vida de 11 mujeres procedentes de países de África subsahariana que residían en la diáspora. Se desarrollo un análisis mixto tanto inductivo como deductivo (Fereday & Muir-Cochrane, 2006), pues tras iniciar el análisis desde un enfoque inductivo resonaba reiteradamente la discriminación, diferentes formas de violencia y tabús, lo que nos llevó a buscar el marco teórico que nos ayudara a comprender estos resultados. Por sus características y correspondencia, finalmente, realizamos un análisis desde un enfoque deductivo basado en la teoría de la práctica y declarando nuestro compromiso con la interseccionalidad. Se organizaron los resultados empleando citas in vivo (al igual que se hizo con el título del artículo) que describían de forma muy precisa y vívida los conceptos teóricos. Consideramos que el uso de citas in vivo reafirmaba nuestro compromiso con las desigualdades de poder, pues nos mantenía cerca de los datos, sin una manipulación

excesiva por parte de los investigadores. Tanto la teoría como en la práctica debe cumplir unos estándares éticos por lo que debemos estar alerta sobre el uso del lenguaje sabiendo que puede ser un instrumento de poder (González & Bermúdez, 2008) y que puede generar resultados tanto positivos como negativos para la situación y los individuos involucrados (Thompson & McNamara, 2021).

Los resultados nos dibujaron un escenario donde nuestras participantes se habían saturado desde la niñez de sumisión, falta de formación e información, falta de libertad y autonomía, constriñéndolas por razón de sexo a una trayectoria vital idéntica una de otra. En esta etapa visualizar las líneas de vida de las participantes como resúmenes visuales de sus historias de vida nos ayudó a establecer paralelismos entre ellas, encontrado reveladoras similitudes en sus puntos de inflexión, mutilación genital femenina, matrimonios forzados, nacimientos y variadas violencias (Gutiérrez García et al., 2021); estos elementos y estructuras marcarán su vida, aun cuando adquieran conciencia sobre ello. En las entrevistas las participantes consideraban una experiencia enriquecedora y liberadora el proceso migratorio, pero éste no está exento de nuevas formas de violencia y discriminación, que sabemos que son dinámicas, se modifican y adaptan para mantenerse inmutables. Aunque mejoren su formación, información y derechos, motivo que a priori resultaría positivo porque supone un aumento de capital, siguen manteniendo diversas formas de violencia y añadiendo otras. En su caso un aumento en el capital tal como lo entiende Bourdieu supone dejarlas entre dos aguas, a la deriva de su comunidad y en una sociedad que no las ve como sus iguales. Este punto es controvertido en relación con el marco teórico, que propone que una mejora en el capital resultará en una reducción en la violencia, pero no es ajeno a la interseccionalidad, que ya avisa que la diferencia es siempre motivo de rechazo.

## **CÓMO IMPACTAN ESTOS RESULTADOS EN LA TEORÍA Y EN LA PRÁCTICA ENFERMERA**

Este conocimiento puede ser relevante tanto para la teoría como para la práctica. En cuanto a la teoría la consolida y le propone el uso de otros enfoques que la acerquen a la práctica. En cuanto a la práctica la dota de un conocimiento que puede ser vital en el abordaje de los cuidados de las mujeres con origen en África subsahariana, al poder incorporar un cuidado culturalmente adecuado. Tanto los propios profesionales de enfermería como su contraparte, los usuarios que precisan de sus cuidados, estamos inmersos, atravesados y rodeados por la cultura, ésta, con sus dinámicas y relaciones deben ser tenidas en cuenta y comprendidas si pretendemos mejorar la calidad de los cuidados. Atender a otros enfoques, como la interseccionalidad, ayudará a la práctica a desgranar la realidad. A nivel micro nos proporcionará una herramienta de autoconocimiento, a nivel meso significará una mejor forma de abordar la relación con el paciente y a nivel macro nos llevará a comprender como la desigualdad y la discriminación son fuentes de enfermedad y deterioro de la salud, generando, por tanto, zonas de interés para acciones como la prevención y la promoción de la salud (Ronquillo et al., 2022).

Para terminar, consideramos que una disciplina que se mueve sin una dirección clara, sin sustentación en el conocimiento y la comprensión del entorno donde se desenvuelve, es

decir, una disciplina que no piensa unificadamente en el binomio teoría y práctica supone una disciplina que socaba su fundamentación y vigencia y afrontará de forma inconexa y débil las amenazas crecientes. Animamos a los profesionales de enfermería de todos los ámbitos a contribuir con un granito de saber a la epistemología enfermera. Los académicos, entre otras cosas, reconociendo la labor realizada en el ámbito asistencial, estudiándola y detectando reiteraciones y silencios en sus resultados de forma que sea este el primer paso para volver a la teoría, apoyarse en ella, desarrollarla y fortalecer así la disciplina. Los clínicos, reconociendo la labor de los académicos y apoyando su práctica en la teoría, asomándose a las teorías y conceptos que les ayuden a comprender su realidad, mejorando sus cuidados y contribuyendo así al desarrollo y fortalecimiento de la disciplina. No debemos olvidar la importancia de la práctica y su aportación a la teoría tal como expone la lógica bourdesiana (Nairn & Pinnock, 2017). En definitiva, todos estamos capacitados para fortalecer y hacer progresar a la enfermería desde nuestros dominios superando dicotomías y aportando a la transdisciplinariedad enfermera (Carbajal, 2013).

## REFERENCIAS

- Akgün, B. M. (2018). The Field of Care Work and Habitus. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. <https://doi.org/10.14744/phd.2018.19971>
- Anderson, J., Reimer-Kirkham, S., Browne, A., & Lynam, M. J. (2007). Continuing the dialogue: postcolonial feminist scholarship and Bourdieu? discourses of culture and points of connection. *Nursing Inquiry*, 14(3), 178-188. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2007.00367.x>
- Aspinall, C., Jacobs, S., & Frey, R. (2021). The impact of intersectionality on nursing leadership, empowerment and culture: A case study exploring nurses and managers' perceptions in an acute care hospital in Aotearoa, New Zealand. *Journal Of Clinical Nursing*, 30(13-14), 1927-1941. <https://doi.org/10.1111/jocn.15745>
- Aspinall, C., Jacobs, S., & Frey, R. (2022). Intersectionality and nursing leadership: An integrative review. *Journal Of Clinical Nursing*, 32(11-12), 2466-2480. <https://doi.org/10.1111/jocn.16347>
- Bourdieu, P. (2000). *Cosas dichas*.
- Carbajal, M. C. G. (2013, 1 enero). *La transdisciplinariedad en disciplina de la enfermería*. Document - Gale OneFile: Informe Académico. <https://go.gale.com/ps/i.do?id=GALE%7CA432384704&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=&p=IFME&sw=w&userGroupName=anon%7Ee7b3ddca&aty=open-web-entry>
- Chantelois-Kashal, H., Dagadu, N. A., & Gardsbane, D. (2019). Contested femininity: strategies of resistance and reproduction across adolescence in northern Uganda. *Culture, Health & Sexuality*, 22(sup1), 80-95. <https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1650958>
- Damaskos, P., Amaya, B., Gordon, R., & Walters, C. B. (2018). Intersectionality and the LGBT Cancer Patient. *Seminars In Oncology Nursing*, 34(1), 30-36. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2017.11.004>
- Davis, K. (2019). Who owns intersectionality? Some reflections on feminist debates on how theories travel. *European Journal Of Women's Studies*, 27(2), 113-127. <https://doi.org/10.1177/1350506819892659>
- Ernst, J., & Tatlı, A. (2022). Knowledge legitimacy battles in nursing, quality in care, and nursing professionalization. *Journal Of Professions And Organization*, 9(2), 188-201. <https://doi.org/10.1093/jpo/joac005>

- Fereday, J., & Muir-Cochrane, E. (2006). Demonstrating Rigor Using Thematic Analysis: A Hybrid Approach of Inductive and Deductive Coding and Theme Development. *International Journal Of Qualitative Methods*, 5(1), 80-92. <https://doi.org/10.1177/160940690600500107>
- González, M. T. S., & Bermúdez, L. C. R. (2008). El lenguaje como instrumento de poder. *DOAJ (DOAJ: Directory Of Open Access Journals)*. <https://doaj.org/article/632cf28938204fe982cff4b9fae0cefd>
- Grzyb, M. (2016). An explanation of honour-related killings of women in Europe through Bourdieu's concept of symbolic violence and masculine domination. *Current Sociology*, 64(7), 1036-1053. <https://doi.org/10.1177/0011392115627479>
- Gutierrez García, A. I., Jiménez-Ruiz, I., Siles-González, J., Perpiñá-Galvañ, J., & Solano-Ruiz, M. (2023). 'It's always difficult for women': an analysis of the life stories of sub-Saharan migrant women. *Journal Of Biosocial Science*, 1-15. <https://doi.org/10.1017/s0021932023000135>
- Gutierrez García, A. I., Solano-Ruiz, M., Siles-González, J., & Perpiñá-Galvañ, J. (2021). Life Histories and Lifelines: A Methodological Symbiosis for the Study of Female Genital Mutilation. *International Journal Of Qualitative Methods*, 20, 160940692110409. <https://doi.org/10.1177/16094069211040969>
- Kubissa, L. P. (2017). Sobre Bourdieu, el habitus y la dominación masculina: tres apuntes. *Revista de Filosofía*, 73, 251-257. <https://doi.org/10.4067/s0718-43602017000100251>
- Lake, S., West, S., & Rudge, T. (2021). Making things work: Using Bourdieu's theory of practice to uncover an ontology of everyday nursing in practice. *Nursing Philosophy*, 23(2). <https://doi.org/10.1111/nup.12377>
- Lynam, M. J., Browne, A., Reimer-Kirkham, S., & Anderson, J. M. (2007). Re-thinking the complexities of 'culture': what might we learn from Bourdieu? *Nursing Inquiry*, 14(1), 23-34. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2007.00348.x>
- Nairn, S., & Pinnock, D. (2017). Pierre Bourdieu: Expanding the scope of nursing research and practice. *Nursing Philosophy*, 18(4). <https://doi.org/10.1111/nup.12167>
- Rodó-Zárate, M., & Jorba, M. (2020). Metaphors of intersectionality: Reframing the debate with a new proposal. *European Journal Of Women's Studies*, 135050682093073. <https://doi.org/10.1177/1350506820930734>
- Ronquillo, C. E. R. F., Mitchell, J. M. F., Alhuwail, D., Peltonen, L., Topaz, M., & Block, L. (2022). The Untapped Potential of Nursing and Allied Health Data for Improved Representation of Social Determinants of Health and Intersectionality in Artificial Intelligence Applications: A Rapid Review. *Yearbook Of Medical Informatics*, 31(01), 094-099. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1742504>
- Siira, E., Lindén, K., Wallström, S., & Björkman, I. (2023). Intersectionality in nursing research: A systematic review. *Nursing Open*, 10(12), 7509-7527. <https://doi.org/10.1002/nop2.2021>
- Thompson, W. E., & McNamara, M. (2021). Revealing how language builds the identity of the advanced nurse practitioner. *Journal Of Clinical Nursing*, 31(15-16), 2344-2353. <https://doi.org/10.1111/jocn.16054>

# Pérdida significativa como factor del alcoholismo

## *Significant loss as a factor in alcoholism*

### Perda significativa como fator de alcoolismo

SANDRA ANGÉLICA RAMÍREZ HERNÁNDEZ, SANJUANA DE JESÚS RAMOS LUNA, M<sup>a</sup>. GUADALUPE VÁZQUEZ SALAZAR,  
MARÍA ELENA TORRES RUBIO, FRANCISCO RAFAEL GUZMÁN FACUNDO

#### **Sandra Angélica Ramírez Hernández**

Universidad Autónoma de Tamaulipas.  
México.  
sandrarah06@hotmail.com  
<https://orcid.org/0000-0002-1348-9242>

#### **Sanjuana De Jesús Ramos Luna**

Universidad Autónoma de Tamaulipas.  
México.  
sramosl@docentes.uat.edu.mx  
<https://orcid.org/0009-0007-0555-3914>

#### **M<sup>a</sup>. Guadalupe Vázquez Salazar**

Universidad Autónoma de Tamaulipas.  
México.  
mgvazquez@docentes.uat.edu.mx  
<https://orcid.org/0000-0002-5696-0073>

#### **María Elena Torres Rubio**

Universidad Autónoma de Tamaulipas.  
México.  
metorres@docentes.uat.edu.mx  
<https://orcid.org/0009-0003-2925-0476>

#### **Francisco Rafael Guzmán Facundo**

Universidad Autónoma de Nuevo León,  
Monterrey. México.  
francisco.guzmanf@uanl.mx  
<https://orcid.org/0000-0002-6951-8989>

#### **Correspondencia:**

francisco.guzmanf@uanl.mx

**Fecha recepción:** 19/12/2023

**Fecha aceptación:** 21/04/2024

**Financiación:** Este trabajo no ha recibido financiación.

#### **Resumen:**

La relación de la pérdida significativa de un ser querido y el alcoholismo ha minimizado las implicaciones sobre mecanismos de afrontamientos para generar conductas saludables. Este artículo se basa en entrevistas semiestructuradas a profundidad en hombres de entre 30 y 70 años, con más de 10 años en Alcohólicos Anónimos del Estado de Tamaulipas, México. El objetivo fue reflexionar sobre los significados de la pérdida significativa de un ser querido y el alcoholismo. En la búsqueda del significado, se explica que un factor que lleva al alcoholismo no es una sola pérdida significativa de personas queridas, sino un cúmulo también de pérdidas materiales y no materiales, se reflejaron recursos limitados para afrontar las pérdidas, la relación entre la pérdida significativa con el alcoholismo fue mediado por dos principales aspectos, las creencias sobre los efectos que produce el consumo de alcohol como formas de escapar de la realidad y las influencia de la familia al inicio del consumo de alcohol. Por otra parte, la presencia de lo espiritual, la conciencia y las emociones que experimentan durante su proceso de duelo y alcoholismo, los llevó a identificar el problema de la adicción, que permitió influir en el proceso de rehabilitación.

**Palabras clave:** Alcoholismo; duelo; factor de riesgo; México.

#### **Abstract:**

The relationship between the significant loss of a loved one and alcoholism has minimized the implications on coping mechanisms to generate healthy behaviors. This article is based on in-depth semi-structured interviews with men between the ages of 30 and 70, with more than 10 years in Alcoholics Anonymous in the State of Tamaulipas, Mexico. The objective was to reflect on the meanings of



**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflicto de intereses.



**Licencia:** Este trabajo se comparte bajo la licencia de Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons (CC BY-NC-SA 4.0): <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

© 2024 Sandra Angélica Ramírez Hernández, Sanjuana De Jesús Ramos Luna, M<sup>a</sup>. Guadalupe Vázquez Salazar, María Elena Torres Rubio, Francisco Rafael Guzmán Facundo

**Citación:** Ramírez Hernández, S. A., Ramos Luna, S. J., Vázquez Salazar, M. G., Torres Rubio, M. E., Guzmán Facundo, F. R. (2024). Pérdida significativa como factor del alcoholismo. *Cultura de los Cuidados*, (68), 7–20. <https://doi.org/10.14198/cuid.22160>



the significant loss of a loved one and alcoholism. In the search for meaning, it is explained that a factor that leads to alcoholism is not a single significant loss of loved ones, but also an accumulation of material and non-material losses, limited resources were reflected to face the losses, the relationship between the loss significant with alcoholism was mediated by two main aspects, beliefs about the effects that alcohol consumption produces as ways of escaping from reality and the influence of the family at the beginning of alcohol consumption. On the other hand, the presence of the spiritual, the conscience and the emotions that they experience during their mourning process and alcoholism, led them to identify the problem of addiction, which allowed them to influence the rehabilitation process.

**Keywords:** Alcoholism; grief; risk factor; Mexico.

#### **Resumo:**

A relação entre a perda significativa de um ente querido e o alcoolismo tem minimizado as implicações nos mecanismos de enfrentamento para gerar comportamentos saudáveis. Este artigo é baseado em entrevistas semiestruturadas em profundidade com homens entre 30 e 70 anos, com mais de 10 anos em Alcoólicos Anônimos no Estado de Tamaulipas, México. O objetivo foi refletir sobre os significados da perda significativa de um ente querido e do alcoolismo. Na busca de sentido, explica-se que um fator que leva ao alcoolismo não é uma única perda significativa de entes queridos, mas também um acúmulo de perdas materiais e imateriais, recursos limitados foram refletidos para enfrentar as perdas, a relação entre a perda significativa com o alcoolismo foi mediada por dois aspectos principais, as crenças sobre os efeitos que o consumo de álcool produz como formas de fuga da realidade e a influência da família no início do consumo de álcool. Por outro lado, a presença do espiritual, da consciência e das emoções que vivenciam durante o processo de luto e alcoolismo, levaram-nos a identificar o problema da dependência, o que lhes permitiu influenciar o processo de reabilitação.

**Palavras-chave:** Alcoolismo; luto; fator de risco; México.

## INTRODUCCIÓN

Para observar la gravedad del problema del alcoholismo actualmente a nivel mundial, se tiene que comenzar planteando que el ser humano bebe alcohol desde hace siglos por distintos motivos relacionados con situaciones culturales y sociales, sin percatarse de que este es una droga que por su fácil acceso y poderosa propaganda se ha convertido en un problema de salud mundial (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 2020). La Organización Mundial de la Salud, menciona que cada año se producen 3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5.3% de todas las defunciones. Así, esta organización ha externado su preocupación por el incremento en el número de víctimas que cobra esta pandemia (OMS, 2018).

La muerte de quien consume no es el más grave de los problemas en relación con este tipo de dependencia, ya que la adicción al alcohol es un factor causal de más de 200 enfermedades y trastornos lo que provoca un gasto enorme de los recursos por atenciones en la salud. El alcoholismo representa a nivel global el disparador de trastornos mentales y comportamentales, además de las enfermedades transmisibles como la tuberculosis y el VIH/sida, enfermedades no transmisibles y los traumatismos (OMS, 2018).

A pesar de las consecuencias del consumo de alcohol en México se muestran incrementos significativos del consumo, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco [ENCODAT] 2016-2017, muestra que el consumo excesivo tiene un incremento alarmante en los mexicanos ya que la prevalencia durante el último año del 2011 al 2016 pasó del 31.2% al 37.4% y el consumo excesivo durante el último mes aumentó de 13.9% a 22.1%. Otro aspecto que llama la atención es la edad de inicio, se refiere que el 55% de la población inició el consumo de alcohol antes de los 17 años, un 39% iniciaron entre los 18 y 25 años. Los datos anteriores muestran la magnitud del problema de consumo de alcohol en México (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRFM], Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], Comisión Nacional Contra las Adicciones [CONADIC], Secretaría de Salud [SSA], 2017).

Existen factores que pueden desencadenar el inicio del consumo excesivo de alcohol, un factor que se ha observado relacionado con esta conducta son los eventos estresantes, definidos como sucesos, hechos o acontecimientos que pueden generar estrés y tienen el potencial de desencadenar el consumo excesivo de alcohol, como lo son las pérdidas significativas por muerte de seres queridos. Las respuestas emocionales, cognitivas o de conducta que se producen como consecuencia de las pérdidas significativas, dependen de la evaluación cognoscitiva realizada por el individuo, de sus características personales y de variables moduladoras como los mecanismos de afrontamiento ante estas situaciones (Armendáriz, et al., 2012; Villegas, et al., 2014).

Estudios realizados en adultos señalan que los eventos estresantes como las pérdidas significativas que experimentan las personas juegan un papel importante en el mantenimiento de la sobriedad y en la cantidad de consumo de alcohol, en este sentido la conducta de consumo excesivo de alcohol se puede considerar como un mecanismo ineficaz de afrontamiento de los estados emocionales negativos causados por las pérdidas significativas, quizás como una

búsqueda de bienestar o estado de ánimo positivo que atenúa el sentimiento de tristeza (Gutierrez et al., 2009; Rodríguez et al., 2019).

Cuando la persona pasa por momentos difíciles como la muerte, se incrementan el riesgo de presentarse problemas de comportamiento, como duelo prolongado, las cuales pueden derivar en el consumo excesivo de bebidas alcohólicas (Medina & Pozos et al, 2009). Rodríguez-Alvarado (2019) por su parte indican que cuando se presenta un duelo prolongado por la pérdida de un ser querido, es común que las personas experimenten más enojo que culpa, dirigiendo su malestar hacia conductas de riesgo, el consumo de sustancias se ha convertido en un medio para que éstos traten de afrontar la pérdida. Estos datos muestran el vínculo que puede tener la experiencia de pérdidas significativas por muerte de seres queridos con el consumo excesivo o alcoholismo. Sin embargo, existe poca evidencia sobre las experiencias y el significado que las personas le atribuyen a la pérdida significativa de un ser querido y el alcoholismo.

El objetivo de este documento es reflexionar y analizar sobre los significados de la relación de la pérdida significativa de un ser querido y el alcoholismo. En un futuro los resultados del presente estudio serán de utilidad para diseñar y promover intervenciones para conducir estilos de afrontamiento y conductas saludables ante las pérdidas significativas que suceden a lo largo de la vida.

## METODOS

La presente investigación parte de un enfoque cualitativo que toma como base el interaccionismo simbólico enfocado en la interpretación del significado (Flick, 2007). Que permite a su vez abordar la realidad social (Vela, 2001), aplicada al estudio tanatológico a través de los procesos de duelo y consumo de alcohol en personas que acuden a alcohólicos anónimos.

Los participantes del estudio fueron seis hombres de entre 30 y 70 años, miembros de Alcohólicos Anónimos (AA) desde hace más de 10 años, únicamente uno de los sujetos no asiste a ningún grupo de apoyo y es justamente el único sujeto que actualmente sigue consumiendo alcohol. El número de participantes no fue predeterminado, resultó del muestreo teórico, el cual forma parte de la metodología utilizada. Para cumplir el objetivo, se utilizó una entrevista a profundidad semiestructurada, se utilizó un equipo de audio grabador digital y notas de campo. La entrevista se inició con las siguientes preguntas: ¿Ha sufrido la muerte de algún familiar? ¿Después de esta experiencia su consumo de alcohol se incrementó? Estas dieron dirección a los puntos del estudio para la comprensión de las experiencias vividas en cada uno de los entrevistados, nuevas preguntas se realizaron con el fin de esclarecer y acercarnos a la realidad de los sujetos con las pérdidas y la adicción al alcohol que han vivido.

Cabe destacar que se puntualizó la manera de elaborar las preguntas para que ayudaran a hallar descripciones que llevaran al conocimiento de diferentes dimensiones, para profundizar en si el consumo de alcohol se originó y prevalece a causa de una pérdida

significativa. Esta entrevista, como menciona Canales (2006) es un instrumento técnico de gran utilidad en la presente investigación cualitativa.

Una vez seleccionado los participantes, se les explicó el objetivo del estudio y se les mencionó que la entrevista sería breve y confidencial, posteriormente se procedió a realizar la entrevista, es importante mencionar que las entrevistas no se llevaron a cabo en un solo día, sino en un lapso de dos semanas en diferentes momentos cada una. Para el trabajo de campo se conformó un equipo de trabajo por tres profesionales de enfermería, que recibieron capacitación y entrenamiento en el manejo de la metodología, así como en la selección de la muestra, uno de los investigadores se desempeñó como supervisor, encargado de organizar y observar el trabajo de campo a fin de intervenir en imprevistos que pudieran interferir en las entrevistas. El tiempo para cada entrevista no fue predeterminado, varió de 20 a 45 minutos, la mayoría de las entrevistas se realizó en condiciones ideales de privacidad.

Todas las entrevistas fueron grabadas con el consentimiento previo de los participantes, los cuales no mostraron inhibición por la presencia de la grabadora. En general, la actitud de los participantes fue abierta y cooperadora. Todos respondieron confiados sin mostrar recelo ante los investigadores. El presente estudio se realizó de acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México. Se consideró, lo establecido en asegurar el respeto a la dignidad de los sujetos y la protección de sus derechos y bienestar, señalando que podían retirarse del estudio en cualquier momento sin ningún tipo de problema para ellos. Se obtuvo el consentimiento informado de los sujetos de la investigación y el estudio fue aprobado por el Comité de Ética de una Universidad de Tamaulipas, México.

En el acopio de información obtenida durante las entrevistas y teniendo como base las dos categorías, que en un inicio se intentaba investigar, pérdida significativa y alcoholismo. El análisis se basó en la metodología de la Teoría Fundamentada en los Datos, la cual hunde sus raíces en el Interaccionismo Simbólico (Strauss, & Corbin, 2002), en donde el investigador intenta determinar qué significado simbólico tienen los objetos para los grupos sociales y cómo interactúan unos con otros. Desde esta perspectiva se trató de construir como se relacionaba las pérdidas significativas de un ser querido con el alcoholismo.

El enfoque del que parte la Teoría Fundamentada es descubrir conceptos, hipótesis y proposiciones partiendo directamente de los datos, a través de una comparación constante (es decir se codifican y analizan las narraciones simultáneamente para desarrollar conceptos) y de un muestreo teórico, es decir hasta agotar las variaciones de los conceptos identificados (Strauss & Corbin, 2002). El primer paso que permitió el desarrollo de la Teoría Fundamentada en los Datos es la transcripción de las entrevistas, seguido del procedimiento de codificación. El procedimiento de codificación se realizó de acuerdo con la literatura específica, donde se presenta en tres etapas: codificación abierta, codificación axial y codificación selectiva.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Características de participantes

Participante	Edad	Estado civil	Ocupación	Edad de inicio de alcohol
BJG	64	Separado	Jardinero	8 años
JP	44	Separado	Albañil	17 años
EJ	51	Soltero	Velador	12 años
DE	67	Casado	Albañil	14 años
SJ	72	Viudo	Albañil	15 años
FR	38	Separado	Intendente	14 años

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 1 se muestran las características de los participantes. Cabe mencionar que el inicio del consumo de alcohol fue en la adolescencia.

Para la categoría central se identificaron los significados de las pérdidas significativas, se establecieron tres categorías de orden superior con ocho subcategorías que se analizarán a continuación (Ver tabla 2).

Tabla 2. Categorías o temas de orden superior

Categorías de orden superior	Subcategorías
Pérdidas significativas	Pérdidas de personas Pérdidas materiales Pérdidas no materiales
Alcoholismo	Creencias sobre el consumo de alcohol Inicio de consumo y consumo en la familia
Rehabilitación	Emocionalidad Cognición Espiritualidad

Fuente: Elaboración propia

### *Pérdidas significativas*

Dentro de los hallazgos principales fueron los tipos de pérdidas, ya que se encontró que más allá de haber perdido algún ser querido, los sujetos habían tenido varias pérdidas tanto de personas y pertenencias, como de aspectos no materiales. En el análisis de pérdidas vividas por los sujetos se encuentra tal variedad que se optó por hacer una subdivisión de estas: pérdidas de personas, pérdidas materiales y pérdidas no materiales.

En el primer grupo, sí se encuentra, como se redacta en la teoría, que la pérdida por muerte de un hijo es la más significativa. De ahí, la pérdida de otras personas como primos, padres o abuelos fue señalada como importantes, pero no como principal motivo o detonante de consumo de alcohol “...cuando murió mi hijo, de cierta manera si porque le di más fuerte, más constantes, más fuerte... avanzó más el alcoholismo”. “Me volví alcohólico. Bebí todos los días durante más de un año después del duelo...”

*“...murió mi mamá le dio ataque y cayo a la lumbre generaba venganza mi mente, entonces se fue mi papá también no lo vi morir ni sepultar de la quemazón de juanjuanico tenía dos meses que había muerto, no lo vi lo perdí por completo completamente, sentí que yo no era nadie aquí en la vida que no tenía de dónde agarrarme no sentía, no sentía tranquilidad de nada... el seguir tomando que la vida no valía nada porque yo cómo me había quitado a mis padres tenía que tomar para agarrar más valor.. me sentía perdido...”*

La forma de muerte si es un factor trascendente en la narrativa de los participantes, pues las muertes inesperadas, por accidente y sobre todo las que involucran un impacto emocional ocasionadas con violencia o por delincuencia organizada, son las que marcan profundamente a la persona. Como bien menciona la literatura (Drabwell et al., 2020), es más complicado para las personas, elaborar una pérdida por muerte súbita y violenta que una que sucede de forma natural por una enfermedad o por vejez. “Sí, cuando tomaba si constantemente, incluso yo traía, yo sus fotografías de cuando él era soldado, porque era soldado y las traía así cuando andaba borracho y las traía así conmigo..”

Los estudios de personas en duelo por cualquier causa sugieren que el consumo de alcohol y drogas puede aumentar después del duelo, quizás como una forma de sobrellevar la pérdida y la soledad. Si bien, se han realizado pocas investigaciones cualitativas que exploren el consumo de alcohol o drogas después de una pérdida de un ser querido o por duelo. Un estudio australiano de entrevistas con padres afligidos por el suicidio de un niño identificó el exceso de alcohol como una estrategia de afrontamiento utilizada por algunos para evitar el dolor de pensar en la pérdida, o como una herramienta utilizada para ayudarlos a dormir (Ross et al., 2018; Drabwell et al., 2020). Estos hallazgos son paralelos al presente estudio.

El impacto que tiene en los sujetos las pérdidas materiales son resultados sorprendidos de las entrevistas ya que dan prueba de como la casa, el trabajo, objetos, son de suma importancia para las personas, tan es así que el apego que se deposita en ellas, genera duelo una vez que se pierden.

En estos sentido, el duelo no solo se debe a la pérdida de un ser querido derivada de su fallecimiento. El término duelo conlleva otro tipo de pérdidas, por ejemplo, la ruptura de vínculos. Estos vínculos son imprescindibles para el desarrollo personal y cuando desaparecen el individuo experimenta un periodo marcado por gran intensidad emocional (Cabodevilla,

2007). Según este autor, para una resolución satisfactoria es necesario pasar por las cuatro etapas: aceptar la realidad de la pérdida, expresar las emociones y el dolor, adaptarse a la ausencia y recolocar emocionalmente.

Por otra parte fue constante la presencia de datos, que los sujetos carecieron de una familia unida en la que se establecieran límites que los hicieran sentirse seguros, por el contrario, en la gran mayoría de las narraciones se encuentra que vivieron en sus primeros años abandono por parte de alguno de los progenitores o ambos, carencias afectivas, desprotección y, sobre todo, la desunión entre los miembros de su familia, que muchas veces se acompañaba de violencia, en general disfunción familiar. Existen en los discursos necesidad de apoyo en las primeras etapas de la vida de los sujetos que quizá continuó hasta la adultez, algunos de los comentarios que refieren son: *“me sentía muy solo”*, *“a mí nadie me quería, ni me orientaba”*. Justamente esto último, estas carencias en los testimonios son el punto de partida de la rehabilitación, haberse sentido apoyado es un hallazgo sobresaliente en todos los testimonios que marcan haber salido del alcoholismo.

Estos resultados permiten identificar que es común que las personas aumentaran su consumo de alcohol después de una pérdida, aunque fuera de manera transitoria, y que muchos muestran una conciencia de que el abuso de alcohol es una forma útil de sobrellevar el duelo. Este estudio brinda al personal de salud y de enfermería una idea de las dificultades que enfrentan las personas en duelo, el alcance del uso de sustancias como automedicación para estos (Eng, et al., 2019).

### *Alcoholismo*

En relación a la categoría sobre el alcoholismo a continuación, se describen las subcategorías que surgieron; creencias sobre el consumo de alcohol, inicio de consumo y consumo en la familia.

En lo que respecta con las creencias sobre el consumo de alcohol, es importante mencionar que uno de los principales motivos para el consumo de alcohol es la creencia que el alcohol ayuda para olvidar las malas experiencias vividas a lo largo de su vida, ya que con los efectos de esta sustancia los hace olvidar las pérdidas que habían tenido a lo largo de su vida, pérdidas de sus seres queridos, como; madre, padre, hijo, novia y esposa, sin embargo también resaltan las pérdidas materiales y trabajo. *“Saber que se sentía me gusto el efecto por que empezaba a perder el miedo, me llegaba la alegría, el valor para vivir, para borrar me de sentimientos olvidar el resentimiento, el miedo, ver sangre”*.

Reconocen que el consumir bebidas alcohólicas los hace sentirse alegres, contentos y les da valor para poder enfrentarse a la vida diaria y con una tranquilidad ficticia. *“Tener que tomar para cantar, para bailar, para platicar para reír, esa era mi alegría el alcohol... “Sin tomar me llegaba todo, la tristeza, el resentimiento...”* De acuerdo con lo anterior los motivos de inicio por el alcoholismo están dados por creencias que tienen los participantes sobre efectos que les produce el alcohol y cuando estas creencias han sido autoevaluadas de forma positiva tienden incrementar el consumo de bebidas alcohólicas (Ajzen, 1991; Guzmán et al, 2019).

Desafortunadamente, la relación beneficio/daño es baja para el consumo de alcohol y los peligros no siempre son evidentes para los dolientes. Para el personal de enfermería y otros profesionales de la salud, invitar a una persona en duelo a revisiones periódicas y, al mismo

tiempo, ofrecer intervenciones para reducir el consumo de sustancias, puede ser la mejor manera de permitir que una persona en duelo procese la pérdida. Saber cuándo intervenir antes de que el comportamiento de afrontamiento se vuelva peligroso es una habilidad clínica clave y se basa en una buena relación. En este punto, las intervenciones breves realizadas en la atención primaria pueden desempeñar un papel para reducir el consumo excesivo de alcohol en esta población (Eng, et al., 2019).

El inicio del consumo de alcohol de en los participantes fue a temprana edad entre los 8 y 17 años, etapa en la cual es crucial debido a los cambios físicos y emocionales que viven los adolescentes, así mismo, se observa el efecto del entorno familiar y el social como influyen en el problema de alcoholismo (Janssen, et al., 2014). En las narraciones de los participantes sobresalieron las influencias del alcoholismo, en las diferentes experiencias, es común que en la familia exista un consumidor de alcohol, situación que colocó en riesgo a los menores de edad, ya que al estar expuesto al consumo de alcohol por un miembro de la familia, favoreció a incrementar la percepción de una tolerancia social del consumo de alcohol en su entorno familiar, lo que influyó en algunos casos el hábito del consumo. *“Entre semana llegaba mi padre alcoholizado yo recuerdo en mi infancia...”* *“ahí tomaban y... Me daban a mí...”* *“No hubo, no había un regaño, donde me dijeran eso es malo...”*

En este sentido, se ha explicado que las creencias normativas son detonantes del consumo de alcohol, es decir si la persona percibe que su familiares o amigos están de acuerdo con dicho consumo se incrementa el riesgo de dicha conducta (Ajzen 1991; Janssen et al., 2014; Solórzano et al., 2016), situación que se vivía con los participantes.

Si bien, el consumo de bebidas alcohólicas y la influencia del entorno en las personas fueron incidentes para caer en el problema de alcoholismo, también es cierto que la pérdida y el duelo en las personas ha sido un detonante muy importante para agudizar este problema. En todos los discursos dados por los informantes entrevistados muestran e indican que estas pérdidas agudizaron su problema en el abuso de alcohol.

### **Rehabilitación**

En relación a la categoría sobre el rehabilitación como una forma de afrontar la pérdida, se describen las subcategorías que surgieron; emocionalidad, cognición y espiritualidad.

En aquellos participantes que son abstemios en el presente, la rehabilitación tiene relación con haber superado aquellas pérdidas no materiales que se generaron en las primeras etapas de la vida. Existe una relación directa de esta categoría (rehabilitación) con la superación de los problemas relacionados con el consumo de alcohol. Los sujetos señalan haber recibido apoyo, ya sea familiar o social, al pertenecer a un grupo de AA (Alcoholicos Anónimos), donde se fomenta el escucha, la aceptación, y sobre todo refieren haberse sentido que no estaban solos. Esto junto con una mayor consciencia de su vida, lo cual los llevó a la rehabilitación integral y a superar sus carencias afectivas.

En su mayoría, manifiestan sentir mayor salud mental en el presente y tener un mayor autoconocimiento, algunas de las respuestas que dan cuenta de estos últimos resultados que se



mencionan son: “*me enseñaron a quererme yo solo*”, “*te abrazan, te dicen, aquí tu eres importante*”, “*alguien se preocupa por ti*”, “*hay gente que tiene y que vive más cosas que yo*”. Estas últimas frases son comparadas con la narrativa interna que los sujetos tenían al enfrentar pérdidas o duelos, sin el apoyo de un grupo social o familiar y son muy distintas.

Las situaciones estresantes que cada uno vivió, las afrontaban con creencias limitantes o poco maduras, por ejemplo: “*yo la abandoné cuando tenía un año, pero regrese porque realmente me ayuda a superar mis broncas*”. Sin embargo, dan cuenta de cómo en un momento dado, encuentran una forma de afrontamiento adecuada, que invariablemente fue al llegar a AA. Ahí resignificaron dichas creencias comenzando un cambio.

En este análisis, a lo largo de esta investigación surgieron tres aspectos intrínsecos del ser humano que se relacionaron tanto con las pérdidas y el duelo como con la rehabilitación. Emocionalidad, cognición y espiritualidad, son los tres temas centrales que surgieron en el análisis de los discursos..

Emocionalidad: en esta subcategoría surgieron emociones negativas o más bien desarmonizantes, como la frustración, la confusión, la desesperanza y la soledad, habitaban en el interior de los sujetos, hasta comenzar el camino de la rehabilitación real, todas estas emociones son resultado de duelo por pérdidas materiales e inmateriales que nadie los acompañó a elaborar, pues revelan que ni siquiera sabían que lo que estaban viviendo era un duelo.

Frases como: “*traumado vengo, traumado, o sea, estoy traumado desde mi niñez...al último empecé a tomar por todo y por nada*” o “*es triste o sea caer como en un sentimiento o sea no puedo creerlo...mi hijo pues 24 años de edad no se llenó de vida verdad y es algo que muchas veces es duro aceptarlo, o sea, caer en eso como tipo depresión y buscar el consuelo para mi*” dan testimonio de como las emociones son reflexionadas ya en la rehabilitación, como parte de momentos difíciles en sus vidas.

En general las emociones desarmonizantes se observan en menor intensidad en aquellos informantes que han podido rehabilitarse o más bien que están en ese proceso. En el testimonio del sujeto de la muestra que sigue consumiendo se observa claramente como este tipo de emociones están presentes. “*Me llega el miedo y vuelvo a beber, me llega mucha ira, mucho resentimiento, el orgullo la ira ahí está, está junto el orgullo, la ira ahí está junto el sentimiento, al cabo como quiera me voy a morir generalmente me vale*”, “*Ha decir verdad me siento así con culpa por que ni hice nada por el y pues ya no esta*”.

Aunque el duelo es un proceso natural por el cual las personas se adaptan a la pérdida, el duelo está asociado con un riesgo excesivo de morbilidad física y psiquiátrica, y estos riesgos están influenciados por la naturaleza de la situación de la pérdida. Se entiende que las muertes violentas son particularmente traumáticas para los dolientes y están asociadas con el desarrollo de trastornos de estrés postraumático y trastornos depresivos, para los cuales la trayectoria de recuperación o rehabilitación puede ser más lenta. Los riesgos de mortalidad después del duelo son particularmente altos en los primeros seis meses después de la pérdida, y cuando la muerte se debió a causas accidentales o violentas. El riesgo de suicidio también es elevado en las personas que experimentan duelo (Drawell, et al., 2020). Por tal razón la importancia de detección temprana para evitar estos riesgos.

Cognición. Respecto a esta subcategoría surgió, ya que muchas veces, la mente de una persona busca escapar de lo que lo aflige, lastima o molesta, siendo la adicción una de las ventanas de escape más simples para lograrlo. Cada uno de los sujetos vivieron experiencias que derivaron en duelos ya que por años vivieron con el vacío de personas, cosas o situación que no sucedieron.

La adicción no existe bajo un sentido puramente biológico y es necesario tomar en cuenta los contextos sociales y culturales. El análisis señala que las vivencias hicieron a los participantes desarrollar creencias o ideas que en unos momentos fomentaban su dependencia al alcohol y que en otros momentos fomentaban una búsqueda de salud integral.

De esta manera, la cognición se revela en los sujetos no solo como manifestación de procesos de duelo, *“no podía entrarme la luz de la razón en mi mente, no podía nada, rechazaba todo”* o de rehabilitación: *“pero si yo quiero luchar por mi propia vida todo se puede”* sino también como guía de las emociones y conductas.

El ser humano tiene una necesidad interna de olvidar para estar bien, incluso en uno de los sujetos se obtuvo información de tendencias al suicidio y esto podría, lejos de alarmar, ser una intención de que su vida cambie, de que no sea igual de desagradable como lo es o lo era en ese momento para él, frases como: *“si intenté suicidarme, traía una camioneta y me quería matar”*, revelan este punto.

Se corrobora también, que la espiritualidad son un recurso de afrontamiento importante, esto incluso ya en la etapa actual de rehabilitación parece facilitar el ajuste al cambio (Rodríguez, et al., 2019; Scott, et al., 2016).

En relación con la subcategoría de espiritualidad, se puede observar que lo que genuinamente hizo que los sujetos llegaran a la rehabilitación fue la amalgama entre su voluntad, la sensación de pertenecer a un grupo y sentirse apoyados, y sobre todo la conciencia de que ellos solos no podían y que necesitaban algo más, es evidente la presencia de lo espiritual, esto no únicamente como religión sino como la esencia que une al ser humano con el todo. *“Yo no creía en dios, sentía que dios no existía para mí, que yo no vivía nada...”* *“tomaba más, yo no era feliz, lo que ganaba lo destruía, lo que tenía lo destruía, nunca hice una vida feliz que Dios no existía...”*

*“Llegamos al convencimiento de que un poder superior puede devolver, puede podría devolver mi sano juicio, si me dejo guiar y llevo las cosas como son, como son porque no es juego con la enfermedad no es juego se respeta el alcohol eh y el programa está hecho por Dios...”*

Respecto a la espiritualidad, algunos estudios refieren como un “despertar” donde se realiza la conexión con un ser supremo y se eleva la espiritualidad de la persona, independientemente de la religión que este tenga, en el que la cura; el tiempo de abstinencia prolongado se debe a la rigurosidad con la que los alcohólicos anónimos llevan el programa y le dan un seguimiento, incluso refieren que la adherencia a los pasos del programa (específicamente del 4 al 12) de AA aumentan la espiritualidad y estos a su vez previenen las recaídas (Rodríguez-Puente, et al., 2019)

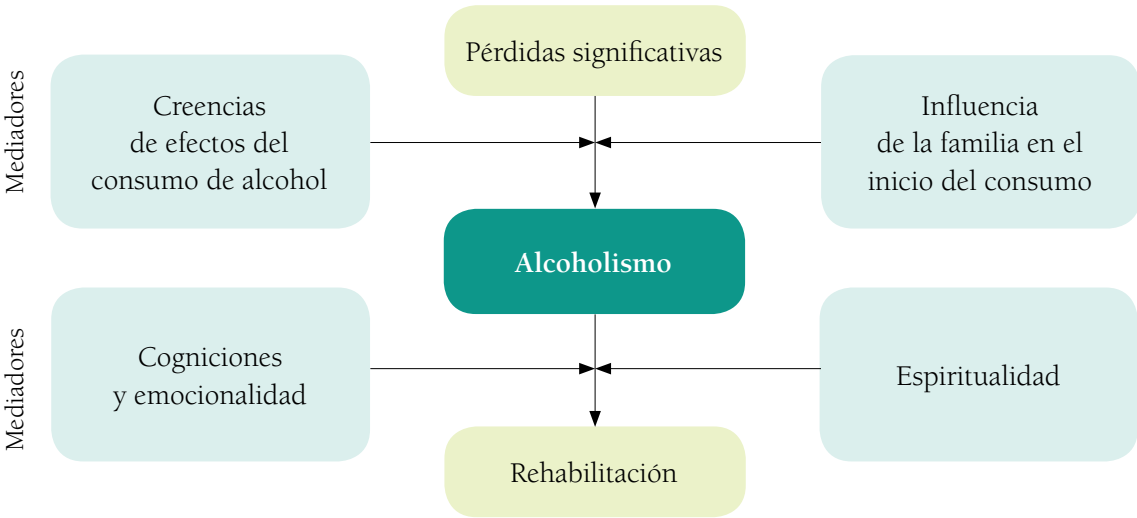
*“Dios dejarme guiar a través de Dios escuchar a los otros enfermos, es una comunión directamente con Dios es donde me puedo liberar a hablar al fondo del sufrimiento, me estoy descubriendo la persona que soy ante un ser humano y ante Dios, dice admitimos ante Dios ante nosotros mismos y*

ante otro ser humano...” “...solo Dios pueda salvar solo Dios me pueda liberar si yo me dejo guiar de otro enfermo a través de las experiencias, que la vida es muy bonita, lo material eso no cuenta primero la salud, mental, espiritualmente Dios nos da, Dios da todo pero saberlo”

Estas personas necesitaban sentir vínculos firmes, cambiar de actitud y darse cuenta de su valor y eso corroborando la teoría, es la presencia de lo espiritual, de lo no material. Los sujetos no necesitaban de vuelta lo perdido o lo no obtenido, necesitaban obtener cosas buenas y nuevas, sin importar de donde vinieran.

Finalmente, en la Figura 1 se muestra el modelo representativo de la pérdida significativa como factor del alcoholismo, donde se observa que la relación entre la pérdida significativa con el alcoholismo esta mediado por dos principales aspectos, las creencias sobre lo que produce el consumo de alcohol como formas de escapar de la realidad y las influencia de la familia al inicio del consumo de alcohol, es decir, la percepción de la tolerancia de dicho consumo dentro de círculo familiar. Por otra parte, la presencia de lo espiritual, la conciencia y las emociones que experimentan durante su proceso de duelo y alcoholismo, los llevó a comenzar a desanudar el problema de la adicción al alcohol, que permitió influir en la rehabilitación que llevan.

Figura 1. Modelo representativo de la pérdida significativa como factor del alcoholismo



Fuente: Elaboración propia

### CONSIDERACIONES FINALES

Se puede reflexionar que las pérdidas significativas de algún familiar como eventos estresantes pueden favorecer el alcoholismo, sin embargo, existen otras pérdidas que generan estrés y que se afronta con el consumo de bebidas alcohólicas, como la pérdida de trabajo y otras pérdidas materiales. Se puede concluir que lo que en realidad es un factor que lleva al alcoholismo no es una sola pérdida significativa y no solo de personas queridas o cercanas sino más bien un cumulo de pérdidas no materiales que suceden sobre todo en los primeros años de vida.

Las personas aumentaron su consumo de alcohol después de una pérdida, aunque fuera de manera transitoria, y que muchos muestran una conciencia de que el abuso de alcohol es una forma útil de sobrellevar el duelo. Cabe mencionar que la relación entre la pérdida significativa con el alcoholismo esta mediado por dos factores, las creencias de los efectos del del consumo de alcohol como formas de escapar de la realidad y la percepción de la tolerancia dentro de círculo familiar para iniciar el consumo de alcohol. Por otra parte, la presencia de lo espiritual, la conciencia y las emociones que experimentan durante su proceso de alcoholismo, permitió influir en la rehabilitación.

Estos resultados, brindan al personal de salud y de enfermería una idea de las dificultades que enfrentan las personas en duelo, el alcance del consumo de alcohol como automedicación para afrontar estos problemas, además puede afirmarse que los sujetos tuvieron recursos limitados para afrontar saludablemente las pérdidas, por tal razón es recomendable continuar avanzando en la temática, para en el futuro poder realizar intervenciones para favorecer mecanismos de afrontamiento ante pérdidas significativas, las intervenciones breves realizadas en la atención primaria pueden desempeñar un papel para reducir el consumo excesivo de alcohol en esta población.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Armendáriz, N., A., Villar M.,A., Alonso, M., M., Alonso, B., A., & Oliva, N.,N. (2012). Eventos estresantes y su relación con el consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 14(2),97-112. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145226758007>
- Drabwell, L., Eng, J., Stevenson, F., King, M., Osborn, D., & Pitman, A. (2020). Perceptions of the Use of Alcohol and Drugs after Sudden Bereavement by Unnatural Causes: Analysis of Online Qualitative Data. *International journal of environmental research and public health*, 17(3), 677. <https://doi.org/10.3390/ijerph17030677>
- Eng, J., Drabwell, L., Stevenson, F., King, M., Osborn, D., & Pitman, A. (2019). Use of Alcohol and Unprescribed Drugs after Suicide Bereavement: Qualitative Study. *International journal of environmental research and public health*, 16(21), 4093. <https://doi.org/10.3390/ijerph16214093>
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. 2da. Edición. Ed. Morata. España.
- Gutiérrez, R.R., Andrade, P. P, Jiménez, T. A., Saldivar, H. G., Juárez, G. F (2009) Alcohólicos Anónimos: Aspectos relacionados con la adherencia (afiliación) y diferencias entre recaídas y no recaídas. *Salud Mental*, 32(5):427-433. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2009/sam095i.pdf>
- Guzmán Facundo F, R., Vargas Martínez, J., I., Candia Arredondo, J., S., Rodríguez Aguilar, L., & Lopez García K. S. (2019). Influencia de la presión de pares y facebook en actitudes favorecedoras al consumo de drogas ilícitas en jóvenes universitarios mexicanos. *Health and Addictions*, 19 (1), 22-30. <https://doi.org/10.21134/haaj.v19i1.399>
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRFM], Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], Comisión Nacional Contra las Adicciones [CONADIC], Secretaría de Salud [SSA]. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco*

- [ENCODAT] 2016-2017: Reporte de Alcohol. <https://drive.google.com/file/d/1lktptvdu2nsrSpMBMT4FdqBlk8gikz7q/view>
- Janssen, M., M., Mathijssen, J., J., Bon-Martens M.J., Oers, H.A., & Garretsen, H., F. (2014). A qualitative exploration of attitudes towards alcohol, and the role of parents and peer of two alcohol-attitude-based segment of the adolescent population. *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy*, 9(20). <https://substanceabusepolicy.biomedcentral.com/articles/10.1186/1747-597X-9-20>
- Medina, E. & Pozos, P. (2009). Duelo y las etapas de la vida. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 19 (104): 455-469. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352009000200011&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352009000200011&lng=es&tlng=es).
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2020). NIAA: Alcohol Facts and Statistics. <https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/AlcoholFactsAndStats.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>
- Rodríguez-Álvaro, M. (2019). Impacto del duelo complicado. Una lectura a través del lenguaje del cuidado. *Ene*, 13(3), 1338. Epub 24 de febrero de 2020. Recuperado en 14 de noviembre de 2020, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X201900300008&lng=es&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X201900300008&lng=es&tlng=pt)
- Rodríguez-Puente, LA, Navarro-Oliva, EIP, Mendoza, AL, Amaro, JMM, Pacheco-Pérez, LA, & Castillo, MMA (2019). Espiritualidad y consumo de alcohol en alcohólicos anónimos, una revisión sistemática. *Health and Addictions / Salud y Drogas*, 19(2), 111-117. <https://doi.org/10.21134/haaj.v19i2.449>
- Rodríguez, L. A., Villar, M. A., Alonso, M. M., Díaz, L. P., Álvarez, J., Armendáriz, N. A., & Castillo, R. A. (2019). Eventos estresantes, espiritualidad y consumo de alcohol en participantes del programa de 12 pasos de AA. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 24, 641-648. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.06752017>
- Ross, V., Kölves, K., Kunde, L., & De Leo D. (2018). Parents' Experiences of Suicide-Bereavement: A Qualitative Study at 6 and 12 Months after Loss. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(4):618. <https://doi.org/10.3390/ijerph15040618>
- Scott, M., Noh, S., Brands, B., Hamilton, H., Gastaldo, D., Miotto, M., Khenti, A. (2015). Influencia de pares, familia, espiritualidad, entrenamiento y consumo de drogas en esturientes de Universidad de Manabi. *Texto y Contexto Enfermagem*, 24, 154 - 160. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015001180014>
- Solórzano, F, Narváez, A., Alvarado-Villa, G., Silva-Calle, X., Guerrero-Solórzano, J., Poveda-Icaza, X., ... Proaño, C. (2016). La familia y los amigos como riesgo de consumo de alcohol en adolescentes. *Revista Ciencia UNEMI*, 9(17), 85-91. <https://doi.org/10.29076/issn.2528-7737vol9iss17.2016pp85-91p>
- Strauss A, Corbin J. *Basics of Qualitative Research. Techniques and procedures for developing grounded theory*. 2.ed. London: Sage Publications; 1998.
- Vela, F. (2001). Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa. En M. Tarrés (Comp.) *Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social* (pp. 63-95). Flacso. Recuperado de: <https://periferiaactiva.files.wordpress.com/2016/08/vela-peon.pdf>
- Villegas-Pantoja, M. A., Alonso-Castillo, M. M., Alonso-Castillo, B. C., Guzmán-Facundo F. R. (2014). Eventos estresantes y la relación con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Ciencia y Enfermería*, 20(2); 35-46. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000100004>

# A percepção do cuidador informal sobre a hospitalização de familiares com cancro

## *The informal caregiver's perception of the hospitalization of family members with cancer*

## La percepción del cuidador informal sobre la hospitalización de familiares con cáncer

NOÉLIA DOS SANTOS FERREIRA, MÁRIO RUI PEREIRA TEIXEIRA, PAULO SÉRGIO DOS REIS SARAIVA PINA, JÚLIO ALEXANDRE BELO ANDRADE FERNANDES

### Noélia dos Santos Ferreira

Hospitalar de Setúbal - Hospital de São Bernardo. Portugal.  
<https://orcid.org/0000-0003-1761-8811>

### Mário Rui Pereira Teixeira

Universidade Aberta. Portugal.  
mrpt60@gmail.com  
<https://orcid.org/0000-0001-5869-1076>

### Paulo Sérgio dos Reis Saraiva Pina

Universidade de Lisboa. Portugal.  
<https://orcid.org/0000-0002-4665-585X>

### Júlio Alexandre Belo Andrade Fernandes

Universidade do Porto. Portugal.  
<https://orcid.org/0000-0003-4613-7339>

**Contacto principal:** [noelia-sf@hotmail.com](mailto:noelia-sf@hotmail.com)

**Fecha recepción:** 11/12/2023

**Fecha aceptación:** 20/02/2024

**Financiación:** Este trabajo no ha recibido financiación.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflicto de intereses.



**Licencia:** Este trabajo se comparte bajo la licencia de Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons (CC BY-NC-SA 4.0): <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

### Resumo:

**Introdução:** Os doentes oncológicos com necessidade de cuidados paliativos continuam a ser internados em serviços cirúrgicos, onde os enfermeiros estão preparados para cuidar do doente cirúrgico e não para atender as suas necessidades paliativas e as da sua família. Emerge a necessidade de mudança, em que a família deve ser envolvida nos cuidados.

**Objetivos:** Compreender a percepção dos cuidadores familiares sobre as intervenções do enfermeiro no cuidar do doente oncológico com necessidades de cuidados paliativos; descrever as percepções dos familiares relativamente ao apoio e à disponibilidade dos enfermeiros.

**Metodologia:** Estudo qualitativo, com recurso a uma entrevista semiestruturada, aplicada a 10 familiares de doentes oncológicos com necessidade de cuidados paliativos, internados num serviço cirúrgico, cujos resultados foram analisados através da análise de conteúdo.

**Resultados:** Os familiares entrevistados consideram que a dinâmica hospitalar é centrada no curar e que não foram cuidados pelos enfermeiros, não existindo, assim, interesse pelo seu processo experiencial e vivencial.

**Conclusão:** Identificámos fatores facilitadores e dificultadores percecionados pelos familiares aquando do internamento do seu familiar. Pensamos que os resultados deste estudo indicam ser necessária uma mudança na prática de enfermagem, quer em termos de relação de ajuda, quer no próprio cuidar em enfermagem, tendo sempre presente que a família também deve ser cuidada.

**Palavras-chave:** Cuidador informal; cancro; familiar cuidador; cuidados paliativos; necessidades paliativas.

© 2024 Noélia dos Santos Ferreira, Mário Rui Pereira Teixeira, Paulo Sérgio dos Reis Saraiva Pina, Júlio Alexandre Belo Andrade Fernandes

**Citación:** Ferreira, N. dos S., Pereira Teixeira, M. R., Saraiva Pina, P. S. dos R., Andrade Fernandes, J. A. B. (2024). A percepção do cuidador informal sobre a hospitalização de familiares com cancro. *Cultura de los Cuidados*, (68), 21–36. <https://doi.org/10.14198/cuid.22247>



#### **Abstract:**

##### **Introduction:**

Cancer patients in need of palliative care continue to be admitted to surgical services, where nurses are prepared to take care of the surgical patient and not to meet their palliative needs and those of their family. Thus, the need for change emerges, in which the family should be involved in the care and also be considered as a care-receiving unit. Therefore, it is pertinent for nurses to focus their care on the patient-family dyad in a structured and oriented manner for family-oriented problem-solving.

**Objectives:** To understand the perception of family caregivers about nurses' interventions in caring for cancer patients with palliative care needs; describe family members' perceptions of nurses' support and availability.

**Method:** A qualitative study using a semi-structured interview with ten relatives of cancer patients in need of palliative care admitted to a surgical service. The results were analyzed through content analysis.

**Results:** Participants considered that the hospital dynamics are centered on healing and that they were not cared for by nurses, thus not having interest in their experiential and existential process. Conclusion: We identified facilitating and hindering factors perceived

by the family when a sick member was hospitalized. We believe that the results of this study indicate that a change in nursing practice is necessary, both in terms of helping relationships and in nursing care itself, always bearing in mind that the family must also be cared for.

**Keywords:** Informal caregiver; cancer; family caregiver; palliative care; palliative needs.

#### **Resumen:**

**Introducción:** Los pacientes oncológicos con necesidad de cuidados paliativos continúan internados en servicios quirúrgicos, donde las enfermeras están preparadas para cuidar al paciente quirúrgico y no para atender sus necesidades paliativas y las de su familia. Surge la necesidad de cambio, en el cual la familia debe involucrarse en el cuidado.

**Objetivos:** Comprender la percepción de los cuidadores familiares sobre las intervenciones de enfermería en el cuidado de pacientes oncológicos con necesidades de cuidados paliativos; describir las percepciones de los familiares sobre el apoyo y la disponibilidad de los enfermeros.

**Metodología:** Estudio cualitativo, mediante entrevista semiestructurada, aplicada a 10 familiares de pacientes oncológicos con necesidad de cuidados paliativos, internados en un servicio de cirugía, cuyos resultados fueron analizados mediante análisis de contenido.

**Resultados:** Los familiares entrevistados consideran que la dinámica hospitalaria está centrada en la curación y que no fueron atendidos por las enfermeras, por lo que no hay interés en su proceso vivencial y vivencial. Conclusión: Identificamos factores facilitadores y obstaculizadores percibidos por los familiares cuando su pariente fue hospitalizado. Creemos que los resultados de este estudio indican que es necesario un cambio en la práctica de enfermería, tanto en la relación de ayuda como en el propio cuidado de enfermería, siempre teniendo en cuenta que también se debe cuidar a la familia.

**Palabras clave:** Cuidador informal; cáncer; cuidador familiar; cuidados paliativos; necesidades paliativas.

## INTRODUÇÃO

Nos hospitais a cultura organizacional está centrada no curar pelo que, não é adequada aos doentes oncológicos com necessidades paliativas (NP) e aos seus familiares (Sapeta & Lopes, 2007). Por conseguinte, a equipa de saúde, e mais especificamente a equipa de enfermagem, devido ao frequente contacto com a família, tem a responsabilidade de avaliar as necessidades desta, a fim de promover os cuidados mais adequados a cada unidade doente-família, que é única e irrepetível, pelo que as intervenções de enfermagem são essenciais para minimizar o sofrimento da família do doente oncológico com NP e garantir a sua adaptação, com sucesso, às diferentes fases do processo de doença (Areia, Major, Gaspar & Relvas, 2017).

Torna-se necessário que os enfermeiros sejam capazes de explorar as perceções, valores, metas e desafios desde o contato inicial com o doente-família (Mori et al., 2017), e de identificar as suas necessidades, a fim de implementar um plano de intervenção ajustado a cada situação específica, de modo a evitar adversidades inerentes à fase terminal e que, de futuro, a vivência deste processo não resulte em fatores desestabilizadores do luto, mas sim que os familiares desenvolvam mecanismos de aceitação da perda.

Considerando que a unidade recetora de cuidados é sempre o doente-família, os mesmos não devem ser considerados realidades desligadas. A família em CP emerge como o principal prestador de cuidados, assumindo o papel de cuidadores informais (Foley, 2018), ou seja, são pessoas que cuidam de forma regular ou permanente de outras pessoas que estejam numa situação de dependência (Roth, Fredman & Haley, 2015). No entanto, e “*em regra, a família não é considerada em simultâneo com o doente como sujeito dos cuidados.*” (Moreira, 2006, p. 122). Por outro lado, não tem habitualmente apoio informativo e emocional dos profissionais de saúde (Fonseca & Rebelo, 2011).

Surge, assim, a necessidade de mudança de paradigma: a família deve ser envolvida no processo do cuidar e deve ser também ela cuidada. Cuidar do doente implica cuidar da família (Moreira, 2006). Dar reforço positivo aos esforços adaptativos da família, manifestando interesse e preocupação genuínos pelos seus problemas e pelo seu desgaste físico e psicológico, constitui uma oportunidade para prestar apoio emocional, moral e social, bem como facilitar a comunicação (Barbosa & Neto, 2010).

Com intervenções da equipa parece haver melhor controlo sintomático, menor sobrecarga do cuidador, melhoria na coordenação e na continuidade da prestação de cuidados, menos admissões nos serviços de urgência, uma melhor relação custo-benefício e a possibilidade de acautelar que os doentes possam falecer no seu local preferido (Wallerstedt, Benzein, Schildmeijer & Sandgren, 2019). Embora a constituição das equipas de cuidados paliativos (CP) varie, dependendo das necessidades do doente e dos recursos disponíveis, no mínimo há sempre médicos e enfermeiros. Os enfermeiros são o primeiro elo entre a equipa, o doente e a família, pondo em prática o plano de cuidados estabelecido (Spruyt, 2011). Deste modo, têm um papel fundamental, pois prestam cuidados de modo contínuo, numa perspetiva holística do cuidar (Butt, 2021; Danielsen, Sand, Rosland & Førland, 2018). Passar mais tempo com o doente e família permite desenvolver um vínculo e uma relação de confiança. A quantidade de tempo é essencial na construção de relacionamento em CP (Sekse, Hunskaar & Ellingsen, 2018), mas disponibilizar tempo, enquanto intervenção terapêutica de enfermagem, é



extremamente difícil no contexto organizacional dos cuidados de enfermagem hospitalares, pautados por dinâmicas que é preciso cumprir e por uma grande sobrecarga de trabalho.

Apesar dos constrangimentos organizacionais, se existir presença e conexão genuínas entre o enfermeiro e a família, será possível construir um encontro de cuidado, que pode ajudar o familiar a alcançar uma harmonia interior (Holopainen, Kasén & Nystrom, 2014).

Os enfermeiros devem avaliar o que o familiar procura em termos de informação e ter em conta, nomeadamente, o tipo e a quantidade de informação desejada e, em seguida, organizá-la de maneira objetiva e em linguagem simples, para que não seja um processo rotineiro. Assim, gerir a informação é uma componente essencial do cuidar em enfermagem, particularmente relevante em CP (Ribeiro, Leite de Almeida, de Oliveira Reticena, Guimarães Maia & Aparecida Sales, 2014), e não pode ser dissociada da gestão de sentimentos. A partir do momento em que é informado do diagnóstico médico, o cuidador está exposto a um alto nível de stresse e este pode manter-se após a morte do doente. Consequentemente, outra intervenção de enfermagem necessária é a gestão de sentimentos (Antony, George & Jose, 2018; Pinheiro, Martins, Rafael & Lima, 2016; Wang, Molassiotis, Chung & Tan, 2018; Sklenarova et al., 2015).

Por último, importa mencionar a comunicação como instrumento essencial nas intervenções terapêuticas de enfermagem à família. A comunicação é o alicerce que permite favorecer ou dificultar a relação da equipa de saúde com a família (Furtado & Leite, 2017), e o denominador comum de todas as intervenções da equipa, pois só podemos responder corretamente às carências do outro se a comunicação estabelecida for adequada.

Face ao exposto, e dada a natureza dos fatores facilitadores e dificultadores dos familiares, de acordo com a realidade observada em contexto profissional e com as interrogações suscitadas ao longo da revisão da literatura esta pesquisa teve como objetivo compreender a perceção dos familiares sobre os cuidados prestados pelos enfermeiros a doentes oncológicos com NP.

## MÉTODOS

Foi desenvolvido um estudo qualitativo, exploratório, descritivo. Definiu-se como questão de partida: Quais são os fatores facilitadores e dificultadores que os familiares do doente oncológico com NP percebem quando do internamento do seu familiar?

Dada a natureza dos fatores facilitadores e dificultadores dos familiares, de acordo com a realidade observada em contexto profissional e com as interrogações suscitadas ao longo da revisão da literatura, emerge, como objetivo geral deste estudo: Compreender a perceção dos familiares sobre os cuidados prestados pelos enfermeiros a doentes oncológicos com NP e como objetivos específicos: Descrever as perceções dos familiares relativamente à disponibilidade dos enfermeiros e descrever as perceções dos familiares relativamente ao apoio dos enfermeiros.

Para a operacionalização deste estudo optou-se por realizar entrevistas semi-estruturadas a familiares de doentes oncológicos com necessidade de CP internados num hospital da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, com recurso à amostragem não probabilística por conveniência.

O recrutamento foi efetuado entre Junho e agosto de 2019.

Foram definidos como critérios de inclusão: ser cuidador principal de um doente oncológico com necessidade de CP; ter idade superior a 18 anos; coabitar com o doente; falar fluentemente a língua portuguesa, e como critérios de exclusão: casos de doentes oncológicos sem necessidade de CP; familiar sem faculdades intelectuais (estado de orientação e consciência) para obtenção do seu consentimento informal, livre e esclarecido, bem como para responder à entrevista.

Desenvolvemos um guião, tendo por base o referencial teórico e os objetivos da investigação, contendo questões que permitiram obter a caracterização sociodemográfica da amostra e identificar a perspetiva dos participantes acerca do tema em estudo.

Antes de efetuar as entrevistas, foi realizado um pré-teste para testar as questões da entrevista e avaliar a clareza, precisão e concisão das perguntas. O pré-teste foi efetuado a dois familiares com as mesmas características dos sujeitos do estudo e, uma vez que o guião da entrevista não necessitou de alterações, os sujeitos foram incluídos na amostra.

As entrevistas foram realizadas pela investigadora principal, em horário acordado com os entrevistados, de forma personalizada, numa sala da área técnica do serviço, que proporcionou um ambiente tranquilo e promoveu a livre expressão dos entrevistados (Fortin, 2009). Tiveram entre 30 a 60 minutos de duração e assegurou-se a privacidade dos participantes, foram gravadas e transcritas.

Nesta pesquisa, a técnica de análise de conteúdo escolhida foi a categorial temática, tendo-se concretizado o processo de formação das categorias segundo os critérios propostos por Bardin (2018). A codificação, foi efetuada com recurso ao software webQDA®.

Este estudo teve em conta o respeito pelas questões éticas, com vista à proteção dos direitos e liberdades do ser humano.

Garantiu-se igualmente o respeito ao anonimato dos entrevistados. Outra preocupação foi preservar a confidencialidade dos dados recolhidos, pelo que a cada entrevistado foi atribuído um número, de acordo com a realização das entrevistas (Exemplo: E1, E2,...), sendo que a correspondência entre o nome e a entrevista só é conhecida pela investigadora principal.

## RESULTADOS

Ao longo da inclusão dos sujeitos e da realização das entrevistas observou-se a saturação dos dados. A amostra foi constituída por 10 familiares, dos quais 40,0% eram do sexo masculino, com idades média 54,3 anos, sendo que 90% dos entrevistados são casados, 50% têm o 12º ano de escolaridade e 30% não trabalham.

Da análise de conteúdo emergiram duas dimensões e quatro categorias representadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Codificação considerando o corpus obtido

Dimensão	Categorias	Sub-categorias
Prática de Enfermagem	Cuidar em enfermagem	Cuidados à boca Alimentação Posicionamentos
	Enfermagem paliativa	Défice na formação Não envolvência do familiar no cuidar Comunicação ineficaz
	Relação de ajuda	Falta de informação Indisponibilidade Falta de apoio
Equipa e organização	Alocação de recursos	Falta de tempo Rotatividade dos enfermeiros

#### *subcategoria cuidados à boca*

No que se refere à subcategoria cuidados à boca, os familiares verbalizaram que muitos enfermeiros não estão despertos para este cuidado e manifestaram a sua preocupação. Com efeito, verifica-se que os cuidados à boca não são prestados pela maioria dos enfermeiros, como se pode confirmar nos discursos:

“*Havia uma enfermeira apenas que tratava da boca do meu pai (...)*” (E3).

“*(...) só uma enfermeira é que tratava da boca dele (...)*” (E5).

#### *subcategoria alimentação*

Os momentos das refeições são muitas vezes ansiogénicos para o familiar e escolher uma dieta para o doente é um verdadeiro desafio. Os familiares dão muita relevância aos momentos em que o doente não quer comer, ou mesmo quando diminui o seu aporte alimentar.

“*(...) Custava-me muito ele não comer*” (E4).

“*Outro aspeto, foi o do saber se ele tinha comido ou não. Senti muita dificuldade nisso (...)*” (E5).

#### *subcategoria posicionamentos*

Verificámos que os cuidadores informais tiveram dificuldades em posicionar o seu familiar. Os enfermeiros posicionavam o doente mas, em regra, não ensinavam aos familiares as estratégias para executar este cuidado, apesar de alguns pretenderem aprender como se pode verificar nos discursos:

“*Foi na questão de movimentar o doente (...)*” (E1).

“(...) virá-lo para um lado e para o outro, eu não sabia como fazer (choro)” (E2).

“(...) já nem podia puxá-lo, posicioná-lo (...) . (...), era muito difícil, muito complicado (choro)” (E5).

### *subcategoria défice de formação na área*

Um familiar refere ser pertinente e essencial a formação em CP:

“Se calhar a equipa de enfermagem devia ter (...) outra preparação, outra formação (...)”.

Menciona ainda que, por se tratar de um serviço cirúrgico, os enfermeiros estão habilitados para a prestação de cuidados ao doente cirúrgico e não propriamente ao doente com NP.

“O meu pai esteve num serviço cirúrgico onde os enfermeiros (...) trabalham focados para o doente operado (...)” (E4).

### *subcategoria não envolvimento do familiar no cuidar*

Verificou-se que os enfermeiros não estavam recetivos à participação do familiar na prestação de cuidados, e, por vezes, até lhe pediam para sair da unidade do doente quando iam prestar algum tipo de cuidado de higiene ou de posicionamentos, uma das cuidadoras refere:

“Nunca foi dada (...) abertura para participarmos nos cuidados. Participar assim na higiene ou no virar ou levantar nunca participei” (E9).

### *subcategoria comunicação ineficaz*

A comunicação não foi adequadamente utilizada, dado que os familiares manifestaram necessidades a esse nível, apesar de a comunicação ser a principal ferramenta terapêutica que os enfermeiros dispõem, três dos familiares salientam:

“Muita falha na comunicação connosco (...)” (E1).

“Podiam estar mais disponíveis para falarem com os familiares” (E2).

“(...) mas eu estava ali todos os dias e não falavam comigo” (E6).

### *subcategoria falta de informação*

Os familiares tiveram dificuldade em obter informação, muito embora seja um direito dos doentes e familiares e um dever da equipa de saúde, tal como referiram 3 dos familiares entrevistados:

“(...) considero que falta muita informação” (E1).

“Podiam ser mais disponíveis para falar com os familiares (...)” (E2).

*“(...) foi mais a informação (...) e nos esclarecerem de muitas dúvidas que nós tínhamos” (E3).*

No contexto estudado verificou-se que os enfermeiros utilizavam estratégias de fuga quanto ao processo informativo, centralizando no médico eventuais esclarecimentos de dúvidas das famílias.

*“(...) quando perguntava às enfermeiras era só para elas me explicarem como ele estava, como tinha passado, mas mandavam-me sempre para o médico (...)” (E5).*

*“Só queria saber como ele tinha passado e mandavam-me para o médico. Tem que falar com o médico, era o que me diziam” (E8).*

*“Relativamente às dúvidas, quase sempre mandavam-me falar com o médico, não me davam respostas às minhas perguntas” (E9).*

*“(...) retraíam-se sempre muito diziam apenas bem e mandavam-me falar com o médico” (E10).*

Constatou-se que a informação sobre os cuidados, o tratamento e a doença são as principais necessidades dos familiares que não são atendidas.

### *subcategoria indisponibilidade*

Os familiares referem indisponibilidade dos enfermeiros quanto ao esclarecimento de dúvidas, tal como refere:

*“(...) quando perguntava às enfermeiras era só para elas me explicarem como ele estava (...) mas mandavam-me sempre para o médico (...)” (E5).*

Seis entrevistados mencionaram que os enfermeiros os direccionavam para o médico, não se mostrando disponíveis para perceber as suas necessidades, como é evidente nos seguintes comentários:

*“Só queria saber como ele tinha passado e mandavam-me para o médico. Tem que falar com o médico, era o que me diziam” (E8).*

*“Relativamente às dúvidas, quase sempre mandavam-me falar com o médico, não me davam respostas às minhas perguntas” (E9).*

Além destes constrangimentos, dois familiares realçam a importância da relação entre o enfermeiro e o doente:

*“(...) O estarem mais presentes e falarem com o doente” (E3).*

*“Falarem um bocadinho com ela. Mais presentes (...)” (E10).*

### *subcategoria falta de apoio*

Os familiares verbalizaram que os enfermeiros deveriam avaliar se eles precisariam de apoio, de acompanhamento, de atenção, de conforto ou até de um abraço. Neste estudo verificou-se que os familiares não tiveram apoio dos enfermeiros:

*“(...) senti-me (...) abandonado, não houve uma preocupação em saber como eu estava” (E6).*

*“Não há uma pergunta de como está? Como está a encarar esta situação?” (E9).*

### *subcategoria falta de tempo*

No que se refere à subcategoria falta de tempo, os familiares relataram que a equipa de enfermagem não tinha tempo para conversar com eles, tal como se pode constatar nas seguintes asserções:

*“Andavam sempre muito atarefados” (E6).*

*“(…), é quase sempre a fugir, é tudo muito rápido, há falta de tempo (...), as enfermeiras deviam ter tempo para acompanhar os familiares da pessoa doente” (E9).*

*Um familiar evidencia ainda o facto de pedir ajuda e demorar muito tempo a recebê-la, como comenta “(...) às vezes chamávamos e só passados 30 minutos é que vinha alguém” (E8).*

### *subcategoria Rotatividade*

Observa-se que dois familiares mencionam preocupação por não existir uma continuidade de cuidados relativamente ao seu familiar, os enfermeiros não permanecem fixos nas salas:

*“Outro aspeto que gostaria que tivesse sido diferente foi a continuidade do enfermeiro que cuida do doente, penso que isso é muito importante, para conhecer melhor as limitações do doente e para o contacto com a família” (E3).*

*“(...) um dia era uma, outro dia era outra e era difícil” (E4).*

Neste estudo identificámos fatores dificultadores e facilitadores no processo de prestação de cuidados de enfermagem à díade doente-família, sendo que os fatores dificultadores foram os que mais se evidenciaram; nomeadamente: a quase ausência de cuidados à boca; as dificuldades dos familiares nos posicionamentos; a formação dos enfermeiros em CP, descrita pelos familiares como deficitária; a inexistência de envolvimento da família na prestação de cuidados, o que condicionou a sua contribuição para um cuidado mais sensível; a deficiente comunicação, princípio basilar da prestação de cuidados, e que assume um valor extraordinariamente relevante em CP; a diminuta informação dada pelos enfermeiros, que a centralizavam no médico, ao invés de indagar qual a informação pretendida pelos familiares; a falta de apoio dos enfermeiros, que segundo os familiares deveriam avaliar as suas necessidades de apoio e de conforto; a falta de tempo dos enfermeiros para conversar com os familiares, o que reduziu a possibilidade de criar uma relação de confiança; a falta de uma continuidade de

cuidados por os enfermeiros não estarem fixos nas salas, constituindo-se como um obstáculo ao desenvolvimento da relação de ajuda.

## DISCUSSÃO

No que se refere à subcategoria cuidados à boca, verifica-se que os mesmos não são prestados pela maioria dos enfermeiros. Estes não os consideram prioritários e a sua prestação é pouco sistemática. É frequente surgir afeções bucais, tais como a xerostomia e a mucosite pelo que é crucial a elaboração de protocolos de atuação adequados aos diferentes contextos, de modo a evitar ou minimizar o aparecimento das mesmas (Gomes, 2017).

Relativamente à subcategoria alimentação, apurou-se ser um assunto muito valorizado pelos familiares que dão muita relevância aos momentos em que o doente não quer comer, ou mesmo quando diminui o seu aporte alimentar. Deste modo, para os poder ajudar, é essencial perceber junto dos familiares, o significado que as alterações alimentares têm, e abordar o assunto, a fim de atenuar as suas preocupações e a tomar decisões que envolvam o doente, a família e a equipa de saúde (Pinto, 2012; Resende, 2009).

Quanto à subcategoria posicionamentos, verificámos que os cuidadores informais tiveram dificuldades em posicionar o seu familiar. Esta Atividade de Vida (Mover-se), tem enormes alterações no doente oncológico em CP devido a (...) “*cansaço, edema dos membros inferiores, diminuição da sensibilidade dos membros superiores e inferiores, dores às mobilizações e acamados*” (Andrade, 2009, p.113.). A principal razão para posicionar os doentes em situação paliativa prende-se com o facto de surgirem facilmente úlceras por pressão.

Na subcategoria défice de formação na área, apurámos que a falta de formação e de compreensão dos profissionais de saúde sobre os CP constitui uma grande barreira para a melhoria da assistência à díade doente-família (Sekse, Hunskår & Ellingsen, 2018). De salientar que neste estudo, realizado num serviço cirúrgico, nenhum enfermeiro tem formação em CP e o seu saber é meramente empírico, resultante das experiências que vão tendo na prestação de cuidados aos doentes oncológicos com NP.

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental no cuidado à pessoa em fim de vida, mas para que o cuidado atinja a qualidade desejada é necessário que estes desenvolvam conhecimentos e capacidades que permitam intervir na área de CP (Dehghani, Barkhordari-Sharifabad, Sedaghati-Kasbakh & Fallahzadeh, 2020). A formação em CP é essencial, e deve ser englobada na formação pré-graduada dos cursos de formação dos profissionais de saúde. Deve ser também desenvolvida a oferta formativa a nível pós-graduado, permitindo assim, que os profissionais de saúde atinjam o nível de perícia necessário para desenvolver cuidados de excelência à pessoa com NP (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2021).

Relativamente à subcategoria não envolvência do familiar no cuidar, neste estudo verificou-se que os enfermeiros não estavam recetivos à participação do familiar na prestação de cuidados, e, por vezes, até lhe pediam para sair da unidade do doente quando iam prestar algum tipo de cuidado de higiene ou de posicionamentos. Estes resultados estão

em consonância com os achados identificados por Moreira (2006), os quais apontam para uma lacuna nos cuidados prestados pelos enfermeiros, ao não considerarem a família como alvo dos seus cuidados. É imperativo que a equipa de enfermagem envolva os familiares nos cuidados, de modo a que os mesmos se sintam acolhidos. Um dos estudos consultados, evidência que quando o mesmo não acontece, a família poderá dificultar o processo do cuidar (Pires et al., 2013). Pelo que é prioritário fomentar a permanência da família no serviço, assim como promover a sua participação nos cuidados ao doente, de modo a que possam desenvolver estratégias adaptativas e encontrem um ponto de equilíbrio (Fonseca, Martins, Piteira, Carvalho & Pereira, 2008).

Também a comunicação é essencial no processo de cuidar, constituindo-se como o principal instrumento terapêutico (Xue & Heffernan, 2021). Neste estudo, verificou-se que a comunicação não foi adequadamente utilizada, dado que os familiares manifestaram necessidades a esse nível, apesar de a comunicação ser a principal ferramenta terapêutica que os enfermeiros dispõem (Phaneuf, 2005). É primordial criar uma comunicação eficaz com a família, reduzindo quando possível barreiras à comunicação, a fim de promover o envolvimento do familiar nos cuidados. Além disso, a comunicação tem que ser sempre baseada na verdade, para que não ocorram falsas esperanças.

Quanto à subcategoria falta de informação, verificou-se que os familiares tiveram dificuldade em obtê-la, muito embora seja um direito dos doentes e familiares e um dever da equipa de saúde (Moreira, 2006). No contexto estudado verificou-se que os enfermeiros utilizavam estratégias de fuga quanto ao processo informativo, centralizando no médico eventuais esclarecimentos de dúvidas das famílias. A informação sobre os cuidados, o tratamento e a doença são as principais necessidades dos familiares que não são atendidas (Wang et al., 2018). Em resumo, dar informação que permita às famílias tomar decisões fundamentadas, é um comportamento profissional indispensável e uma componente essencial do cuidar. As famílias reclamam o direito a uma informação congruente com as suas capacidades de ajustamento psicossocial, e portanto é indispensável perceber que informação realmente pretendem e, em articulação multidisciplinar, dar informação estruturada e congruente, de modo contínuo e sistemático (Aziz, Grady & Curtis, 2013; Dehghani et al., 2020).

Relativamente à subcategoria indisponibilidade, constatámos que os enfermeiros se mostraram pouco disponíveis para atender às dúvidas e necessidades dos familiares. A literatura vai ao encontro da realidade retratada nas entrevistas. Os familiares reconhecem que as equipas se mostraram indisponíveis por estarem sobrecarregadas de trabalho (Marchi, de Paula, Girardon-Perlini & Sales, 2016; Robinson, Gott & Ingleton, 2014). No entanto, não devemos excluir que a indisponibilidade também pode ser uma estratégia usada pelos enfermeiros de modo a se protegerem emocionalmente (Gill & Duffy, 2013).

Por sua vez, na subcategoria falta de apoio verificou-se que os familiares não tiveram grande apoio dos enfermeiros. Neste sentido, concordamos com, a afirmação que “*o papel dos profissionais de saúde é de escutar e apoiar continuamente os cuidadores a fim de os ajudar a assumir o seu papel e a superar as suas dificuldades*” (Moreira, 2006, p.122). Como tal, também é essencial que a família seja considerada como recetora de cuidados (Ateş et al., 2018; Moreira, 2006).



A evidência demonstra que existem falhas dos profissionais de saúde no apoio aos cuidadores da pessoa com NP, nomeadamente a nível informacional e psicológico (Sklenarova et al., 2015). Vários autores destacam a importância de apoiar as famílias cuidadoras. Estas precisam de ser tratadas com atenção especial (Farinhas, Wendling & Dellazzana-Zanon, 2013), de ter apoio emocional, psicossocial e espiritual (Pinheiro et al., 2016; Silva et al., 2016; Wang et al., 2018).

Em síntese, é indispensável que a equipa de enfermagem desenvolva intervenções de apoio e de orientação aos familiares (Ramalho, Silva, Mangueira, Lucena & Pinto, 2018). Para atingir este desiderato é imprescindível que os enfermeiros compreendam as experiências e as vivências do familiar cuidador (Antony, George & Jose, 2018).

No que se refere à subcategoria falta de tempo, os familiares relataram que a equipa de enfermagem não tinha tempo para conversar com eles. A literatura aponta que uma das maiores dificuldades na melhoria dos CP está relacionada com o tempo disponível por parte da equipa de enfermagem. A falta de tempo tem um impacto negativo sobre os doentes e sobre a capacidade dos enfermeiros criarem um clima de intimidade (Sekse, Hunskår & Ellingsen, 2018), e é um importante obstáculo no desenvolvimento dos CP (Wittenberg, Reb & Kanter, 2018). Por outro lado, o aumento constante da carga de trabalho dos enfermeiros leva a que tenham menos tempo para cuidar e a fatores destrutivos na relação com o doente e família, nomeadamente ao nível da comunicação (Moreira, Ferreira & Junior, 2012; Sekse, Hunskår & Ellingsen, 2018). Em síntese, comunicar com os familiares é uma parte importante dos CP, mas verificamos neste estudo que a comunicação se mantinha ao nível fático (Burnard, 2003). Além da falta de tempo, as tarefas burocráticas e a sobrecarga de trabalho dificultam aos enfermeiros o aperfeiçoamento da sua comunicação com os familiares e a participação nas discussões necessárias entre a equipa de saúde.

Por último, e no que respeita à subcategoria Rotatividade esta situação é referida na literatura e também vivenciada na nossa atividade profissional. Assim, cremos poder identificar como fatores limitadores da continuidade de cuidados a perspetiva técnico-instrumental do cuidar, a dinâmica organizacional e a gestão dos cuidados. Na perspetiva técnico-instrumental, o cuidado de enfermagem é sobretudo executar técnicas, o que significa fragmentar o corpo humano, distanciar-se da pessoa e não reconhecer as suas singularidades. Importa também acentuar que por vezes os hospitais não são adequados para prestar cuidados a doentes em fim de vida, existindo dificuldade na abordagem às famílias e na tomada de decisão de forma adequada à situação (Machado, Reis-Pina, Mota & Marques, 2018).

### *Limitações*

Este estudo tem limitações associadas ao método, técnica de colheita e análise de dados. Tal como em outros estudos qualitativos baseados na colheita de dados através de entrevistas, existe a possibilidade dos relatos efetuados pelos participantes não refletirem o que efetivamente pensam e sentem. Esta situação pode derivar do facto do seu familiar estar internado e sentirem a necessidade de relatarem uma opinião mais favorável, ou simplesmente do facto de poder existir falta de confiança em garantir o anonimato ou a proteção da identidade. Contudo, considera-se improvável que tal tenha ocorrido, pois os dados identificados surgiram dos relatos de vários participantes. Outra limitação desta investigação prende-se com a sua transferibilidade, pois envolve uma amostra relativamente pequena.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo identificámos fatores dificultadores e facilitadores no processo de prestação de cuidados de enfermagem à díade doente-família.

Os fatores dificultadores foram os que mais se evidenciaram, o que demonstra, de modo evidente, que a família não foi considerada como sujeito dos cuidados, não foi ajudada a cumprir a sua função cuidadora e não foram devidamente colmatadas as suas necessidades. Não se vislumbrou, assim, o princípio que afirma que a essência dos cuidados paliativos é a associação entre a equipa de cuidados e o doente e a sua família. De forma geral, os enfermeiros não foram elementos facilitadores para as famílias na vivência do processo de doença do familiar internado.

A doença oncológica afeta o doente e a sua família, pelo que as alterações e exigências que a doença impõe afetam todos os membros, sobretudo os que cuidam do doente. Por esta razão, é importante que os enfermeiros compreendam as experiências vividas pelos familiares cuidadores de doentes oncológicos com NP para que melhorem o apoio, a orientação e a educação prestada a esses cuidadores.

Considerando que a Enfermagem tem como objeto de estudo as respostas humanas aos problemas de saúde das pessoas e aos processos transicionais vividos pelas famílias ao longo da trajetória da doença oncológica, ressalta deste estudo a imperiosa necessidade de que os enfermeiros devem realizar as suas intervenções sustentadas na relação de ajuda, ajudando as famílias a lidar com as dificuldades e desafios, a fim de lhes oferecer segurança e ampliar o seu sentimento de bem-estar.

Os resultados deste estudo indicam ser necessária uma mudança na prática de cuidados de enfermagem, quer em termos de relação de ajuda e comunicação, quer no próprio cuidar em enfermagem, tendo sempre em conta que a família também deve ser cuidada. Os resultados apontam para a necessidade de formação em CP, de modo a dotar os enfermeiros com conhecimentos e capacidades para um cuidado holístico aos doentes oncológicos com NP e suas famílias. Para que tal aconteça, os cursos de licenciatura em enfermagem devem abordar nos seus conteúdos programáticos a área dos CP. Também a nível pós-graduado devem ser desenvolvidos programas de formação que permitam que os enfermeiros se tornem peritos na área de CP.

## REFERÊNCIAS

- Andrade, G., Pedroso, V., Weykamp, J., Soares, L., Siqueira, H., & Yasin, J. (2019). Cuidados paliativos e a importância da comunicação entre o enfermeiro e paciente, familiar e cuidador. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 11(3), 713-717. [http:// dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.713-717](http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.713-717).
- Antony, L., George, L. S., & Jose, T. T. (2018). Stress, Coping, and Lived Experiences among Caregivers of Cancer Patients on Palliative Care: A Mixed Method Research. *Indian journal of palliative care*, 24(3), 313–319. [https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC\\_178\\_17](https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_178_17)

- Areia, N. P., Major, S., Gaspar, C., & Relvas, A. P. (2017). Cuidados paliativos oncológicos em contexto de internamento e domiciliário: Necessidades, morbidade psicológica e luto antecipatório nos familiares do doente terminal e impacto na qualidade de vida familiar. *Psychologica*, 60(2), pp.27-44. [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.14195/1647-8606\\_60-2\\_2](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.14195/1647-8606_60-2_2)
- Ateş, G., Ebenau, A. F., Busa, C., Csikos, Á., Hasselaar, J., Jaspers, B., Menten, J., Payne, S., Van Beek, K., Varey, S., Groot, M., & Radbruch, L. (2018). "Never at ease" - family carers within integrated palliative care: a multinational, mixed method study. *BMC palliative care*, 17(1), 39. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0291-7>
- Aziz, N. M., Grady, P. A., & Curtis, J. R. (2013). Training and career development in palliative care and end-of-life research: opportunities for development in the U.S. *Journal of pain and symptom management*, 46(6), 938–946. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.02.008>
- Barbosa, A. (2010). Espiritualidade. In Barbosa, A. & Neto, I. (eds.) Manual de Cuidados Paliativos. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos e Centro de Bioética.
- Bardin, L. (2018). Análise de conteúdo. Lisboa, Edições 70.
- Burnard P. (2003). Ordinary chat and therapeutic conversation: phatic communication and mental health nursing. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 10(6), 678–682. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00639.x>
- Butt, C. (2021). Aspects of Palliative Care Nursing in the Time of COVID-19. *Aquichan*, 21(1), e2111. <https://doi.org/10.5294/aqui.2021.21.1.1>
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2021). Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos 2021-2022. Lisboa, Ministério da Saúde.
- Danielsen, B. V., Sand, A. M., Rosland, J. H., & Førland, O. (2018). Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care - a qualitative study. *BMC palliative care*, 17(1), 95. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0350-0>
- Dehghani, F., Barkhordari-Sharifabad, M., Sedaghati-Kasbakh, M., & Fallahzadeh, H. (2020). Effect of palliative care training on perceived self-efficacy of the nurses. *BMC palliative care*, 19(1), 63. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00567-4>
- Farinhas, G., Wendling, M., & Dellazzana-Zanon, L. (2013). Impacto psicológico do diagnóstico de câncer na família: um estudo de caso a partir da percepção do cuidador. *Pensando Famílias*, 17(2), 111-129.
- Foley, G. (2018). The supportive relationship between palliative patients and family caregivers. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 8, 184-186. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2017-001463>
- Fonseca, C., Martins, S., Piteira, R., Carvalho, L. & Pereira, B. (2008). Cuidar da família do doente terminal. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 15, 19-27.
- Fonseca, J. & Rebelo, T. (2011). Necessidades de cuidados de enfermagem do cuidador da pessoa sob cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(1), 180-184.
- Fortin, M. F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Editora Lusodidacta.
- Furtado, M. & Leite, D. (2017). Cuidados paliativos sob a ótica de familiares de pacientes com neoplasia de pulmão. *Interface: Communication, Health, Education*, 21(63), 969-980. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0582>
- Gill, F., & Duffy, A. (2010). Caring for cancer patients on non-specialist wards. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 19(12), 761–767. <https://doi.org/10.12968/bjon.2010.19.12.48654>
- Gomes, J. (2017). Cuidados à boca ao doente em fase paliativa: envolvimento dos enfermeiros. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos.

- Holopainen, G., Kasén, A. & Nyström, L. (2014). The space of togetherness: a caring encounter. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(1), 186-192. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01090.x>
- Machado, S.; Reis-Pina, P.; Mota, A. & Marques, R. (2018). Morrer num serviço de medicina interna: as últimas horas de vida. *Medicina Interna*, 25(4), 286-292. <https://doi.org/10.24950/rspmi/original/90/4/2018>.
- Marchi, J., de Paula, C., Girardon-Perlini, N., & Sales, C. (2016). Significado de ser-cuidador de familiar com câncer e dependente: contribuições para a palição. *Texto Contexto Enfermagem*, 25(1):e0760014. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016007600014>
- Moreira, I. (2006). O doente terminal em contexto familiar: uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família. Coimbra: Formasau.
- Moreira, L., Ferreira, R., & Junior, A. (2012). Discussão de protocolo para cuidadores de pacientes com câncer em cuidados paliativos. *Paidéia*, 22(53), 383-392. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-43272253201310>.
- Mori, M., Yoshida, S., Shiozaki, M., Baba, M., Morita, T., Aoyama, M., ... Miyashita, M. (2017). Talking About Death With Terminally-Ill Cancer Patients: What Contributes to the Regret of Bereaved Family Members?. *Journal of pain and symptom management*, 54(6), 853–860. e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.02.021>
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência.
- Pinheiro, M., Martins, F., Rafael, C., & Lima, U. (2016). Paciente oncológico em cuidados paliativos: a perspectiva do familiar cuidador. *Revista de enfermagem UFPE on line*, 10(5), 1749-1755.
- Pinto, F. (2012). Alimentação em final de vida: a opinião dos enfermeiros. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos
- Pires, L., Vargas, M., Vieira, R., Ramos, F., Ferrazzo, S., & Bitenco, J. (2013). Relação entre equipe de enfermagem e família de pessoas em cuidados paliativos. *Enfermagem em Foco*, 4(1), 54-57. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2013.v4.n1.504>
- Reigada, C., Pais-Ribeiro, J., Novellas, A. & Pereira, J. (2014). O suporte à família em cuidados paliativos. *Textos & Contextos*, 13(1), 159-169. <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2014.1.16478>
- Resende, A. (2009). Alimentar no final da vida: transição do familiar cuidador para a recusa alimentar. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: Universidade Aberta.
- Ribeiro, A., Leite de Almeida, C., de Oliveira Reticena, K., Guimarães Maia, M., & Aparecida Sales, C. (2014). A enfermagem no cuidado paliativo domiciliar: o olhar do familiar do doente com câncer. *Rev Rene*, 15 (3), pp. 499-507. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000300015>
- Robinson, J., Gott, M., & Ingleton, C. (2014). Patient and family experiences of palliative care in hospital: what do we know? An integrative review. *Palliative medicine*, 28(1), 18–33. <https://doi.org/10.1177/0269216313487568>
- Roth, D., Fredman, L., & Haley, W. (2015). Informal Caregiving and Its Impact on Health: A Reappraisal From Population-Based Studies, *The Gerontologist*, 55(2), 309–319. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu177>
- Lopes, M. (2007). Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro doente. *Revista de Enfermagem Referência*, II(4), 35-57.
- Sekse, R., Hunskår, I., & Ellingsen, S. (2018). The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *Journal of clinical nursing*, 27(1-2), e21–e38. <https://doi.org/10.1111/jocn.13912>

- Silva, R., Santos, R., Evangelista, C., Marinho, C., Lira, G., & Andrade, M. (2016). Atuação da equipe de enfermagem sob a ótica de familiares de pacientes em cuidados paliativos. *Revista Mineira de Enfermagem*, 20 e983. <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160053>
- Sklenarova, H., Krümpelmann, A., Haun, M. W., Friederich, H. C., Huber, J., Thomas, M., ... Hartmann, M. (2015). When do we need to care about the caregiver? Supportive care needs, anxiety, and depression among informal caregivers of patients with cancer and cancer survivors. *Cancer*, 121(9), 1513–1519. <https://doi.org/10.1002/cncr.29223>
- Spruyt O. (2011). Team networking in palliative care. *Indian journal of palliative care*, 17(Suppl), 17–19. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.76234>
- Wallerstedt, B., Benzein, E., Schildmeijer, K., & Sandgren, A. (2019). What is palliative care? Perceptions of healthcare professionals. *Scandinavian journal of caring sciences*, 33(1), 77–84. <https://doi.org/10.1111/scs.12603>
- Wang, T., Molassiotis, A., Chung, B., & Tan, J. Y. (2018). Unmet care needs of advanced cancer patients and their informal caregivers: a systematic review. *BMC palliative care*, 17(1), 96. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0346-9>
- Wittenberg, E., Reb, A., & Kanter, E. (2018). Communicating with patients and families around difficult topics in cancer care using the COMFORT communication curriculum. *Seminars in Oncology Nursing*, 34(3), 264-273. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2018.06.007>
- Xue, W., & Heffernan, C. (2021). Therapeutic communication within the nurse-patient relationship: A concept analysis. *International journal of nursing practice*, 27(6), e12938. <https://doi.org/10.1111/ijn.12938>

# Salud Mental en enfermeras al cuidado de pacientes en área COVID: estudio de caso

## *Mental Health in nurses caring for patients in the COVID area: case study*

## Saúde mental dos enfermeiros que prestam cuidados a doentes na área da COVID: um estudo de caso

IVÁN ULIANOV JIMÉNEZ-MACÍAS, EUDES JAIRO MEDINA MENDOZA, GUILLERMO SILVA-MAGAÑA

### Iván Uliánov Jiménez-Macías

Universidad de Colima. México.

[ulianov@ucol.mx](mailto:ulianov@ucol.mx)

<https://orcid.org/0000-0003-3333-8107>

### Eudes Jairo Medina Mendoza

Universidad de Colima. México.

[jairo\\_medina@ucol.mx](mailto:jairo_medina@ucol.mx)

<https://orcid.org/0000-0002-2220-0586>

### Guillermo Silva-Magaña

Universidad de Colima. México.

[simaguleq@ucol.mx](mailto:simaguleq@ucol.mx)

<https://orcid.org/0000-0001-5244-3653>

**Fecha recepción:** 10/12/2023

**Fecha aceptación:** 11/02/2024

**Financiación:** Este trabajo no ha recibido financiación.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflicto de intereses.



**Licencia:** Este trabajo se comparte bajo la licencia de Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons (CC BY-NC-SA 4.0): <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

© 2024 Iván Uliánov Jiménez-Macías,  
Eudes Jairo Medina Mendoza, Guillermo  
Silva-Magaña

### Resumen:

La enfermería es la labor que abarca la atención autónoma a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, la principal característica y esencia es el cuidado, implica establecer una relación de comprensión y acompañamiento de manera integral, convirtiéndolos en los principales cuidadores formales en la asistencia, lo que pone de manifiesto la necesidad de mirar su salud mental y bienestar del personal de enfermería. El objetivo fue describir el impacto en la salud mental de un profesional de la enfermería en la atención a pacientes del área COVID en tiempos de pandemia, en el periodo 2022-2023. Se realizó un estudio cualitativo, primero mediante el análisis documental y posteriormente mediante el método fenomenológico, descriptivo con base en el estudio de caso, considerando la temporalidad en tres momentos, antes, durante y después de la pandemia por COVID. Los hallazgos dan constancia, de cambios e impactos a nivel biológico, psicológico, social y espiritual que derivan en afectaciones en salud mental que se experimentaron, y, por otro lado, de la escasez acciones para dotar a los profesionales de la salud de un acompañamiento, capacitación y sensibilización en salud mental para la mejora de su labor y bienestar personal.

**Palabras clave:** Salud mental; enfermería; atención; pacientes; área COVID.

### Abstract:

Nursing is the work that encompasses autonomous care to people of all ages, families, groups and communities, the main characteristic and essence is care, it involves establishing a relationship of understanding and accompaniment in a

**Citación:** Jimenez-Macías, I. U., Medina-Mendoza, E. J., & Silva-Magaña, G. (2024). Salud Mental en enfermeras al cuidado de pacientes en área COVID: estudio de caso. *Cultura de los Cuidados*, (68), 37–60. <https://doi.org/10.14198/cuid.26125>



comprehensive manner, making them the main formal caregivers in assistance, which highlights the need to look at their mental health and well-being of the nursing staff. The objective was to describe the impact on the mental health of a nursing professional in the care of patients in the COVID area in times of pandemic, in the period 2022-2023. A qualitative study was conducted, first through documentary analysis and then through the phenomenological method, descriptive based on the case study, considering the temporality in three moments, before, during and after the COVID pandemic. The findings provide evidence of changes and impacts at the biological, psychological, social and spiritual levels that result in mental health affectations that were experienced, and, on the other hand, of the scarcity of actions to provide health professionals with accompaniment, training and sensitization in mental health to improve their work and personal wellbeing.

**Keywords:** Mental health; nursing; care; patients; COVID area.

**Resumo:**

A enfermagem é o trabalho que engloba o cuidado autônomo a pessoas de todas as idades, famílias, grupos e comunidades, a principal característica e essência é o cuidado, envolve o estabelecimento de uma relação de compreensão e acompanhamento de forma integral, tornando-os os principais cuidadores formais no cuidado, o que destaca a necessidade de olhar para sua saúde mental e bem-estar da equipe de enfermagem. O objetivo foi descrever o impacto na saúde mental de um profissional de enfermagem no cuidado de pacientes na área da COVID em tempos de pandemia, no período de 2022-2023. Realizou-se um estudo qualitativo, primeiro por meio de análise documental e depois pelo método fenomenológico, descritivo baseado no estudo de caso, considerando a temporalidade em três momentos, antes, durante e após a pandemia da COVID. Os achados evidenciam mudanças e impactos a nível biológico, psicológico, social e espiritual que conduzem às afetações de saúde mental vivenciadas e, por outro lado, a escassez de ações de acompanhamento, formação e sensibilização em saúde mental para os profissionais de saúde, com vista à melhoria do seu trabalho e bem-estar pessoal.

**Palavras-chave:** Saúde mental; enfermagem; cuidados; pacientes; área COVID.

## INTRODUCCIÓN

El mundo físico que rodea al ser humano es interpretado por este con base a las premisas de su propia cultura. Así pues, existe entre nosotros una entidad dual: el ambiente físico, y nuestro ambiente sociocultural; este último nos permite observar e interpretar, basándonos en los conocimientos adquiridos en el proceso de nuestra aculturación, aquellos aspectos del medio que nos rodea. El conocimiento científico, los estudios empíricos y de tipo experimental, nos indican la existencia de relaciones causa-efecto de los fenómenos observados. Sin embargo, para el individuo cuya cultura difiere de la nuestra, el establecimiento de relaciones causa-efecto se basa en premisas culturales de tipo tradicional, cuya comprobación no exige la prueba, sino simplemente la suposición de una posible relación (Silva, 2011).

En párrafos posteriores haremos referencia del respeto al otro, a partir de su cultura, si bien la cultura también puede ser vista como diversidad en el espacio y en el tiempo. Dichas culturas tienen la capacidad de ser descritas. Esto es la fenomenología, con la que puede haber una línea invisible entre la antropología. Al haber diversidad se genera (o debería generarse) el valor de la tolerancia, que se crea a partir de procesos de enculturación, que no es más que los procesos a través de los cuales se transmite información cultural de generación en generación, dentro de un mismo grupo. Todo proceso de enculturación es un proceso de homogeneización: proceso por el cual los individuos se incorporan al grupo mediante experiencias y vivencias comunes. En estos procesos la cultura establecida enseña a un individuo con la repetición sus normas y valores aceptados, de tal forma que el individuo pueda convertirse en un miembro aceptado de la sociedad y encuentre su papel apropiado. Más importante, la enculturación establece un contexto de límites y formas correctas que dictan que es apropiado y que no, en el marco de una sociedad (Silva 2011).

La tolerancia hacia formas de conducta que pudieran considerarse atípicas tiene amplias variaciones en diversas sociedades. La cultura occidental moderna, a la cual pertenecemos, asigna límites más o menos precisos para calificar las conductas socialmente aceptadas, y clasifica aquellas que trascienden dichos límites, como desviaciones, desórdenes mentales o patología social. En otras sociedades tales límites varían, siendo más rígidos o más permisibles de acuerdo con las premisas de tipo cultural que rigen a cada grupo. Frank resume esta proposición indicando que "... el hombre existe como organismo en un mundo poblado por animales, plantas, estructuras y otros objetos y procesos, pero cada individuo vive su propia realidad de significados y sentimientos, derivados del impacto que se produce entre el niño y los diversos agentes encargados de la transmisión de la cultura. Las diferentes culturas toleran grados diversos de desviación de la conducta con respecto a los patrones socialmente aceptados. En nuestra cultura, cuando el mundo propio del individuo se desvía demasiado de las formas aceptables, hablamos de desórdenes mentales; cuando las formas de conducta trasgreden los límites inviolables de la cultura, o entran en conflicto con la estructura misma de ella, hablamos de delincuencia o criminalidad" (Frank & Frank, 1991).

Ante la necesidad de otorgar el cuidado, en un medio ambiente sociocultural, en donde las posiciones relativas de cada individuo, con relación a los demás, las organizaciones primarias o secundarias a las cuales pertenece, y toda una red de mutua interacción con otros seres humanos. El proceso de socialización incluye, así mismo, la adopción de valores éticos y de las formas de conducta aceptables para la sociedad en que uno vive.



La socialización del individuo es un proceso educativo que implica el aprendizaje de las formas apropiadas de relación en su propia sociedad. Como parte de dicho proceso existen motivaciones positivas y negativas, en forma de aceptación, rechazo o sanción del individuo. La necesidad de vivir con otros seres humanos obliga al hombre a aceptar y adoptar aquellas formas de conducta que se consideran apropiadas en el grupo. Este proceso se inicia en el seno familiar, y continúa durante gran parte de la vida del individuo (Silva 2011).

La vinculación entre antropología y enfermería, resulta tan natural que, paradójicamente puede pasar desapercibida, dado que el encuentro entre ambas se halla en su objeto de estudio: el ser humano desde una perspectiva holística, centrándose la antropología de los cuidados en el estudio integral del sistema de necesidades del hombre (Siles & Solano, 2009).

La enfermería es la labor que abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, no importa si son enfermos o no, y en cualquier circunstancia. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención a enfermos, discapacitados y personas en fase terminal (Matesanz, 2009).

La principal característica y esencia de enfermería es el cuidado, esto implica establecer una relación con los pacientes, comprenderlo de manera íntegra y el acompañamiento en primera línea, convirtiendo al personal de enfermería en el principal cuidador de forma asistencial y “su permanencia en el cuidado del usuario la(o) somete a situaciones estresantes y altamente vulnerable de padecer afecciones físicas y psicológicas.” (Muñoz et al., 2015).

Las funciones del personal de enfermería se clasifican según el grado de juicio requerido, la facultad de adoptar decisiones, la complejidad de las relaciones con otras funciones, el nivel necesario de calificaciones técnicas y el grado de responsabilidad por los servicios de enfermería que se prestan (De Arco-Canoles y Suarez-Calle, 2018).

En este sentido y derivado de las propias funciones el personal de salud estos pueden experimentar ansiedad intensa, incertidumbre, pérdidas de rutinas y tradiciones, estrés, fatiga por compasión, así como daño moral, quedando propensos a desencadenar alteraciones mentales como depresión, trastorno de estrés postraumático e incluso ideación suicida; dentro de las variables que pueden contribuir a la carga emocional del personal del área de salud se encuentran el número exponencialmente creciente de casos sospechosos y confirmados de COVID-19, las largas y extenuantes horas de trabajo; la escasez cada vez mayor de equipo de protección personal (EPP) que va creciendo con el tiempo, la gran cobertura y difusión por parte de los medios de comunicación y redes sociales, la falta hasta el momento de un tratamiento o de una vacuna específica y eficaz (Torres-Muñoz et al., 2020).

En los profesionales de la salud, está presente la angustia de convertirse en un paciente más y ver cómo compañeros de trabajo son contagiados y ocupan camas en las unidades de cuidados intensivos (UCI), la necesidad de tomar decisiones difíciles como la utilización de recursos cada vez más escasos en pacientes igualmente necesitados, brindar la mejor atención médica posible a pacientes gravemente enfermos en un sistema de salud colapsado. Mantener el equilibrio entre las propias necesidades mentales y físicas y las de los pacientes, la angustia de ser un foco de infección para familiares y seres queridos, así como la difícil tarea de equilibrar los deseos propios con el deber (Torres-Muñoz et al., 2020).

La relación que tiene la pandemia con el desarrollo de la ansiedad y depresión en el personal de enfermería se origina con una base de estrés laboral, que están sufriendo o la emoción postraumática después de haber vivido la carga laboral dentro de un área COVID; las crisis de seguridad sanitaria frecuentemente generan estrés e incluso pánico en la población general, así como en los profesionales de salud, al sentir miedo a adquirir la enfermedad y morir a consecuencia de la infección (Monterrosa-Castro et al., 2020), por lo que los trabajadores de la salud usualmente temen contagiar a sus familias, amigos o colegas y, asimismo, experimentan síntomas de estrés, ansiedad o depresión con implicaciones psicológicas a largo plazo.

Los trabajadores de salud pueden experimentar otros factores de estrés adicionales: estigmatización por trabajar con pacientes del virus COVID-19 y poder contagiar a familiares o amigos; medidas estrictas de bioseguridad; mayor demanda en el entorno laboral; capacidad reducida para beneficiarse del apoyo social debido a los intensos horarios laborales; capacidades de personal o energía insuficientes para implementar la autoasistencia básica (Ojeda-Casares, 2020).

La salud mental es parte integral de la salud pública (OMS, 2004), es de relevancia mirar a los profesionales de la enfermería quienes están en contacto con pacientes de áreas COVID. Pues son los profesionales de la enfermería los encargados del cuidado y recuperación de los pacientes, de ahí la importancia de mirar el estado emocional, el bienestar y, por lo tanto, en nivel de salud mental del cuidador y el impacto que tiene en la atención.

La falta de salud mental está relacionada con los cambios vertiginosos en la sociedad, las condiciones estresantes, estilos de vida poco saludables, así como una deficiente salud física entre otras causas de carácter biológico, genético y neurológico. En este sentido la prevención y promoción de la salud mental consiste en acciones que generen entornos y condiciones de vida donde las personas puedan adoptar y mantener estilos de vida saludable en beneficio de su salud mental (OMS, 2019a); en este sentido la intención de evaluar el estado de salud mental es para que los profesionales de la enfermería puedan reconocer su estado personal y les permita implementar estrategias para mejorar su bienestar y calidad de vida lo que puede favorecer el trato digno, humanizado en la atención a pacientes.

El “pico de la pandemia” o “pico de pandemia” por COVID-19 en el estado de Colima abarca el período del mes de agosto de 2020 a julio de 2021, donde se registraron tres “olas” de contagios, es decir cuando el aumento era exponencial, por lo que se reconoce que la primera ola abarca del 09 al 23 de agosto de 2020 con 967 casos y 98 fallecimientos, donde la entidad alcanzaba 19 912 positivos y 1495 decesos acumulados por esta causa; la segunda del 1 al 15 de febrero de 2021 con 979 casos y 73 fallecimientos y la tercera del 6 al 20 de julio de 2021 con 885 casos y 17 fallecimientos (Servicios de Salud, 2021, 2022); sería deseable hablar de postpandemia, sin embargo sigue habiendo datos epidemiológicos que impiden a instancias nacionales e internacionales declararla de esta manera; y los profesionales de enfermería siguen laborando en los diversos hospitales e instituciones de salud con áreas COVID.

Actualmente es prioritaria la atención en salud mental de los trabajadores sanitarios (Cruz, Gutiérrez y Zaldívar, 2020) en el personal expuesto a la atención directa con pacientes COVID-19 porque se han presentado síntomas depresivos, alteraciones del sueño, ansiedad, temor, estrés, e ira las cuales afectan de manera sustancial en la calidad de la atención, la toma

de decisiones, comprensión y por ende en la contención de la pandemia (Lozano-Vargas, 2020; Kang et al., 2020); la calidad con la que realiza sus labores y procesos enfermeros se puede ver afectada y no necesariamente relacionado con ausencia, omisiones y olvidos, sino con el desarrollo de obsesiones y compulsiones que pueden repercutir en el trato con pacientes, colegas y otros profesionales de la salud.

De ahí se deriva la relevancia de poner atención en la salud mental de los profesionales de la enfermería, especialmente en áreas de COVID, donde el riesgo es mayor, pues son los profesionales de enfermería quienes realizan el primer contacto con los pacientes sospechosos de COVID-19, enfrentándose a la incertidumbre de no saber si la persona es positiva.

Otros aspectos relacionados con el estrés son el esfuerzo emocional, sobrecarga laboral, agotamiento físico por la gravedad de los pacientes con potencial deterioro, cuidado de compañeros de trabajo con riesgo de gravedad y muerte, escasez de equipos de protección, materiales y recursos profesionales.

Los profesionales sanitarios, en especial del área de enfermería tienen mayor vulnerabilidad a factores de riesgo biológicos y sociales para desarrollar afecciones de la salud mental como la ansiedad, por su alta exposición al virus al realizar su trabajo y el temor al contagio tanto personal como familiar, con la presencia significativa de estrés, ansiedad y depresión que no solo afectan su salud y desempeño, sino que pueden indicar futura morbilidad, con cuadros intensos de miedo, trastornos de pánico y conducta obsesiva que influyen en el comportamiento y capacidad de tomar decisiones, lo que impacta en la calidad del cuidado de pacientes (Obando et al., 2021).

Con base en esto es que se plantea el objetivo de esa investigación que es describir el impacto en la salud mental de un profesional de la enfermería en la atención a pacientes del área COVID en tiempos de pandemia de un hospital del estado de Colima, México en el periodo 2022-2023.

## MARCO TEÓRICO

### *Antecedentes*

El pasado septiembre de 2019 la Organización Mundial de la Salud publicó un informe en el que alertaba de que el riesgo de que se produjera una pandemia global, fue el 31 de diciembre de 2019 en Wuhan, China, donde se notifica primera vez la aparición del nuevo coronavirus SARS-Cov-2, que origina la pandemia por la enfermedad COVID-19 (OMS, 2019b); hasta la fecha, las cinco pandemias más letales han sido, por este orden: Viruela, Sarampión, la mal llamada gripe española de 1918, la peste negra (Infosalud, 2020).

Los coronavirus son una familia de virus que causan enfermedades que van desde resfriado común hasta enfermedades respiratorias más graves; las cuales circulan entre humanos y animales, en este caso, se trata del SARS-COV2, el cual apareció en China en diciembre pasado y provoca una enfermedad llamada COVID-19, que se extendió por el mundo y fue declarada pandemia global por la Organización Mundial de la Salud (Gobierno

de México, 2021). Una crisis epidemiológica como la de COVID-19 incrementa el riesgo de desarrollar problemas de salud mental, en México, 40% del personal de salud que atendió a pacientes con COVID-19 durante la segunda fase de la contingencia presentó síntomas de estrés postraumático y depresión, advirtieron especialistas en salud mental (El Universal, 2020). Con relación a esto Morales-Cheiné (2021) plantea que la otra pandemia asociada a la COVID-19 es la relacionada con los riesgos a la salud mental por el uso de sustancias psicoactivas y las diversas condiciones neurológicas actuales.

Se reconoce la existencia de afectaciones de salud mental en la población en general, sin embargo para el personal sanitario en la atención a pacientes con COVID-19 o por su labor en el área el impacto puede ser mayor, a este respecto Torres-Muñoz et al. (2020), menciona que personal de salud puede experimentar ansiedad intensa, incertidumbre, pérdidas de rutinas y tradiciones, estrés, fatiga por compasión, así como daño moral, exponiéndolos a otras alteraciones mentales como la depresión, trastorno de estrés postraumático e incluso ideación suicida; de igual forma la Sociedad Española de Psiquiatría (2021) presenta factores donde el estrés intenso es detonante de las reacciones emocionales, conductuales, cognitivas y físicas, las cuales pueden afectar la salud mental; en lo que respecta a las emocionales se pone de manifiesto la ansiedad, impotencia, frustración, miedo, culpa, irritabilidad, tristeza y anestesia emocional. Por lo tanto, las vivencias y experiencias de los profesionales de la enfermería son diversas, pero al final conllevan una carga emocional que puede afectar la salud mental y por lo tanto su quehacer diario.

Para Obando et al. (2021) en un estudio realizado con 126 profesionales de enfermería durante la pandemia COVID-19, menciona que la enfermería se enfrenta diariamente a situaciones que afectan su bienestar psicosocial y que las emociones y pensamientos negativos se extienden amenazando su salud mental, por lo que determinaron el grado de ansiedad, estrés y depresión en enfermeros de emergencia COVID-19 obteniendo los siguientes resultados: el 39.1% de los enfermeros presentaron algún grado de ansiedad, 24.6% algún grado de depresión y 8,8% algún grado de estrés y que el sexo femenino está asociado a los tres aspectos estudiados.

Por su parte Sánchez-De la Cruz et al. (2021) brindan datos sobre la evaluación de emociones y síntomas psicológicos durante la pandemia por COVID-19 presentados por el personal de enfermería en una muestra de 310 participantes de países latinoamericanos incluyendo México, donde las emociones más comunes son el miedo a enfermarse, las alteraciones del sueño y el miedo a contagiar a sus familiares; en lo que respecta a las alteraciones de la salud mental referidas fueron ansiedad, tristeza y aumento del apetito; un aspecto relevante de este estudio es que no se encontraron diferencias entre trabajar en el hospital o en el área de COVID-19. Estas emociones pueden impactar en la labor de los profesionales de la enfermería, es decir en la atención a pacientes.

### *Salud mental*

En este sentido la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha realizado modificaciones al concepto de salud mental, a partir del 2018, la define como “un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida,

de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad". La buena salud mental está relacionada con el bienestar mental y psicológico (OMS, 2019a), en este sentido, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad (OMS, 2018).

En otra definición, la salud mental es el rendimiento óptimo dentro de las capacidades que posee, relacionadas con el ámbito que la rodea; en este sentido la salud radica en el equilibrio de la persona con su entorno de ese modo, lo que le implica una posibilidad de resolución de los conflictos que le aparecen (Raffino, 2020).

La salud mental (SM) está determinada y vinculada a factores socioeconómicos, ambientales, conductuales y puede verse afectada por experiencias de la vida diaria, la familia, escuela y el trabajo (OMS, 2004), es decir, la salud mental implica diversos niveles, factores y aspectos de la vida de los seres humanos, la afectación de cualquiera de los anteriores podrá generar un impacto en la salud mental.

El desequilibrio entre estas puede detonar la aparición de trastornos mentales que son una colección de síntomas conductuales o psicológicos que causa a los individuos discapacidad o malestar en su desempeño personal, social o laboral (Morrison, 2015), también se les puede denominar patologías o enfermedades mentales, conceptos que empiezan a estar en desuso, sin embargo, existen diversos padecimientos que dependerán de la intensidad y temporalidad con la que se experimentan, de lo más comunes son los episodios, brotes, ataques, entre otros.

La SM es permeada por concepciones sociales, culturales e ideológicas (Soave et al., 2015) y los problemas generados son distintos dependiendo de las características individuales y laborales; los determinantes de SM y de los trastornos mentales en los individuos incluyen los factores sociales, nivel de vida, condiciones laborales, además de las características personales, las capacidades para gestionar pensamientos, emociones, comportamiento en interacción con los demás (OMS, 2013). Por lo tanto, la SM es un concepto que se moviliza, se actualiza y se relaciona con el momento histórico, de ahí que las determinantes de esta vayan evolucionando.

### *Enfermería*

La enfermería abarca el cuidado autónomo y colaborativo de las personas, en todas las edades, familias, grupos, comunidades, entornos, estén enfermos o no; los profesionales de la enfermería están en la línea de acción en la prestación de servicios y desempeñan un papel importante en la atención centrada en la persona (OMS, 2022).

La enfermería aparece así, unida y relacionada desde el origen de la humanidad y desde la antigüedad, no como profesión, sino como ejercicio de las "prácticas cuidadoras", ha sido una actividad necesaria para que las personas se mantengan sanas y en equilibrio (Matesanz, 2009).

Las funciones del personal de enfermería se clasifican según el grado de juicio requerido, la facultad de adoptar decisiones, la complejidad de las relaciones con otras funciones, el nivel necesario de calificaciones técnicas y el grado de responsabilidad por los servicios de enfermería que se prestan (De Arco-Canoles y Suarez-Calle, 2018).

### *Relación de ayuda*

Para Perplau (1962), la relación de ayuda está dada cuando el profesional enfermería ayuda al paciente a evaluar sus experiencias interpersonales actuales con la intención de avanzar en la construcción y desarrollo de nuevas habilidades, ya sea no adquiridas o perdidas; ayuda observando el comportamiento, describirlo, analizarlo en conjunto, formular resultados e interpretar, validar con otros lo formulado, verificar nuevos comportamientos, elaborar modos de funcionamiento más satisfactorios, para utilizarlos en la vida diaria.

Por su parte Mellow (1968), menciona que la relación de ayuda, tienen como base la terapia psicoanalítica derivado de la relación de simbiosis intensiva entre el profesional de enfermería y el paciente, donde lo esencial es brindar al paciente experiencias emotivas que le ayuden a mejorar, lo que marca la diferencia con el psicoanálisis es la relación íntima, el contacto físico que puede ir desde la higiene hasta la alimentación.

Orlando (1979), plantea que la relación de ayuda consiste en observar necesidades y problemas de la persona que se atiende, ayudar a interpretar los comportamientos y el significado que tienen con relación a su problema y evaluar con el paciente lo que necesita para poder enfrentar sus dificultades.

El fundamento metodológico de la relación de ayuda es la reflexión sobre la experiencia, donde esta última es la fuente de aprendizaje a la reflexión y confrontación con la vivencia de otra persona; por otro lado, las actitudes fundamentales de la relación de ayuda son la comprensión empática, la consideración positiva o aceptación incondicional y la autenticidad-congruencia (Bermejo, 1998a).

La relación de ayuda consiste en establecer mediante recursos materiales, técnicos y relacionales, una relación terapéutica con el ayudado para que afronte los problemas lo más sanamente posible, creciendo en todo momento; en la Enfermería, la Relación de ayuda no se planifica, es propia de todo su ser, de sus cuidados. Se encuentra en las actitudes, habilidades y relaciones que desarrolla en su profesión por el carácter interaccionista de los cuidados que otorga (Bermejo, 1998b).

Díaz (2011), considera que el profesional de enfermería debe basar su trabajo en la escucha con respeto, flexibilidad con apertura transcultural, permitiendo que el paciente hable de la experiencia de su enfermedad con una presencia terapéutica y empática, curiosa y humilde, evitando poner verdades científicas por encima de la verdad que el paciente vive.

### *Área COVID*

El personal de salud de primera línea de atención y cuidado en la áreas de atención a pacientes con COVID-19, ha tenido la necesidad de resguardarse mediante el uso de equipo de protección personal (EPP), el cual se define como todo equipo, aparato o dispositivo especialmente proyectado y fabricado para preservar el cuerpo humano, en todo o en parte, de riesgos específicos de accidentes del trabajo o enfermedades profesionales, el EPP es una herramienta para limitar el riesgo de contagio en el personal de salud involucrado en la atención a pacientes sospechosos o con diagnóstico de COVID-19; la correcta elección

del EPP ayuda a potencializar la protección del personal, por lo que se recomienda su uso y distribución en función de la evaluación del riesgo y las características de los servicios relacionados con el manejo de los pacientes; además de que la colocación conlleva cuidados el retiro del equipo es lo de mayor riesgo de contaminación (Secretaría de Salud, 2020).

En este sentido Lahite-Savón, Céspedes-Pereña y Maslen-Bonnane (2020) realizan un compendio con base en diversos autores, donde plantean que la protección personal y la adherencia a normas de prevención de COVID-19 en personal de enfermería dentro del área COVID, debería contemplar al menos 43 puntos que se convierten en acciones que van desde el cuidado personal, la atención y cuidado a pacientes y familia, el seguimiento, monitorización y reporte, comunicación, información del estado del paciente, los controles, mediciones, administración de medicamentos, vigilancia, detección y reconocimiento precoz de signos y síntomas de mal pronóstico y agravamiento clínico, recuperar el consentimiento de o los pacientes; el manejo de desechos; además de ofrecer apoyo emocional a los pacientes que presenten miedo, angustia y un marcado estrés psicológico, la ética en el desempeño de la enfermería, la atención técnica y el cuidado humano de personas vulnerables, y la familiaridad y cercanía que con ellas se establece, los derechos del paciente al acompañamiento, a la seguridad, y al apoyo espiritual, protegiéndolo de prácticas incompetentes o no seguras de la actividad sanitaria; con el agregado de no asumir riesgos desproporcionados de contagio.

### *Salud mental en profesionales de la enfermería*

Previo a la pandemia Sánchez-Uriza et al. (2006), presenta datos respecto al bienestar psicológico en el personal sanitario con una muestra de 804 trabajadores, donde se puede observar que la mayor prevalencia de malestar psíquico la obtienen las auxiliares de enfermería (32,2%), seguidos de las enfermeras (24,6%), los técnicos (12,3%), los médicos (10,3%), los administrativos (8,2%), los celadores (6,2%), el personal de limpieza (4,8%), las matronas (3,4%) y, por último, el personal de oficios (1,4%); un dato relevante es que las mujeres obtienen mayor prevalencia de malestar psíquico frente a los varones; en este estudio la asociación a los niveles de malestar psicológico están relacionados con las características sociodemográficas y laborales.

Para el Gobierno de México desde la Secretaría de Salud (2021) durante la pandemia por COVID-19 se han generado afectaciones a trabajadores de la salud derivado de la demanda extrema de servicios, por la angustia frente a posibles contagios del nuevo coronavirus o contagiar a otros, además de la estigma y a las agresiones que pueden sufrir; por lo que se considera que el personal de salud puede presentar crisis emocionales, reacciones agudas al estrés, desgaste profesional o burnout, consumo de sustancias adictivas como el abuso de alcohol, de tabaco y de sustancias psicoactivas, así como precipitación o exacerbación de trastornos de ansiedad y síntomas depresivos, a los cuales se les puede sumar a mediano y largo plazo el trastorno por estrés postraumático, la dependencia al alcohol, tabaco y otras sustancias, la fatiga por compasión, el duelo y el riesgo suicida.

Para el personal de salud la pandemia ha implicado enfrentarse a circunstancias nuevas, cambios y adaptaciones constantes que conllevan situaciones complejas y estresantes y por ende repercusiones emocionales y alteraciones en los mecanismos de regulación adaptación

emocional a la vida laboral y cotidiana, las cuales tienen sus bases en la excesiva carga laboral y disminución de los periodos de descanso, produciendo mayor predisposición a presentar ansiedad, depresión, estrés, insomnio y fatiga, que limitarían las funciones del personal de salud; dentro del personal sanitario el personal de enfermería tiene mayor vulnerabilidad a factores de riesgo biológicos y sociales para desarrollar afecciones de la salud mental como la ansiedad, por su alta exposición al virus al realizar su trabajo y el temor al contagio y propagación con familia y sociedad en general (López-Izurieta y López-Izurieta, 2021).

Los cambios originados derivados de la pandemia por COVID-19, las medidas de confinamientos y atención a pacientes han generado cambios sociales en las dinámicas normales de la población y en especial para el personal sanitario que está en contacto con pacientes con infección sospechada o confirmada, es en el personal de donde se han detectado síntomas depresivos, ansiosos y síndrome de burnout, afecciones personales y sociales que alteran su capacidad de respuesta (Cantor-Cruz et al. 2021).

## MÉTODO

### *Enfoque metodológico*

Estudio cualitativo, mediante el método fenomenológico, descriptivo con base en el estudio de caso, ya que es recomendable cuando el tema de estudio se ha explorado poco, es actual, no cuenta con referentes de investigación al respecto en ningún grupo social específico (Marshall, 2011 y Preissle, 2008 citado en Hernández, Fernández y Baptista, 2014). En este sentido y con base en las categorías o unidades de análisis que propone Lofland et al. (2006), se determina que el estudio contemplará los significados, como los referentes lingüísticos que utilizan los actores humanos para aludir a la vida; las prácticas, al analizar las conductas de una actividad continua; episódica, al incluir sucesos dramáticos, sobresalientes o eventos traumáticos.

El estudio de caso se realiza con base en la propuesta de Stake (2007), quien plantea que dos aplicaciones o utilidades del estudio de casos son las descripciones y las interpretaciones que se obtienen de los participantes en la investigación, pues no todos ven y sienten el caso de la misma forma.

Para los estudios de caso se recomienda la entrevista, por lo que la técnica de recolección de datos que se adecua a estudio de casos es la entrevista a profundidad, esta permite una aproximación al mundo social de manera sistemática (Vela, 2013).

### *Participante*

El estudio de caso estuvo conformado por un participante el cual se seleccionó como caso representativo de rentabilidad, considerando el tiempo disponible para el trabajo de campo y la posibilidad de acceso al mismo, por lo que no se dio la máxima prioridad a la selección mediante muestras de características (Stake, 2007); la muestra fue por conveniencia derivado de la proximidad, considerando dos criterios de inclusión, más de 10 años de experiencia en enfermería, que hayan laborado en área COVID desde la creación del área hasta el momento de la entrevista.



### *Instrumentos*

Para la recolección de datos, se utilizó una guía de entrevista a profundidad. En la guía de entrevista se contemplan preguntas haciendo alusión a experiencias, vivencias y recuerdos en tres momentos: antes de la pandemia por COVID-19, en tiempos de pandemia, es decir, durante la pandemia considerando el pico de contagios en Colima, que fue del mes de agosto de 2020 a julio de 2021 a lo que se le denomina “pico de la pandemia” o “pico de pandemia”, finalizando con las preguntas del momento actual es decir, al mes de marzo del 2023, pues se pretendía utilizar el término postpandemia, sin embargo, aún no ha sido declarada de manera oficial por instancias internacionales como la OMS o nacionales como la Secretaría de Salud del Gobierno Federal.

La guía de entrevista se construyó y se mejoró mediante la validez de facie a partir de la revisión de dos expertos quienes analizaron la pertinencia, calidad y claridad de la redacción de cada ítem y posteriormente tres jueces expertos quienes evaluaron la pertinencia y redacción de los ítems y finalmente se aplicó el pilotaje a un profesional de la enfermería para la realización de ajustes.

El instrumento consta de 163 preguntas con 8 apartados; el primer apartado es sobre información sociodemográfica con 8 preguntas, donde se omite el dato de nombre, por cuestiones de confidencialidad; el segundo apartado pertenece al factor biológicos son 26 preguntas, el tercer apartado corresponde al factor psicológico con 37 cuestionamientos, con la misma cantidad está el apartado cuarto que identifica el factor social; el apartado seis es del factor espiritual con 43 preguntas, el apartado siete con 3 interrogantes sobre dilemas éticos, el apartado ocho es sobre salud mental general de 4 cuestionamientos, y por último el apartado de comentarios finales con 5 preguntas; cabe señalar que se contaba con las preguntas guía y que en el recorrido de la entrevista se realizaron adecuaciones.

### *Procedimientos de recolección de datos*

El estudio fue sometido a revisión por especialistas en el área de enfermería y psicología, una vez aprobado, se procedió a buscar a tres posibles participantes, los cuales laboran en Hospitales e Instituciones de salud que cuentan con área COVID y que tuvieron la mayor afluencia en los municipios de Colima y Villa de Álvarez en el estado de Colima; se contactó vía correo electrónico y mensajería celular, de los cuales respondió y aceptó colaborar uno de ellos.

En primer lugar, se tuvo contacto vía telefónica, después una presentación formal en instalaciones del Hospitales, así como en una sala de profesores; posteriormente se acordó y agendó la entrevista, se propuso en presencial y en línea, el participante pidió que se realizara en presencial, y que derivada del tiempo que esta se aplicara en dos partes o sesiones; los escenarios fueron, un aula de una universidad y un cubículo en el hospital. La entrevista duró 4 horas, 6 minutos y 49 segundos.

### *Aspectos éticos*

Esta investigación tiene como marco bioético la Declaración de Helsinki de la AMM (Asamblea

Médica Mundial, 2013), y la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en su título quinto (Secretaría de Gobernación, 2017).

Además, al realizarse la investigación en el área de la salud y con personal de enfermería, se debe tomar en cuenta a la NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012 Secretaría de Gobernación, 2013), de la cual se recuperan los siguientes apartados: carta de consentimiento informado y el informe técnico final, al documento que presenta el investigador principal a Hospitales e Instituciones de Salud, para comunicar los resultados finales de un protocolo o proyecto de investigación conforme al objetivo y campo de aplicación de esta norma, así como, los principales hallazgos obtenidos al inicio, durante y al final de la ejecución.

### *Estrategia de análisis*

Se realizó un análisis temático, el cual conlleva tres pasos, uno la familiarización con la información recolectada, es decir, la transcripción, revisión y relectura para la identificación de significados; paso dos, desarrollar códigos con base a los elementos básicos significativos de los participantes, la cual se puede realizar desde los propios datos o con base en las teorías de la investigación; y el tercero, la búsqueda de temáticas, la recuperación o captura de lo importante de la información que representa un nivel de respuesta estructurada o significado con relación a la pregunta de investigación (Mieles, Tonon y Alvarado, 2012). El análisis se realizó con base en las categorías específicas, así como transcripciones de frases relevantes mencionadas en las entrevistas con el fin de tratarlos como datos originales o directos analizándolos mediante el software Maxqda 2022, macOS Monterey versión 12.2.1.

## **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

### *Perfil sociodemográfico*

Masculino, homosexual, 40 años de edad, licenciatura en enfermería, especialista en cuidados intensivos, licenciado en psicología, diplomado de calidad en salud; puesto de trabajo como enfermero general; 15 años de antigüedad; en área COVID desde que se apertura el área a aproximadamente 3 años.

### *Resultados*

De los hallazgos más relevantes del estudio de caso se comparten las siguientes transcripciones; las cuales están separadas por bloques temáticos dando cuenta de los factores biológicos, psicológicos, sociales y espirituales, además de los dilemas éticos, así mismo divididos por temporalidades de antes, durante COVID y actualmente, con relación a la atención brindada a sus pacientes.

El participante menciona que su atención a los pacientes no se modificó, pues argumenta que es su trabajo y es algo que aprendió y comprendió que debía hacer independientemente de cómo se sienta (participante):

### Antes

*(...) me he enfermado a veces diarrea gripa a veces cefalea y así me presento a trabajar. No siento que afecte que yo tenga que trabajar en atender personas no afecta en nada eso, siempre me he dedicado*

*(...) no, a mí me dolían los pies, pero yo salía los turnos y nunca baje el nivel de atención, definitivo no.*

### Durante

*(...) las ganas y la atención fueron las mismas, lo que, si era que yo ahora los comprendía, eso es lo que cambió, porque yo sabía que traían la dificultad para respirar, dolor en el pecho, ahora si los entendía yo más.*

### Actualmente

*(...) si definitivo, yo creo que es una atención más humana todavía la que brindo.*

Desde la perspectiva del participante, se muestra lo planteado respecto a los factores psicológicos, momentos y su relación con la atención a pacientes; para é, lo psicológico lo relaciona con el estrés, tristeza, miedo y la depresión argumenta que ahora considera esencial el estar bien, como lo podemos constatar a continuación (participante):

### Antes

*(...) Es que el estrés de antes era por decir normal, pero era un estrés ya conocido, sabías que hacer para atender a los pacientes.*

*(...) tristeza y depresión fueron cuestiones personales, no influyeron en la atención*

*(...) hasta llegue a llorar, y más con los pediátricos lloraba, aunque no tengo hijos, pero si llegue a llorar muchas veces, enojo con dios, llegue a enojarme y también a querer saber más ara poder ayudar más, porque yo decía, yo pude haber hecho más todavía.*

### Durante

*(...) pero el COVID, desde que entre por primera vez, aquella vez, el estrés y el miedo aparecieron (...) hasta tenía miedo, estar una sala de afuera (...) la atención la seguí dando, sin modificación, pero había ciertas cosas en las que yo, mejor me mantenía al margen.*

*(...) era más depresión, pero no al punto de depresión con toda la palabra (...) pero había una necesidad y hay que cubrirla, la atención la seguí dando, sin modificación.*

*(...) porque no quería sentirme triste, el paciente yo lo veía mal y nos hizo fuertes, pero si nos hizo poner una barrera de no sentir.*

*(...) yo sigo haciendo todo como antes, pero a no es lo mismo para nosotros allá adentro.*

*(...) aprendí a tratarlos como una persona que le duele que sufre y que yo puedo lastimar que puedo ayudar, es una persona que necesita y no es que necesite de mí, pero en ese momento que está a mi cargo, necesita de mí, pero en el momento en el que yo termino mi turno, me voy, ahora esa persona necesita de quien se quedó a cargo, antes sí, me llevaba el peso emocional del paciente, quería regresar al a siguiente guardia lo más pronto que se pueda para ver como seguía.*

### **Actualmente**

*(...) pero no ahorita no hay temor no hay estrés en cuestión de atención a los pacientes (...)* muchos miedos, ahorita si me da temorcito pasar a otro mundo, pero ahorita ya no tanto, digo bueno ya pase muchas cosas (participante 1, Secretaría de Salud, 40 años, antigüedad 15 años).

*(...), como que cree un tipo de rechazo, pero no es ese rechazo, una resistencia a atenderlos porque no quiero causarles dolor (...)* como que si había algo de tristeza de enojo y de tantas cosas.

*(...) como que si me hice más sensible en esa parte.*

Otros de los factores vinculados a la salud mental son los sociales, para el entrevistado, está centrado en el conocimiento, autoridad, liderazgo, exclusión y soledad, que se vincula con la atención de los pacientes conforme a la representación que se tiene de estos, como se puede observar a continuación (participante):

### **Antes**

*(...) no me sentía solo, siempre he buscado de hacer algo y en algo siempre hay alguien.*

*(...) nunca sentí discriminación y estigma por ser enfermero.*

*(...) me gusta transmitir y compartir, si alguien no sabe hacer algo, ahí estoy detrás enseñándolo.*

*(...) yo creo que ven una persona capaz y me lo han expresado.*

*(...) antes tenía mucha obediencia a la autoridad y esa obediencia la perdí.*

*(...) los pacientes para mí siempre fueron personas, pero la prioridad era su salud, entonces para mí eran gentes enfermas que hay que aliviar.*

## *Durante*

*(...) me sentía solo completamente.*

*(...) la gente se alejó de mí y yo me alejé de todos.*

*(...) me costaba trasladarme para cuidar a la gente. Como no entraban familiares yo tenía todo el peso sobre mí de la salud de ellos, yo soy el único que puedo ayudarles.*

*(...) sentí discriminación y rechazo.*

*(...) hubo recelo por el ingreso económico que recibía por estar en área COVID.*

*(...) mi hermano me bañó de cloro, con su atomizador, porque estaba en esa área.*

*(...) disminuyeron las visitas sociales.*

*(...) nos excluimos porque perdimos el contacto con los compañeros, llegábamos para meterte y ya no salías, todo el turno era adentro sin salir.*

*(...) éramos los “embichados”, los “covitosos”, lo portábamos por fuera.*

*(...) más que habilidad social, siento que me ha ayudado los conocimientos*

*(...) yo creo que el liderazgo.*

*(...) la atención y el cuidado al inicio era muy bueno, ahora ya soportamos y llevamos nuestras cosas.*

*(...) se crea un tedio y eso afecta a los pacientes porque delegaba la toma de signos a otros, cuando es mi responsabilidad.*

*(...) nos tocó hacer cosas que no debíamos y que no nos tocaban.*

*(...) era un cuerpo que hay que sanar y que había que ponerle y cambiarle, esto y el otro, pero no te centrabas tanto en personas.*

*(...) mientras estaba en el hospital les di seguimiento, aprendí a verlos como una persona que necesita.*

*(...) De jóvenes la mayoría que llega a un hospital es porque lo buscaron, no les reprochaba, había que atenderlos, pero si decía, bueno este se lo buscó.*

## Actualmente

(...) en este momento no se vive discriminación o exclusión.

(...) ya no somos excluidos, pero no somos tomados en cuenta, lo que quieren es que haya gente adentro del área.

(...) es un área que no quiere pelar nadie, antes era prioridad, ya no.

(...) ahorita que hay más tiempo y todo eso, yo trato de acercarme a la persona, le hago platica, la conozco, en la práctica con el medicamento y lo otro, aprovecho para empatizar con la persona.

(...) es una persona que necesita y no es que necesite de mí, pero en ese momento que está a mi cargo, necesita de mí, pero en el momento en el que yo termino mi turno, me voy, ahora esa persona necesita de quien se quedó a cargo.

(...) como que si me hice más sensible en esa parte.

(...) un grupo con el que conecté fuertemente con los ancianos, los abuelitos eran por mi mamá, la veía reflejada ahí.

(...) no puedo ayudar en todo, saber todo.

Para el participante, el factor espiritual tuvo cambios relevantes a nivel de signos, símbolos y creencias. En este sentido, los diferentes momentos son determinantes, como lo menciona a continuación (participante):

## Antes

(...) muchos cambios, antes fui completamente religioso.

(...) antes participaba en todo, y he estado en danza, antes de acolito, en el coro, retiros, todo, todo a excepción de lo que no aceptan, pero yo sabía de mí.

(...) Siempre en una búsqueda constante.

(...) Todos los rituales, antes sí.

(...) empecé a desechar cosas, hubo una desconexión bien bárbara.

(...) antes renegaba de lo poco que tenía económicamente, reconocimiento laboral-social.

(...) antes ayudaba a todos, generoso hasta para abrir mi casa como centro de ayuda.

(...) yo quería salvar a todos y que todo estuviera bien.

## *Durante*

*(...) durante COVID fue el único refugio que había.*

*(...) no perdí la fe, pero sí es diferente.*

*(...) no rechazo la creencia, no reniego de eso, para nada, pero ya no la acepto al cien por ciento.*

*(...) Quité muchas cosas.*

*(...) sí se perdió mucho, ahora que ando con esa onda hindú.*

*(...) pareciera nada como que me reflejó más tranquilidad, meditación para buscar una armonía, me fui por eso.*

*(...) demostré que yo podía, era y estaba, y me siento bien conmigo, a gusto, no quiero grandes títulos académicos, solo saber para poder ayudar.*

*(...) di lo que podía dar con lo que tenía.*

*(...) después de todo lo que pasó me di cuenta de que no todos se pueden salvar, la salud y la vida no es para todos, tenemos que ceder.*

*(...) modificó mi esperanza personal, fíjate, hice, di y fui tanto y nunca obtuve y sino sin obtener, entonces váyanse a la goma, ya no espero, sí apaga, pero sigo trabajando igual con mis pacientes.*

## *Actualmente*

*(...) fue un caos el movimiento espiritual.*

*(...) tengo mis atrapasueños, inciensos, velas y símbolos, aun así, les puedo decir una oración religiosa católica a los difuntos al morir.*

*(...) hice eso como una manera de escape y búsqueda de algo nuevo. Algo que me brinde eso que necesito, tranquilidad y libre de ideas, libre de paradigmas y todas esas cosas.*

*(...) me ayudó estar en la orilla, sentarme al filo de lo del COVID, ver como se moría uno y otro, el ver que yo podría ser uno de los que se morían.*

*(...) disfruto la vida y me gustaría ayudar a otros a irse.*

*(...) ya no quiero dar ni todo el tiempo ni a todos, yo quiero darme a mí.*

*(...) Yo estoy primero, soy más directo con mis pacientes, soy más realista.*

*(...) si el paciente necesita yo sigo, yo sigo haciendo y dando.*

*(...) soy generoso, pero priorizo, veo quien tiene mayor necesidad, ahora selecciono porque mucha gente abusa.*

*(...) soy más realista en ese ámbito, no es que perdi la fe en que vaya a pasar, sino que ahora la fe la limito a no puede ser posible, no es viable y no va a pasar.*

Un aspecto que es de relevancia para el análisis y que no es considerado como un factor, son los dilemas éticos, al respecto el entrevistado comparte que sí vivió constantes dilemas éticos ante la toma de decisiones, como se puede constatar a continuación (participante):

### *Antes*

*(...) no, sin dilemas haces lo que debes hacer, conforme a la norma y lo que es correcto.*

### *Durante*

*(...) entonces había muchas dudas, de cómo se hace, con que se hace y que no, que les ponían una caja de cristal para entubarlos.*

*(...) no sabíamos que iba a disminuir, no sabíamos que iba a causar menos daño como.*

*(...) fue como rebeldía y desobediencia, si porque entrabamos y decía fulano a tal área y yo entraba y acomodaba la gente de otro modo, de acuerdo con las necesidades y conocimientos.*

*(...) decíamos vacilando, yo lo entregue vivo con todas las carencias, pero lo entregue, entonces llega un punto en el que, era una carrera de resistencia donde tenías que entregar vivos a tus pacientes a como diera lugar.*

*(...) falta de material, falta de equipo porque se acabó de tanto paciente que había, no había donde conectar aparatos, o sea se empezó a agotar todo, teníamos que decidir por los de mayores posibilidades.*

*(...) 11 horas de trabajo en el área COVID, sí, sin ingerir nada, ni alimentos ni bebidas, te decían, es que es orden de arriba. Pero bueno, después fuimos buscando formas y alternativas de trabajar.*

### *Actualmente*

*(...) ahora, vamos recuperando el ritmo, la forma de atender y de cuidar es más clara y con menos riesgo, me apego a los protocolos y pongo mi extra en el cuidado.*

En este apartado se comparten frases derivadas de la entrevista a profundidad, las cuales sirven de referente para análisis, (participante):



*(...) no es que le perdí el amor a la vida y a las ganas, como que ya me mantuve así al margen, no tengo ganas de eso.*

*(...) sí, perdí mucho con el COVID.*

*(...) sí me desapegue de muchas cosas materiales y de personas definitivo.*

*(...) sí he pensado en migrar, pero si me desapegue mucho fue un conjunto de cosas.*

*(...) yo decía, yo no me voy, cómo me voy a ir a cuidar a otras personas, cuando mi mamá me ocupa y ahorita que ya no está*

*(...) yo dije es que no vengo preparado y me dicen, siempre tienes que venir preparado!*

*(...) entonces ahí los cambios de temperatura y ver el montón de pacientes, era algo que nunca habíamos visto, que lo conocíamos, pero no tanto, que no había medicamentos y se moría uno y lo envolvíamos y limpia la cama porque ahí viene otro*

*(...) el no saber cuándo se acababa, no sabíamos que iba a disminuir, no sabíamos que iba a causar menos daño ¡cuando se va a acabar esto*

*(...) se me han muerto tantos que no me ha causado así conmoción la martajar un cadáver.*

*(...) es que quien lo ha vivido puede saberlo, es un cuerpo, se ve la diferencia, sientes la diferencia, de ser una persona se transforma a un cuerpo.*

*(...) yo creo que fueron decenas, no tengo el número, pero fácil unos 70, 80, no me dio tiempo de tener emociones, incluso la semana pasada estaba ahí adentro y entubamos a uno se puso mal, pero lo logramos sacar.*

En lo referente a los factores psicológicos, el miedo y el estrés en diversos niveles estuvo presente, dato semejante a lo reportado por Nunéz-Zarazu et al. (2021), Obando et al. (2021), Pilataxi, Velasco y Fierro (2021), Procel, Vera y Suconota (2022) Quiroz-Figueroa et al. (2022) y Sánchez-De la Cruz et al. (2021), con resultados relacionados con el estrés agudo, distrés y miedo por parte de los profesionales de enfermería de área COVID, teniendo un riesgo de contagiarse y asimismo contagiar a sus familiares, causando un desgaste en sus actividades sociales y familiares.

De forma específica el miedo ha sido una emoción que se ha mencionado en este estudio y que coincide con los resultados de investigaciones de Procel, Vera y Suconota (2022) y Obando et al. (2021).

Como resultado de este estudio, el participante mencionaba a la depresión como un aspecto vinculado a su estadía en área COVID, lo que coincide con las investigaciones de Obando et al. (2021), quienes refieren que el personal de enfermería presentó depresión.

Esto permite dimensionar y dar un papel prioritario de la importancia y manejo de las emociones, sentimientos y conductas que los profesionales de enfermería que pueden vivir y experimentar, y el impacto que tienen estas en la salud mental y bienestar.

## CONCLUSIONES

Se torna necesario considerar que para el cuidado hacia los pacientes es fundamental que el personal de enfermería tenga una adecuada salud mental, la perspectiva de la promoción consiste en dar a conocer los signos y síntomas de alarma relacionados con malestares mentales, trastornos y padecimientos psicológicos.

Para la prevención es necesario sensibilizar sobre la atención de la salud mental en los profesionales de enfermería para así eliminar los estigmas y prejuicios que se tienen sobre el tema. De tal manera que la atención en salud mental es necesaria para evitar futuras problemáticas tanto personales, sociales y laborales.

Es necesario reconocer que esta problemática se puede atender en diversas vías, por un lado, poner atención en la importancia que tiene la salud mental de los profesionales de la enfermería y el impacto que puede generar al momento de la atención, otro elemento es dimensionar y dar un papel prioritario de la importancia y manejo de las emociones, sentimientos y conductas que los profesionales de enfermería pueden vivir y experimentar, y el impacto que tienen estas en la salud mental y bienestar.

Es apostar por un trato digno y humanizado para quien cuida y, por lo tanto, pueda brindar lo mejor posible una atención de calidad con relación de ayuda.

Se puede modificar mediante capacitación, acompañamiento en temas de salud mental, gestión emocional y habilidades socioemocionales, además de la posibilidad de convertirse en un área que se reconozca como parte de la formación de futuros profesionales de la enfermería.

Se recomienda que este tipo de estudios cualitativos se realicen en diversas áreas donde laboran los profesionales de enfermería para contrastarlas e identificar necesidades generales y particulares.

## BIBLIOGRAFÍA

- Asamblea Médica Mundial (AMM). (2013). Declaración de Helsinki de la AMM Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013. Brasil: AMM. [https://conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Declaracion\\_Helsinki\\_Brasil.pdf](https://conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Declaracion_Helsinki_Brasil.pdf)
- Bermejo, J.C. (1998a). Apuntes de relación de ayuda. España: Sal Terrae
- Bermejo, J.C. (1998b). Relación de ayuda y Enfermería. España: Sal Terrae
- Cantor-Cruz, F., McDouall-Lombana, J., Parra, A., Martin-Benito, L., Paternina Quesada, N.,

- González-Giraldo, C., Cárdenas Rodríguez, M. L., Castillo Gutiérrez, A. M., Garzón-Lawton, M., Ronderos-Bernal, C., García Guarín, B., Acevedo-Peña, J. R., Gómez-Gómez, O. V. y Yomayusa-González, N. (2021). Cuidado de la salud mental del personal de salud durante COVID-19: recomendaciones basadas en evidencia y consenso de expertos. *Revista colombiana de psiquiatría*, 50(3), 225–231. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.02.007>
- Cruz A, Gutiérrez A, Zaldívar E. (2020). Gestión de seguridad psicológica del personal sanitario en situaciones de emergencia por COVID19 en el contexto hospitalario o de aislamiento. *Rev Cubana Enferm*; 36(2). <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3704>
- Díaz, M. M. (2011). Nurse/patient communication: thoughts about help Relationship. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 2(1), 55-61. <https://funciden.org/wp-content/uploads/2019/02/T.6-COMUNICACION-ENFERMERA-PACIENTE.pdf>
- De Arco-Canoles, O. y Suarez-Calle, Z. K. (2018). Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. Colombia. *Universidad y salud*, 20(2), 171-182. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182002.121>
- El Universal. (2020). *Personal de salud que atendió a pacientes con COVID presenta estrés y depresión: especialistas*. <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/sociedad/personal-de-salud-con-estres-y-depresion-tras-atender-pacientes-con-covid>
- Frank, J., & Frank, J. (1991). *Persuasion and healing. A comparative study of psychotherapy*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Gobierno de México. (2021). *COVID-19. ¿Qué es el coronavirus?* <https://coronavirus.gob.mx/covid-19/>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6a. ed.). México D.F: McGraw-Hill.
- Infosalud. (2020). *Breve historia de las pandemias globales: cómo hemos luchado contra los mayores asesinos*. <https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-breve-historia-pandemias-globales-hemos-luchado-contra-mayores-asesinos-20200322075937.html>
- Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B. X., Wang, Y., Hu, J., Lai, J., Ma, X., Chen, J., Guan, L., Wang, G., Ma, H., & Liu, Z. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The lancet. Psychiatry*, 7(3), e14. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30047-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30047-X)
- Lahite-Savón, Y., Céspedes-Pereña, V. y Maslen-Bonnane, M. (2020). El desempeño del personal de Enfermería durante la pandemia de la COVID-19. *Revista Información Científica*, 99(5), 494-502. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1028-99332020000500494&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332020000500494&lng=es&tlng=es)
- Lofland, J., Snow, D.A., Anderson, L. and Lofland, A.L. (2006). *Analyzing social settings: A guide to qualitative observation and analysis*. EUA: Wadsworth Publishing.
- López-Izurrieta, I. y López-Izurrieta, I. (2021). La Salud Mental del Personal Sanitario ante La Pandemia Del Covid-19. *Enfermería Investiga*, 6(1), 47-50. doi:10.31243/ei.uta.v6i1.1026.2021
- Lozano-Vargas, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y de la población en general en China. *Rev Neuropsiquiatría*, 83(1), 51-56. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-85972020000100051&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972020000100051&lng=es)
- Matesanz, Á. (2009). Pasado, presente y futuro de la Enfermería: una aptitud constante. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, 7(2), 243-260. Recuperado el día 21 de abril del 2021. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-pasado-presente-futuro-enfermeria-una-13139761>
- Mellow, J. (1968). Nursing therapy. *The American journal of nursing*, 68(11), 2365–2369. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5187949/>

- Mieles, M., Tonon, G. y Alvarado S. (2012). Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas Humanística*, (74), 195-225. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=791/79125420009>
- Monterrosa-Castro A, Dávila-Ruiz R, Mejía-Mantilla A, Contreras-Saldarriaga J, Mercado-Lara M, Flores-Monterrosa C. (2020). Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *MedUNAB*, 23(2), 195-213. doi: 10.29375/01237047.3890
- Morales-Cheiné, S. (2021). Impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental. *Enfermería Universitaria*, 18 (2). <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2021.2.1218>
- Morrison, J. (2015). DSM-5 Guía para el diagnóstico clínico. México: Manual Moderno.
- Muñoz Zambrano, C. L., Rumie Díaz, H., Torres Gómez, G., Villarroel Julio, K. (2015). IMPACTO EN LA SALUD MENTAL DE LA(DEL) ENFERMERA(O) QUE OTORGA CUIDADOS EN SITUACIONES ESTRESANTES. *Ciencia y enfermería*, 21(1), 45-53. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000100005>
- Núñez Zarazu, Ll., Núñez, N. S., Alberto, V., Asnate, E., Reyes, S. y Amado, A. (2021). La salud mental de los enfermeros en un hospital andino en tiempos de COVID-19. *Vive Revista de Salud*, 4(11), 130-140. <https://doi.org/10.33996/revistavive.v4i11.91>
- Obando, R., Arévalo-Ipanaqué, J., Aliaga, R. y Obando, M. (2021). Ansiedad, estrés y depresión en enfermeros de emergencia Covid-19. *Index de Enfermería*, 29(4), 225-229. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962020000300008&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000300008&lng=es&tlng=es)
- Ojeda-Casares H. Gerardo de Cosío F. (2020). *Covid-19 y salud mental*. Organización Panamericana de la Salud. Suiza. <https://www.paho.org/venezuela/dmdocuments/covid-19/covid19%20y%20salud%20mental%20mensajes%20claves%20definitivo.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013) *Plan de acción sobre Salud Mental 2013-2020*. Suiza: OMS [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). *Enfermería y partería. Temas de salud*. Suiza: OMS. [https://www.who.int/health-topics/nursing#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/nursing#tab=tab_1)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). *Promoción de la Salud mental*. Suiza: OMS [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/promocion\\_de\\_la\\_salud\\_mental.pdf](https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Suiza: OMS <https://cutt.ly/YkLp0Bc>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019a). *Salud mental*. Suiza: OMS <https://www.who.int/es/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health0comunidad>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019b). *Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19)*. Suiza: OMS [https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=CjwKCAjw64eJBhAGEiwABr9o2De0Pe432ugLPudvjomnTdkjleiX-1-Crf3Pjfsj7X-CjOMDLt77fhoCxHsQAvD\\_BwE](https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=CjwKCAjw64eJBhAGEiwABr9o2De0Pe432ugLPudvjomnTdkjleiX-1-Crf3Pjfsj7X-CjOMDLt77fhoCxHsQAvD_BwE)
- Orlando, I. J. (1979). *La Relation dynamique infirmière-client*. Canadá: Editions HRW.
- Perplau, H. (1962). Interpersonal techniques: the Crux of Psychiatric Nursing. *American Journal Nursing*, 62,50-54. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14485163/>
- Pilataxi, D., Velasco, L. y Fierro, M. (2021). Impact of COVID-19 on the mental health of the nursing professional. *Revista Gicos*, 6(2), 64-76. <http://revistas.saber.ula.ve/index.php/gicos/article/view/17333>
- Procel, G., Vera, F y Suconota, A. (2022). Impacto en la salud mental del personal de enfermería en un hospital general por Covid-19. *Polo del conocimiento*, 7(8), 1328-1344. <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/%20search%20>

- Quiroz-Figueroa, M., Segovia-Piguabe, M., Salvador-Cortez, K y Tomalá-Orrala, K. (2022). Salud mental del personal de enfermería y sus repercusiones en el cuidado del paciente con Covid-19. *Revista Dominio en las Ciencias*, 8 (1). <http://repositorio.unesum.edu.ec/handle/53000/3092>
- Raffino, M.E. (2020). *Concepto de "Salud (según la OMS)"*. Argentina. <https://concepto.de/salud-segun-la-oms/>
- Sánchez-De La Cruz, J., González-Castro, T. B., Pool-García, S., López-Narváez, M. L., y Tovilla-Zárate, C. A. (2021). Estado emocional y psicológico del personal de enfermería agredido durante la pandemia de COVID-19 en Latinoamérica. *Revista colombiana de psiquiatría*, 493, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.08.006>
- Sánchez-Uriza, M., Fe-Gamo, M., Godoy, F., Igual, J., Romero, A. (2006). ¿Conocemos el bienestar psicológicos de nuestro personal sanitario. *Rev Calidad Asistencial*, 21(4), 194-8. DOI: 10.1016/S1134-282X(06)70780-1
- Secretaría de Gobernación. (2017). *Adicionan diversas disposiciones de la ley general de salud, en materia de salud mental*, México: SSA. [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5284723&fecha=15/01/2013](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284723&fecha=15/01/2013)
- Secretaría de Gobernación (2013). *NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos*. México: SSA. [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0)
- Secretaría de Salud. (2021). *Lineamientos de respuesta y de acción en salud mental y adicciones para el apoyo psicosocial durante la pandemia por COVID-19 en México*. México: SSA. [https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Lineamientos\\_Salud\\_Mental\\_COVID-19.pdf](https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Lineamientos_Salud_Mental_COVID-19.pdf)
- Secretaría de Salud SSA. (2020). *Recomendaciones y estrategias generales para la protección y la atención a la salud mental del personal sanitario que opera en los centros COVID y otras instalaciones que prestan atención a los casos sospechosos o confirmados*. México: SSA. [https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Recomendaciones\\_estrategias\\_generales\\_proteccion\\_atencion\\_salud\\_mental\\_personal\\_sanitario.pdf](https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Recomendaciones_estrategias_generales_proteccion_atencion_salud_mental_personal_sanitario.pdf)
- Servicios de Salud. (2022). *Coronavirus*. México: SSA. <https://saludcolima.gob.mx/coronavirus/>
- Servicios de Salud. (2021). *Se registran 177 casos nuevos y 12 decesos por Covid-19 en el Estado*. México: SSA <https://saludcolima.gob.mx/noticia.php?id=6289>
- Siles, J., & Solano, C. (2009). *Antropología educativa de los cuidados: Una etnografía del aula y las practicas clínicas*. Alicante: Universidad de Alicante/ Marfil.
- Silva Magaña, G. (2011) *Patrones culturales y estructuras individuales en los entornos profesionales, institucionales y sociales. Un estudio de su incidencia en la evolución del cáncer cérvico uterino, en las mujeres atendidas en el Centro Estatal de Cancerología de Colima, México*. Tesis Doctoral. Alicante, España. Ed. Universidad de Alicante.

# Cuerpos desgener[iz]ados: rescatando las experiencias de personas intersex como usuarias del sistema de salud público Chileno

## *Desgener[iz]ated bodies: rescuing the experiences of intersex people as users of the Chilean public health system*

### Corpos desgener[iz]ados: resgatando as experiências de pessoas intersexuais como usuárias do sistema público de saúde chileno

CAMILA GACITÚA-CASANOVA, AMAYA PAVEZ L.

#### Camila Gacitúa-Casanova

Universidad de Santiago de Chile. Chile.  
[camila.gacitua.c@usach.cl](mailto:camila.gacitua.c@usach.cl)  
<https://orcid.org/0000-0001-9656-5425>

#### Amaya Pavez L.

Universidad de Santiago de Chile. Chile.  
[amaya.pavez@usach.cl](mailto:amaya.pavez@usach.cl)  
<https://orcid.org/0000-0002-4671-2092>

#### Contacto principal:

[camila.gacitua.c@usach.cl](mailto:camila.gacitua.c@usach.cl)

Fecha recepción: 09/11/2023

Fecha aceptación: 20/01/2024

Financiación: Este trabajo no ha recibido financiación.

Conflicto de intereses: Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.



Licencia: Este trabajo se comparte bajo la licencia de Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons (CC BY-NC-SA 4.0): <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

© 2024 Camila Gacitúa-Casanova, Amaya Pavez L.

#### Resumen:

**Introducción:** La intersexualidad comprende condiciones infrecuentes donde una persona nace con una anatomía sexual diferente del binario hombre-mujer; esto supone habitar un cuerpo fuera de lo inteligible y estigmatizado. Históricamente, desde la heteronorma, el modelo biomédico ha buscado normalizarles quirúrgicamente para asignar precoz y arbitrariamente un sexo-género armónico con la genitalidad. Desde los Derechos Humanos, estas prácticas son cuestionadas por *colectivos Intersex*.

**Materiales y método:** Estudio de caso, entre años 2019 y 2020; técnica de *entrevista en profundidad* a dos usuarios adultos de los Policlínicos de Urología y Endocrinología de un hospital público en Santiago, Chile; se utilizó la *fenomenología de Husserl* para comprender la experiencia en el sistema de salud de las personas intersex. El análisis de la información se basó en la propuesta de Colaizzi.

**Resultados:** Se reconocieron unidades de significado principales e imbricadas, cuyas esencias permitieron describir el fenómeno de: ser niño y habitar el espacio hospitalario, vivir con la condición actualmente, y la experiencia de utilizar el sistema de salud siendo adulto.

**Conclusiones:** Se identificaron diversas estrategias de agencia tanto en el espacio hospitalario como el cotidiano, mediante un proceso personal y silencioso de aprendizajes sobre las implicancias de ser intersexual.

**Palabras Clave:** DDS; intersexualidad; biopolítica; sistemas de salud.

**Citaci3n:** Gacitúa-Casanova, C., Pavez L., A. (2024). Cuerpos desgener[iz]ados: rescatando las experiencias de personas intersex como usuarias del sistema de salud público Chileno. *Cultura de los Cuidados*, (68), 61–74. <https://doi.org/10.14198/cuid.26147>



### Abstract:

**Introduction:** Intersexuality includes extremely rare conditions where a person is born with a sexual anatomy different from the male-female binary; this supposes inhabiting a body outside the intelligible, configuring a stigma. Historically and from the heteronorm, the biomedical model has sought to surgically normalize them in order to precociously and arbitrarily assign a gender in harmony with genitality. From Human Rights, these practices have been questioned by Intersex groups.

**Materials and method:** During the years 2019 and 2020, case studies were carried out through in-depth interviews with two adult users of the Urology and Endocrinology Polyclinics of a public hospital at Santiago, Chile; Husserl's phenomenology was used to visualize the phenomenon according to how it is experienced by the subjects who carry it, using the procedure described by Colaizzi as an information analysis plan.

**Results:** Main and overlapping units of meaning were recognized, whose essences allowed describing the phenomenon of: being a child and inhabiting the hospital space, currently living with the condition, and the experience of using the health system as an adult, with new and own meanings.

**Conclusions:** Various agency strategies were identified both in the hospital space and in everyday life, through a personal and silent process of learning about the implications of being intersex.

**Keywords:** DDS; intersexuality; biopolitics; health systems.

### Resumo

**Introdução:** Intersexo compreende condições raras em que uma pessoa nasce com uma anatomia sexual diferente do binário masculino-feminino; Isso significa habitar um corpo fora do que é inteligível e estigmatizado. Historicamente, a partir da heteronormação, o modelo biomédico buscou normalizá-los cirurgicamente para atribuir precoce e arbitrariamente um sexo-gênero harmônico com a genitalidade. A partir dos Direitos Humanos, essas práticas são questionadas por grupos intersexuais.

**Materiais e método:** Estudo de caso, entre os anos de 2019 e 2020; técnica de entrevista em profundidade com dois usuários adultos das Policlínicas de Urologia e Endocrinologia de um hospital público de Santiago, Chile; A fenomenologia de Husserl foi utilizada para compreender a experiência de pessoas intersexuais no sistema de saúde. A análise das informações foi baseada na proposta de Colaizzi.

**Resultados:** Reconheceram-se unidades de significado principais e sobrepostas, cujas essências permitiram descrever o fenômeno de: ser criança e habitar o espaço hospitalar, viver atualmente com a condição e a experiência de usar o sistema de saúde na fase adulta.

**Conclusões:** Foram identificadas várias estratégias de agenciamento tanto no hospital como na vida cotidiana, através de um processo pessoal e silencioso de aprendizagem sobre as implicações de ser intersexo.

**Palavras-chave:** DDS; intersexualidade; biopolítica; sistemas de saúde.

## INTRODUCCIÓN

La Intersex Society of North America (isna.org, s.f.) define intersex como un “término general usado para una variedad de condiciones en las que una persona nace con una anatomía sexual que no parece ajustarse a las definiciones típicas de hombre o mujer... una persona puede nacer pareciendo femenina en el exterior, pero teniendo una anatomía típicamente masculina en su interior”. Actualmente es utilizado junto a Diferencias del Desarrollo Sexual (DDS), tras un consenso de especialistas médicos europeos en el año 2006, para abandonar el uso de términos peyorativos y avanzar hacia tratamientos más respetuosos, humanizados, interdisciplinarios y más amplios que el diagnóstico.

Según Cabral y Benzur (2005), estas variaciones características deben comprenderse como una condición y no como patología. En los genitales externos estas variaciones significan un pene “demasiado pequeño”, un clítoris “demasiado grande” o una uretra inserta fuera del glande; por tanto, la intersexualidad no se refiere sólo a diagnósticos sino a una gran variedad de corporalidades.

La relación de las personas intersex con el orden simbólico y hegemonía del modelo biomédico está cargada de configuraciones de ser un otro enfermo, que necesita de una normalización médica con urgencia (urgencia socio-cultural). Según Preciado (2000) y Hester (2004), los cuerpos intersex son hablantes por su interacción en diversos espacios y roles en la estructura social, pudiendo ser así cuerpos postgénero ya que representan expresiones concretas de una contrasexualidad que desafía el binario masculino-femenino mediante su existencia y visibilidad; desde esta mirada la experiencia de una persona intersex con el sistema de salud público chileno es poco conocida. **Objetivo General:** Comprender la experiencia de adultos intersex usuarios de dos policlínicos, de especialidades médicas de un hospital público en Santiago de Chile.

## MATERIALES Y MÉTODO

Investigación cualitativa con un muestreo enclaustrado y por conveniencia, donde se reclutó vía telefónica y por e-mail a personas adultas pertenecientes a los policlínicos de urología y de endocrinología de un hospital público de Santiago de Chile, con diagnósticos previamente conocidos de alguna DDS. La muestra se conformó con dos personas que se identifican como hombres heterosexuales. Se utilizó la fenomenología de Husserl para conocer las subjetividades de las personas como usuarias del sistema de salud con una condición históricamente estigmatizada como una patología, que tensiona incluso el marco legal chileno y el ejercicio de la ciudadanía. Dado el reducido número de participantes por lo infrecuente que son las DDS, el diseño metodológico corresponde a un estudio de casos múltiples según lo descrito por Rodríguez, Gil & García (1999) y Urra, Núñez, Retamal & Jure (2014), donde no se buscó la saturación de la información para homogeneizar los hallazgos como un criterio de calidad sino rescatar los contrastes y/o convergencias en las experiencias, vivencias y estrategias de agencia particulares de estos sujetos que comparten el vivir con una DDS, se relacionan con un mismo contexto de salud pero que son únicos en su subjetividad. La pregunta orientadora fue “¿cómo ha sido su experiencia con el sistema



de salud público considerando el diagnóstico con el que vive?”. La técnica de recolección de información fue la *entrevista en profundidad*, grabada en audio y transcrita en modo verbatim previo consentimiento informado; como criterio de calidad se aplicaron dos entrevistas a cada sujeto. Estos criterios de calidad se basaron en lo propuesto por McGloin (2008): *credibilidad* mediante la corroboración de los hallazgos con los participantes; *reflexividad* continua de la interacción investigadora-sujetos para disminuir sesgos; y *consistencia* entre las grabaciones de audio, las notas de observación y los hallazgos presentados. Las transcripciones fueron analizadas según el plan formulado por Colaizzi (Streubert & Rinaldi, p. 79, 2011). El principal criterio de inclusión fue que las personas conocieran y comprendieran la condición de DDS o intersex con que viven.

### *Aspectos éticos*

Se presentó el proyecto de investigación y consentimiento informado al Comité de Ética Institucional del hospital público donde se realizó el estudio; estos documentos fueron autorizados previamente por el Comité de Ética Institucional de la Universidad de Santiago de Chile. El consentimiento informado se basa en las cláusulas éticas biomédicas del CIOMS del año 2002, la Declaración de Helsinki, el apartado sobre Derechos Fundamentales de la actual Constitución Política de la República de Chile y la Declaración Universal de Derechos Humanos. También se siguieron los criterios formulados por Ezekiel Emanuel: *valor y validez*; *selección equitativa de sujetos*, y *proporción riesgo-beneficio*. No se realizó ningún tipo de coacción para incentivar la participación. Ambos sujetos conocieron previamente las motivaciones de la investigadora, consintieron las grabaciones en audio, la toma de notas de sus fichas clínicas y la publicación de resultados.

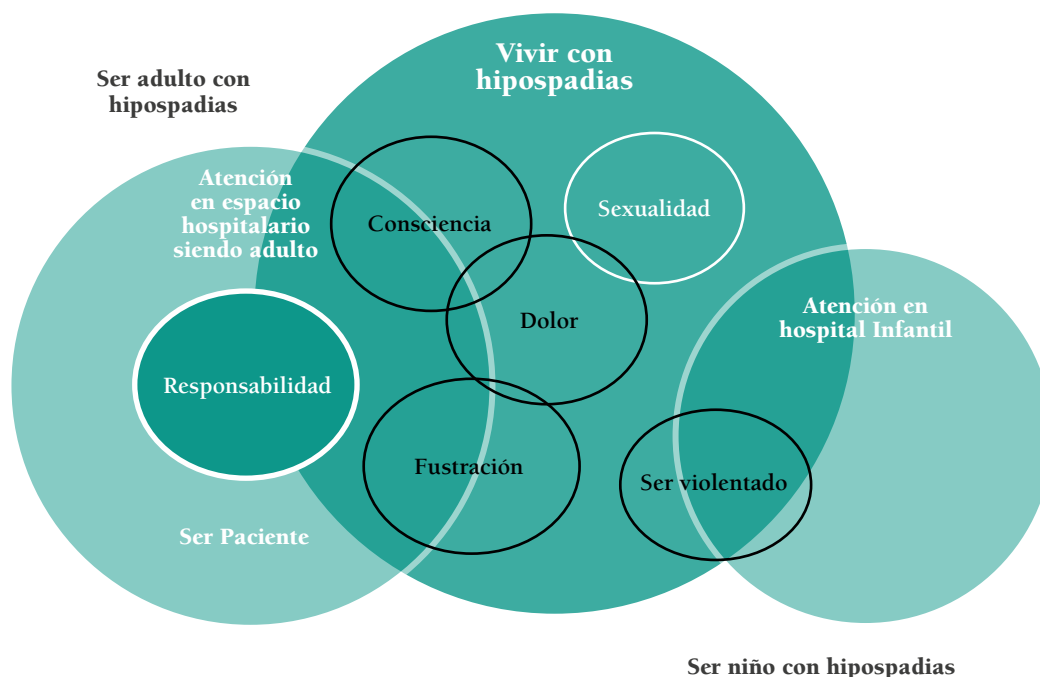
## RESULTADOS

Las unidades de significado fueron agrupadas en clústeres (Rodríguez, Gil & García, p. 208-212, 1999) según los momentos vitales y las interacciones de cada participante en distintos espacios, esto permitió describir la experiencia de ser usuario del sistema de salud público siendo intersex. Para cada participante se elaboró un diagrama que explica su experiencia.

### *Sujeto I (SI)*

Contexto: SI vive con el diagnóstico de hipospadias severa, nació en 1997. Vivió múltiples cirugías (uretroplastías) entre la infancia y pubertad para corregir su hipospadias y asegurar una micción a través de la uretra. Académicamente se refiere a sí mismo como autodidacta ya que en la infancia no tuvo una asistencia escolar regular por las múltiples hospitalizaciones. Se autodefine como un hombre hetero cis. Siendo adulto nuevamente es derivado a un hospital público de alta complejidad por obstrucción uretral con compromiso de la función renal, y se le plantea realizar una uretroplastía reconstructiva en otro largo proceso de tres cirugías.

Figura 1: Significados del SI de ser usuario del sistema de salud público y vivir con Hipospadias.



Fuente: elaboración propia.

Su experiencia comprende 2 grandes dimensiones:

1. *“Interacciones con el Sistema de Salud”, primer clúster que se nutre de:*

*Atención en hospital infantil*

Rememora rudeza y un silencio impuestos en las atenciones con su cirujano principal, a quien define como poco humano ya que le niega el diálogo durante las atenciones y esto gesta sensaciones de vulnerabilidad, debilidad e incluso mayor dolor corporal tras las uretroplastías. Ante la carencia de información durante estas atenciones, SI comienza a buscar información sobre su tipo de hipospadias. La esencia es la *violencia vivida a través del cuerpo*.

*“... como es un hospital para niños, los doctores hablaban distinto.... en mi caso, todos los funcionarios se sabían mi nombre porque tenía controles semanales y, cuatro veces al año, me hacían una cirugía... en el hospital (infantil), la gente fue muy amable, siempre muy comprensiva, menos el... doctor de cabecera, el dr. O... con él tuve muchos altercados porque era una persona que no miraba a la cara. Que nunca me dijo mi diagnóstico... me sentía como un maniquí...”* (SI, primera entrevista, pág. 2).

*Atención en espacios hospitalarios siendo adulto*

El SI resignifica este espacio ya que ahora recibe información satisfactoria de los cirujanos involucrados y es tratado con amabilidad en momentos de dolor físico. Transita hacia un concepto del espacio hospitalario como un segundo hogar que le invita a cultivar la paciencia con la recuperación del cuerpo. Reflexiona que la humanidad es un ejercicio individual y

una responsabilidad: el reconocer a los profesionales de salud como humanos le ayuda a entender un sistema público saturado por una insuficiente dotación de profesionales y por el escaso acceso de las personas a la atención privada. La *frustración* es la esencia: pese a ser reconocido, tratado con amabilidad y contar con información suficiente de los profesionales médicos, la hipospadias con que vive no ha sido resuelta con éxito.

*“yo digo “no tratar mal a la gente (equipo de salud)” porque los problemas de esa persona pueden ser igual o peores a los míos, porque yo veo acá a la gente cómo corre, todo lo ocupada que está... entonces si yo quiero una buena atención, yo tengo que ser un buen paciente también... que es lo que pasa mucho en los hospitales, tanto en urgencias como en controles: nadie tiene paciencia... las heridas necesitan recuperación, también requieren la paciencia de uno y un mínimo esfuerzo”.* (primera entrevista, pág. 8).

## 2. “Vivir con la condición de hipospadias”, segundo clúster que se nutre en la temporalidad: Ser niño y escolar con hipospadias

El espacio escolar aparece desde el *bullying* por manifestar signos del hipospadias como la incontinencia urinaria y la claudicación por dolor al caminar. La esencia es *vivir violencia física de otros*.

### *Ser adulto con hipospadias*

Significa tener una relación estrecha y vitalicia con todos los espacios del sistema de salud. Esta estrechez con el tiempo ha permitido re construir la confianza de que su necesidad de salud será atendida y que pese a sus precariedades, el sistema de salud le ha mantenido con vida. Explica esta relación con el hospital gesticulando un bucle, hay ideas contrapuestas de frustración y de aceptación del rol de paciente como un destino. El tener conciencia de la DDS permite reconocer los límites físicos, orienta la gestión de recursos de tiempo, de autocuidado emocional y del cuerpo, y es la esencia de esta unidad de significado.

*“... yo he sido paciente desde el nacimiento... y ya no pasa por un tema de paciencia, pasa por un tema de que soy el individuo que nació para vivir su vida en el hospital, yo igual estoy súper agradecido de dos cosas: de la mentalidad que tengo para poder ir a estudiar y para aprender las cosas que sé hoy día y, también estoy agradecido del sistema de salud... porque a pesar de todas las falencias que tiene yo sigo vivo...”* (primera entrevista, pág. 14). *(Al preguntarle por uso de palabra ‘bucle’)... al final, físicamente el tema de la cirugía, enfermarse, volver al doctor, cirugía, recuperación, o sea, también emocional, y otra cirugía... es eso el bucle.”* (segunda entrevista, pág.2).

### *Sexualidad*

Mantener una relación sexo afectiva hetero ha sido motivo de preocupación ya que el hipospadias compromete la micción y la eyaculación; hay un riesgo permanente de complicación que lleva la atención hacia el dolor. Hace una diferencia entre la masturbación que asocia con la adolescencia, y el deseo sexual que actualmente asocia a la cercanía emocional que satisface sus necesidades y le calma por sobre la estimulación física. El *dolor* es la esencia de esta unidad de significado.

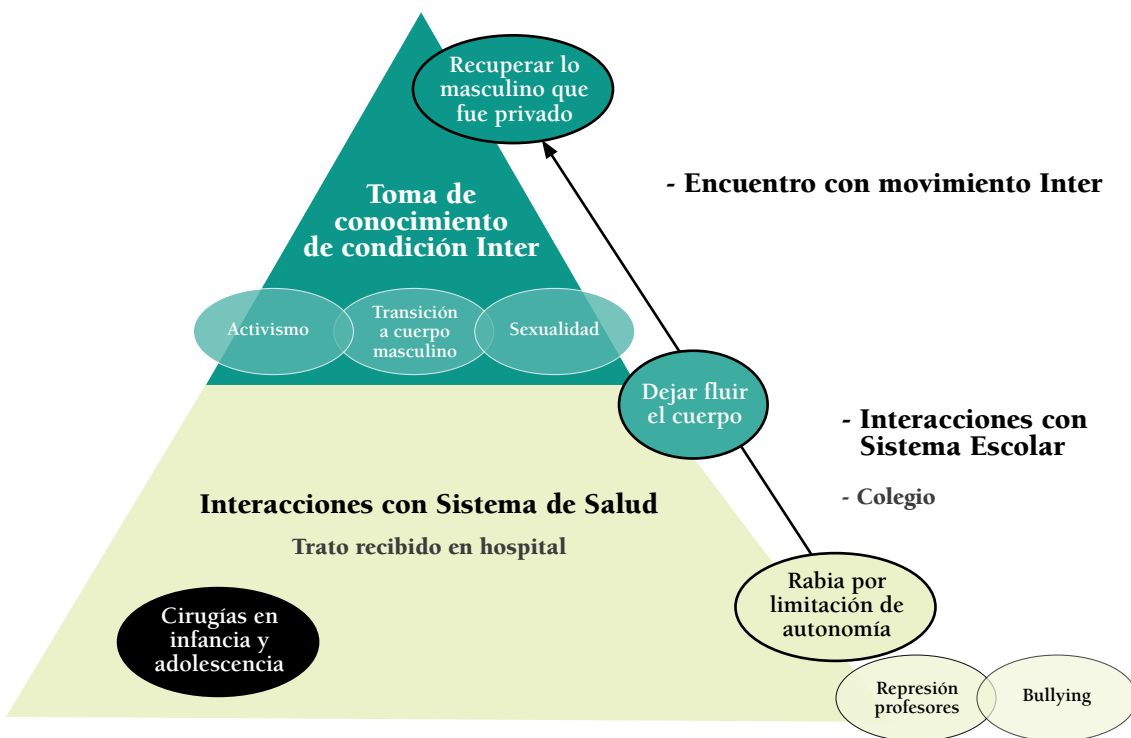
### Sujeto II (SII)

Contexto: SII nació en 1978; vive solo pero en cercanía con su madre. La mayor parte de su vida recibió atenciones en el mismo hospital público.

En la adultez se hace más evidente el malestar con su identidad de género e inicia un proceso psicoterapéutico que le permite comprender las cirugías genitales feminizantes a las que fue sometido en la infancia: nació con cariograma XX y un aspecto genital masculino ambiguo resultado del diagnóstico de Hiperplasia Adrenal Congénita. Describe estos años de infancia como difíciles, donde su madre y él recibieron escasa información, y relaciona estas prácticas de imposición y silencio de los profesionales médicos con dinámicas características de la dictadura en Chile.

Actualmente se encuentra en transición con apoyo de testosterona inyectable y se identifica como un hombre hetero intersex. La experiencia de ser usuario del sistema de salud público viviendo con hiperplasia adrenal congénita, se resume en el siguiente diagrama y se enumera en los siguientes clústeres:

Figura 2: Significados del SII de ser usuario del sistema de salud público, ser Intersex y vivir con Hiperplasia Adrenal Congénita.



Fuente: elaboración propia.

## 1. “Interacciones con distintos niveles del sistema de salud público”

### *Trato recibido en el Hospital cuando niño: limitación de Autonomía*

En la infancia tuvo un seguimiento biomédico frecuente. En este espacio, SII define el trato de profesionales médicos y de enfermería como malo y carente de empatía. Durante las atenciones médicas vivió la exposición frecuente y no consentida de su cuerpo; estas vivencias de entrega forzada de sí para la práctica y formación de otros profesionales médicos crearon un temor constante. Reflexiona haber perdido su autonomía: un cirujano le arrebató su autodefinición coadyuvado por un sistema de salud que valida y prestigia su saber, permitiéndole intervenir su genitalidad para adecuarla a lo femenino y estéticamente heteronormado. La esencia en esta unidad de significado es la *rabia*.

*“A mí me da mucha rabia: la autoridad absoluta, es así como yo lo interpreto: “yo decido por ti” ... en ese tiempo los personajes eran casi intocables, los cirujanos eran como la máxima eminencia del “no sé qué” y que ellos podían tomar una decisión”* (segunda entrevista, pág.3, cuarto párrafo).

### *Cirugías durante la vida: desde la limitación hacia la elección*

A los meses de su nacimiento fue sometido a una clitoridectomía, entre los 10 y 12 años a dos vaginoplastias. La visualización de la propia genitalidad tras la primera vaginoplastia fue impactante, devastadora y confusa. El dolor era constante, limitaba el movimiento, dificultaba la micción y se asocia al temor de perder esta capacidad de eliminación. Actualmente racionaliza que su madre conformó una triada de silencio con los cirujanos y endocrinóloga tratantes, estos le recomendaron ocultar su diagnóstico y genitalidad de nacimiento para protegerlo.

En la adultez, solicita una histerectomía radical para extirpar sus ovarios y útero hipoplásicos por dolor menstrual intenso, esta cirugía significa una vivencia positiva al eliminar el dolor y malestar. Tras esta decisión desarrolla una postura crítica sobre las cirugías genitales en infancias intersex: son innecesarias, violentas, mutilantes, no consentidas, y generan secuelas que se imprimirán en el cuerpo toda la vida. Por tanto, rechazar la normalización estética genital es un ejercicio de autonomía y de cuidado del cuerpo para el futuro. La esencia de esta unidad de significado es el *dolor*.

*“... mi carta de presentación no son mis genitales... Entonces, quién tiene el derecho de ejercer sobre el otro por todo esto?, por qué?, por qué yo voy a ejercer sobre tus genitales, sobre tus formas... yo no elegí esta condición ... y por qué él tiene que ejercer esa autonomía, sobre mi cuerpo, sobre mi vida...”* (segunda entrevista, pág. 13).

## 2. En íntima relación al clúster anterior, aparecen las “Interacciones en el sistema escolar”

### *Experiencia en el Colegio*

Este espacio significa incomodidad y desconexión con sus pares y profesores por su expresión de género y su aspecto físico, descrito por él mismo como progresivamente ambiguo producto de la hiperplasia adrenal congénita. Su vida escolar se fundamentó en la socialización desde los roles ligados a la femineidad, tensionando su identidad de género e incipiente orientación sexual, y también limitando la autonomía. Los otros normales, perciben estas diferencias y le maltratan verbalmente. La *rabia* es la esencia de esta unidad.

### 3. Hacia las experiencias de la adultez, se conformó el tercer clúster “Toma de conocimiento de su condición intersex”, que se nutre de los conceptos:

#### *Sexualidad*

En la adultez toma conciencia de las cirugías impuestas en la infancia, y con acompañamiento profesional en la transición masculina se siente liberado, y distingue nuevos significados a su genitalidad y al ejercicio de la sexualidad: define su pene como mutilado, pero valora el poder sentir placer y desde ahí decide distanciarse de las prácticas sexuales heteronormadas.

#### *Recuperación del cuerpo masculino*

Con la histerectomía y hormonoterapia, aparecen sentimientos positivos que permiten recuperar su adolescencia y la armonía corporal con su identidad de género. Esta nueva experiencia quirúrgica y el contacto con un médico que lo trata humanamente, permiten recuperar en parte la confianza hacia las y los profesionales médicos.

*“...Yo sabía que ese no era mi cuerpo... por más que trataba de ser sincero, no sé, de comportarme “como niña”, una lucha constante... le digo a la psicóloga: “sabe qué?, yo necesito decirle esto, sabes que yo nunca en mi vida me he sentido una niña, nunca nunca, y ella me dice “bueno, es tiempo de que se lo digas a tu madre y que recuperes la información en el hospital”...” (segunda entrevista, pág. 16).*

#### *Conocimientos sobre hiperplasia adrenal congénita y encuentro con el movimiento intersex*

Desde el conocimiento biomédico de la hiperplasia adrenal congénita y en un contexto politizado, conoce a activistas que le ayudan a comprender sus vivencias; esta apertura le permite reconocerse como un sujeto único que se atreve a darle valor a su diferencia y a resignificarla mediante el fortalecer una identidad intersex. Estos encuentros también fundamentaron la crítica hacia las prácticas médicas y la urgencia de cambiar el enfoque de tratamiento: los equipos médicos debieran priorizar la terapia corticoidal y diferir las genitoplastias para reservarlas sólo a casos graves donde aseguren un beneficio real. Define el acervo teórico biomédico en torno a la intersexualidad como un conocimiento reduccionista, binario y arbitrario; en cuanto al enfoque en salud mental, reconoce aún la existencia de prejuicios en estos espacios.

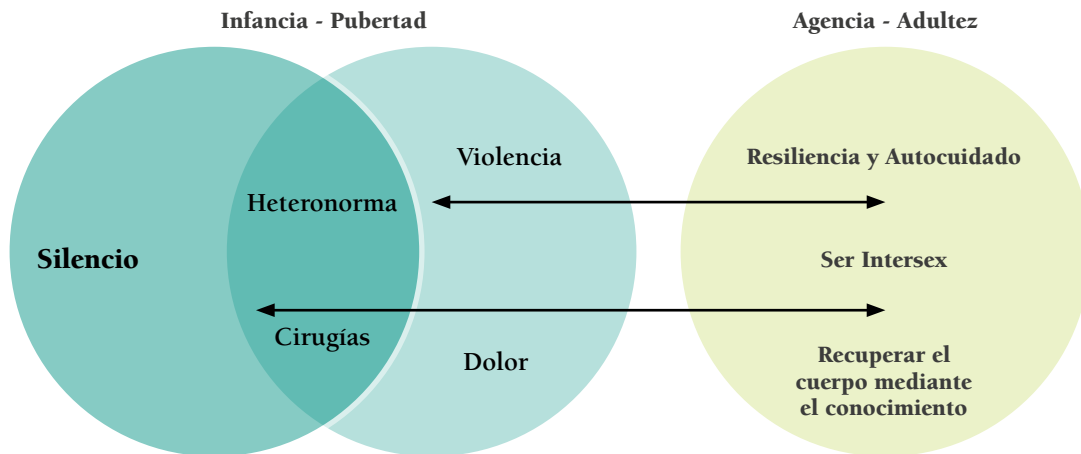
Su postura política actual se desarrolló con estos encuentros, ayudando a moldear una estrategia de agencia ya que ahora reflexiona su identidad como una lucha constante en su vida.

*“... acá en Chile falta gente que se interese... gente del área de la salud que quiera meterse en el tema, que quiera decir “oye saben que pasa esto y esto, hay personas intersex que lo vivieron y, lo aconsejable es que no, no se debe seguir con las cirugías”, yo no sé todavía cómo pensarán los médicos, no sé cuál es el concepto que tienen ellos, qué pensarán del concepto intersexual... ¿Qué significa pa ellos ser intersex?”. (segunda entrevista, pág.8).*

#### *Diagrama explicativo de los significados comunes de las experiencias siendo usuarios del sistema de salud público y viviendo con una DDS*

Las experiencias de los participantes con el sistema de salud público tienen como esencias comunes el *dolor* y *violencia*, que se mostraron con más fuerza e ilustran las intersecciones del *silencio* impuesto, recomendado por distintos profesionales médicos, que se imbrica al espacio del hogar y el escolar; este silencio a su vez se utiliza para encajarles socialmente en la

*heteronorma*; se complementa con el reconocimiento de las cirugías como herramientas para erigir una genitalidad y posterior corporalidad binaria, estas experiencias en toda la infancia se caracterizan por una carencia de empatía en el espacio hospitalario, aislamiento y una profunda huella personal. La agencia aparece de formas diferentes en ambos, esta diferencia se relaciona a la identidad de cada uno, pero en ambos es una forma única de experimentar y darle significado a su cuerpo, de sus expectativas para el futuro al habitar distintos espacios y de las tensiones que persisten en la relación con el sistema de salud público.



Fuente: elaboración propia. Diagrama convergente de resultados de ambos participantes.

## DISCUSIÓN

Las vivencias de los sujetos con el espacio hospitalario tras las múltiples genitoplastías representan una forma de anátomo-política para su integración funcional pero arbitraria, adscribiéndoles a la normalidad binaria (García, 2016; Hester, 2004). En el caso del SI, las uretroplastías significaron pese al dolor, la posibilidad de recuperar completamente la funcionalidad uretral (inserción en el glande); y para el SII las vaginoplastías significaron además de dolor, la imposición de un cuerpo sexuado hembra y penetrable para devenir mujer heterosexual.

El silencio mencionado por ambos participantes que comienza en la atención biomédica desorienta, vulnera y resta lógica a las vivencias dolorosas, tensiona el espacio familiar y escolar; en ambos casos las madres también viven la angustia del silencio; en el SII cuando la madre colabora con los profesionales médicos, y fomenta la socialización en roles femeninos recomendada, desconoce el cómo anula el género auto percibido por SII. Los efectos deletéreos de este silencio son similares a lo descrito por Brinkmann, Schuelzmann y Richter-Appelt (2007) cuya investigación con adultos y adultas intersex evidenció sensaciones comunes de engaño e imposición. Este silencio además es perverso: es impuesto desde la infancia para ser incluido e inteligible, demanda colaboración de ambos sujetos y sus madres en este caso, como condición que garantice el éxito de la normalización (M. Danon, 2016). El silencio además adquiere una función con el paso de los años: omitir la DDS ayuda a sobrevivir en el espacio

académico para SI y en el laboral para SII, ya que da control al evitar “ser desacreditado si se descubre la condición” (Goffman, 2009) y supone una tensión constante respecto al habitar el mundo como superviviente, porque demanda constantemente negociar qué tanto sobre sí se devela (Torretera, 2019). Éste hallazgo se vincula con lo planteado por Preciado: en el sistema económico neoliberal “el cuerpo es una herramienta de producción, tanto en el mercado de la sexualidad como en la inserción y mantención en el mercado laboral” (2000, 2015), en el caso de ambos participantes ya siendo adultos, el ocultar la DDS permite evitar ser interpelados en su masculinidad y ser reconocidos como iguales durante momentos de socialización masculina.

La agencia en ambos aparece en dos caminos: como una mejoría de sí para luego transformar al sistema de salud mediante lo que Bandura & Bussey (1999) denominan la capacidad inherente de ser proactivo, auto-reflexivo y auto-organizado, el SI transforma su realidad mediante el auto cuidado para colaborar en la resolución del hipospadias, mejorar la respuesta del sistema desde un uso racional de éste, y sensibilizar a los profesionales en las necesidades de información de los pacientes. Y para SII, la agencia se aproxima a lo descrito por Berger & Luckmann (2003) ya que él responde a la opresión mediante el cuestionamiento de la normalidad desde sus experiencias en el espacio hospitalario, escolar y familiar, vinculándose además al activismo político inspirado inicialmente en la contra cultura LGBT y luego de una organización no gubernamental fundada por personas intersex latinoamericanas, buscando también concientizar y sensibilizar la atención biomédica para detener las cirugías no consentidas y mutilantes.

Para observar la relación de los participantes con el sistema de salud público es necesario enmarcar esta con el modelo económico neoliberal en el sur global donde inevitablemente este se imbrica al modelo biomédico y el doble filo de la medicalización, haciendo a los participantes sujetos. En el caso latinoamericano en sectores empobrecidos, los procesos de medicalización han afectado la percepción que tienen las personas sobre el modelo biomédico, provocando lejanía del prestigio social de la medicina y una búsqueda de información para desarrollar formas de autocuidado (Murguía, Ordorika y Lendo, 2016).

En las experiencias de ambos se vislumbran las necesidades específicas de las personas intersex y que escapan los protocolos de seguridad y calidad de la atención biomédica y de enfermería; el SII acentúa la falta de una mirada que permita implementar una regulación eficaz de las genitoplastías en infancias intersex, la priorización del tratamiento corticoidal y el acompañamiento en salud mental. García (2020) menciona las carencias de los protocolos clínicos en la humanización de la atención ya que pese a guiar, estos pueden ser particularmente rígidos al relacionar clases de pacientes con tratamientos que no logran responder éticamente a su dolor; el mismo autor esclarece el concepto de dignidad como trasfondo de la humanización en la atención de salud: “la dignidad trasciende la igualdad, no basta con la dignidad ontológica, es necesario contemplar la fenomenológica, se debe contemplar el fenómeno por el que atraviesa la existencia del otro” (García, 2021).

## CONCLUSIONES

En ambos participantes hay convergencias en el clúster sobre *interacciones con distintos niveles del sistema de salud*, donde el trato en el hospital muestra experiencias infantiles cargadas de



silencio durante las atenciones biomédicas, este silencio anula la posibilidad de diálogo, restringe el acceso a información sobre sus diagnósticos en un lenguaje adecuado a la infancia; y ambos viven antipatía e incluso crueldad; este clúster tiene la esencia común de la violencia vivida a través de la exposición corporal constante, no consentida, que evoca vulnerabilidad y fractura la confianza con el espacio hospitalario. También en este clúster ambos utilizan los conceptos de cirugías como experiencias cuya esencia es el dolor, les alejaban de sus núcleos familiares y obstaculizaban la escolarización. El segundo clúster *Interacciones en el espacio escolar*, muestra en ambos aislamiento y sensación de no pertenencia, primero por el ausentismo intermitente que dificultaba vincularse con pares y profesores, y segundo, desde la experiencia de ambos con el bullying, para SI relacionado directamente al Hipospadias; y desde la experiencia del sujeto II, hay además significados de desconexión con sus pares y profesores por su expresión de género y su aspecto físico progresivamente ambiguo producto de la Hiperplasia Adrenal Congénita; la esencia común de este clúster es la violencia procurada por los otros normales. El tercer clúster común es *vivir con la condición siendo adultos*, donde ambos reconocen las vulneraciones vividas en la infancia, y desarrollan formas de agencia como: educarse profundamente en sus DDS, elegir ser atendidos por profesionales médicos y de la salud mental sensibilizados en intersexualidad y estigmas asociados, e intentar recuperar así la confianza con el sistema; resignifican el concepto cirugía ya no sólo como imposición sino como una herramienta para resolver dolor de larga data y malestares con su propia genitalidad; aquí el SI considera necesarias las cirugías para resolver su Hipospadias y así terminar con las infecciones urinarias que amenazan su función renal y la sexual que desea tener, pero continúa sintiendo desesperanza; y para el SII las cirugías en la adultez conceden recuperar el cuerpo masculino acorde a su identidad de género. En última convergencia, ambos participantes han sido precarizados laboralmente tanto en acceso como en estabilidad y se protegen mediante la cautela en espacios laborales, donde temen ser interpelados como hombres si se *descubre y señala su diferencia*.

Una divergencia clave entre ambos es que tanto sus experiencias con el sistema de salud como sus conceptos de masculinidad se nutren de sus contextos históricos, el SI vivió su infancia a finales de la década del 90' ya en democracia, momento que tuvo avances legislativos en materia de género; mientras que el SII vivió la infancia en dictadura, y en su discurso acusa cómo se extrapola la represión en el espacio escolar al espacio hospitalario, explicándolo como una práctica común en la esfera pública en este período de quiebre democrático.

La metodología fenomenológica sumada a los criterios de rigor permitieron hacer presente la tarea de evitar la apropiación discursiva de los participantes, esta tarea sin embargo nunca está acabada.

## CONFLICTOS DE INTERÉS Y AGRADECIMIENTOS

No existen conflictos de interés que declarar, ninguna de las investigadoras ha participado de la atención clínica directa a los participantes con anterioridad, no les conocían de antemano ni se desempeñan en los policlínicos donde se les reclutó. No hay financiamiento involucrado en esta investigación. Se agradece la disposición de las enfermeras coordinadoras de ambos policlínicos para facilitar espacios en las respectivas dependencias a fines de proteger la privacidad y crear un clima respetuoso con los participantes.

## BIBLIOGRAFÍA

- Benzur, G., y Cabral, M. (2005). Cuando digo Intersex: un diálogo introductorio a la intersexualidad [En persona]. Córdoba, Argentina.
- Berger, P., Luckmann, T., Zuleta, S. (2003). La construcción social de la realidad (pp. 29-30, 80-98, 133-149). Amorrortu.
- Brinkmann, L., Schuetzmann, K. and Richter-Appelt, H., 2007. Intersex and gender identity disorders: Gender Assignment and Medical History of Individuals with Different Forms of Intersexuality: Evaluation of Medical Records and the Patient's Perspective. *The Journal of Sexual Medicine*, 4(4), 964-980.
- Bussey, K., & Bandura, A. (1999). Social cognitive theory of gender development and differentiation. *Psychological Review*, 106(4), 676-713. <https://doi.org/10.1037//0033-295x.106.4.676>
- Emanuel, E. (1999). ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética?. Siete requisitos éticos. En: Pellegrini, A. & Macklin, R. Investigación en sujetos humanos: Experiencia internacional. Programa Regional de Bioética OPS/OMS.
- Foucault, M. (2012). Historia de la sexualidad: la voluntad de saber (12va ed.). Siglo Veintiuno.
- García Uribe, J. C. (2020). Cuidar del cuidado: Ética de la compasión, más allá de la protocolización del cuidado de enfermería. *Cultura de los Cuidados*, 24(57), 52-60. <https://doi.org/10.14198/cuid.2020.57.05>
- García López, D. (2016). Politización de la vida y medicalización de la política: la producción del cuerpo intersexual. *Eikasia*, 7, 141-157. <http://revistadefilosofia.com/75-07.pdf>
- García Uribe, J. C. (2020). Cuidar del cuidado: Ética de la compasión, más allá de la protocolización del cuidado de enfermería. *Cultura de los Cuidados*, 24(57), 52-60. <https://doi.org/10.14198/cuid.2020.57.05>
- García Uribe, J. C. (2021). La deconstrucción de la humanización: hacia la dignificación del cuidado de la salud. *Cultura De Los Cuidados*, 25(60), 19-32. <https://doi.org/10.14198/cuid.2021.60.03>
- Goffman, E. (2009). Estigma (2a Ed): La identidad deteriorada (pp. 61-65). Amorrortu.
- Hester, D. (2004). Intersexes and the end of gender: Corporeal ethics and postgender bodies. *Journal of Gender Studies*, 13(3), 215-225. <https://doi.org/10.1080/0958923042000287830>
- Husserl, E. (1993). Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica (3ra ed.). Fondo de Cultura Económica.
- McGloin, S. (2008). The trustworthiness of case study methodology. *Nurse Researcher*, 16(1), 45-55. <https://doi.org/10.7748/nr2008.10.16.1.45.c6752>
- Meoded Danon, L. (2018). Time matters for intersex bodies: Between socio-medical time and somatic time. *Social Science & Medicine*, 208, 89-97. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.05.019>
- Murguía, A., Ordorika, T., & Lendo, L. (2016). El estudio de los procesos de medicalización en América Latina. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 23(3), 635- <https://doi.org/10.1590/s0104-59702016005000009>
- Preciado, P. (2015). La revolución que viene, luchas y alianzas somato políticas. Conferencia presentada en el MALBA, Buenos Aires. [https://www.youtube.com/watch?v=vsV2e\\_FbreA&feature=share](https://www.youtube.com/watch?v=vsV2e_FbreA&feature=share)
- Preciado, P., Diaz, J., & Meloni, C. (2000). Manifiesto contrasexual. Anagrama.
- Preciado, P. (2015). La revolución que viene, luchas y alianzas somato políticas. Conferencia presentada en el MALBA, Buenos Aires. [https://www.youtube.com/watch?v=vsV2e\\_FbreA&feature=share](https://www.youtube.com/watch?v=vsV2e_FbreA&feature=share)

- Richter-Appelt, H., & Sandberg, D. (2010). Should Disorders of Sex Development be an Exclusion Criterion for Gender Identity Disorder in DSM 5?. *International Journal Of Transgenderism*, 12(2), 94-99. <https://doi.org/10.1080/15532739.2010.515181>
- Rodriguez Gomez, G., Gil Flores, J. & García Jiménez E. (1999) Metodología de la investigación cualitativa (2ª ed.) (pp. 40-44, 90-100, 168-171, 281-286). Universidad de Deusto.
- Streubert, H., & Rinaldi C., D. (2011). Qualitative research in nursing (15th ed.), (pp. 29-63, 72-94). Lippincott Williams & Wilkins.
- Suess, A. (2014). Cuestionamiento de dinámicas de patologización y exclusión discursiva desde perspectivas trans e intersex. *Revista de Estudios Sociales* No.35, 49, 128-143. <https://doi.org/10.7440/res49.2014.10>
- Torrentera, A., 2019. Intersexualidad e intertextualidad. Sentido común y políticas corporales como desafío cultural. Cuicuilco, Revista de ciencias antropológicas, [online] 26(74), pp.87-104. <<https://www.redalyc.org/journal/5295/529560619005/529560619005.pdf>>
- Urra, E., Núñez, R., Retamal, C., & Jure, L. (2014). Enfoques de estudio de casos en la investigación de Enfermería. *Ciencia y Enfermería*, 20(1), 131-142. <https://doi.org/10.4067/s0717-95532014000100012>
- What is intersex? | Intersex Society of North America. (2012). [http://www.isna.org/faq/what\\_is\\_intersex](http://www.isna.org/faq/what_is_intersex)

# Cronicidad: significado construido por los cuidadores y las personas cuidadas

## *Chronicity: Meaning constructed by caregivers and people cared*

## Cronicidade: Significado construído por cuidadores e pessoas cuidadas

CLAUDIA ANDREA RAMÍREZ-PERDOMO, CLAUDIA PATRICIA CANTILLO-MEDINA, ALIX YANETH PERDOMO-ROMERO,  
MARÍA ELENA RODRÍGUEZ-VÉLEZ, ANA LIGIA ESCOBAR TOBÓN

### Claudia Andrea Ramírez-Perdomo

Universidad Surcolombiana, Huila. Colombia.  
graffhe@usco.edu.co  
<https://orcid.org/0000-0001-9828-773X>

### Claudia Patricia Cantillo-Medina

Universidad Surcolombiana, Huila. Colombia.  
claudiacantillo1@hotmail.com  
<https://orcid.org/0000-0003-0173-9619>

### Alix Yaneth Perdomo-Romero

Universidad Surcolombiana, Huila. Colombia.  
alixyaneth.perdomo@usco.edu.co  
<https://orcid.org/0000-0003-1390-9718>

### María Elena Rodríguez-Vélez

Universidad Surcolombiana, Huila. Colombia.  
mariaelena.rodriguez2@gmail.com  
<https://orcid.org/0000-0003-1071-9695>

### Ana Ligia Escobar Tobón

Universidad de Antioquia. Colombia.  
ana.escobar@udea.edu.co  
<https://orcid.org/0000-0003-0222-9522>

### Correspondencia:

graffhe@usco.edu.co

**Fecha recepción:** 03/12/2023

**Fecha aceptación:** 11/02/2024

**Financiación:** Este trabajo no ha recibido financiación.

**Conflicto de intereses:** Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

### Resumen:

**Introducción:** Las enfermedades crónicas no transmisibles van en aumento, ocasionando discapacidad y dependencia en quien la padece, así como la necesidad de un cuidador. La cronicidad es un concepto que se ha analizado desde la mirada de la persona que la padece, dejando un vacío en la comprensión del significado para el cuidador.

**Objetivo:** Comprender el significado de la cronicidad para las personas con Enfermedades crónicas no transmisibles y sus cuidadores informales.

**Materiales y métodos:** Investigación cualitativa fenomenológica-hermenéutica según la propuesta de Van Manen, muestreo casual orientado por criterio, participaron 10 personas enfermas y 9 cuidadores. Los criterios de rigor de credibilidad y confirmabilidad, confiabilidad y la transferibilidad, garantizaron la calidad del estudio.

**Resultados:** emergieron los siguientes temas: brindar y recibir cuidado como un acto de amor; unión de la familia; enfrentarse a la dureza; recibir, brindar y buscar apoyo; estar pendiente; cambio de vida; proceso de aprendizaje; una compañía para toda la vida; imponer restricciones, limitaciones y pérdidas.

**Conclusiones:** el significado de la cronicidad para los cuidadores y las personas enfermas es complejo, dinámico y multidimensional; por lo tanto, es necesario realizar intervenciones que ayuden a mitigar el impacto que esta produce en la vida de este binomio.

**Palabras clave:** Cuidadores; Enfermedad crónica no trasmisible; Hermenéutica; Investigación cualitativa.



**Licencia:** Este trabajo se comparte bajo la licencia de Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons (CC BY-NC-SA 4.0): <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

© 2024 Claudia Andrea Ramírez-Perdomo, Claudia Patricia Cantillo-Medina, Alix Yaneth Perdomo-Romero, María Elena Rodríguez-Vélez, Ana Ligia Escobar Tobó

**Citación:** Ramírez-Perdomo C. A., Cantillo-Medina C. P., Perdomo-Romero A. Y., Rodríguez-Vélez M. E., Escobar Tobón A. L. (2024). Cronicidad: significado construido por los cuidadores y las personas cuidadas. *Cultura de los Cuidados*, (68), 75–90. <https://doi.org/10.14198/cuid.23039>



### Abstract:

**Introduction:** Noncommunicable chronic diseases are rising, causing disability and dependence in the ones who suffer from them, as well as the necessity of a caregiver. Chronicity is a concept which has been analyzed from the perspective of the ill, leaving a void in the comprehension of the meaning for the caregiver.

**Aim:** To understand the meaning of chronicity for people with non transmissible chronic diseases and their informal caregivers.

**Materials and methods:** Qualitative phenomenological-hermeneutic investigation according to the Van Manen proposal, casual sampling orientated by criteria with the participation of 10 sick people and 9 caregivers. The rigor criteria of credibility and confirmability, reliability, and transferability guaranteed the quality of the study.

**Results:** The next topics emerged: to offer and receive care as a love act, family union, facing the hardness,

receiving, giving, and looking support, being aware, change of life, learning process, a company for whole life, imposing restrictions, limitations, and loss.

**Conclusions:** The meaning of chronicity for caregivers and sick people is complex, dynamic, and multidimensional which is why it is important to realize interventions that help mitigate the impact in the life of the binomial.

**Keywords:** Caregivers; Noncommunicable disease; Hermeneutic; Qualitative research.

### Resumo:

**Introdução:** As doenças crônicas não transmissíveis estão aumentando, causando incapacidade e dependência em quem as sofre, bem como a necessidade de um cuidador. A cronicidade é um conceito que vem sendo analisado na perspectiva da pessoa que a sofre, deixando uma lacuna na compreensão de seu significado para o cuidador.

**Objetivo:** compreender o significado da cronicidade para pessoas com doenças crônicas não transmissíveis e seus cuidadores informais.

**Materiais e métodos:** Pesquisa qualitativa fenomenológico-hermenêutica segundo a proposta de Van Manen, amostragem casual orientada por critérios, participaram 10 doentes e 9 cuidadores. Os rigorosos critérios de credibilidade e confirmabilidade, confiabilidade e transferibilidade garantiram a qualidade do estudo.

**Resultados:** emergiram os seguintes temas: dar e receber cuidado como ato de amor; união familiar; enfrentar aspereza; receber, fornecer e buscar apoio; estar pendente; mudança de vida; processo de aprendizagem; uma empresa para a vida; imponha restrições, limitações e perdas.

**Conclusões:** o significado da cronicidade para cuidadores e pessoas doentes é complexo, dinâmico e multidimensional; portanto, é necessário realizar intervenções que ajudem a mitigar o impacto que isso produz na vida desse binômio.

**Palavras-chave:** Cuidadores; Doença crônica não transmissível; Hermenêutica; Pesquisa Qualitativa.

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son un importante desafío para la salud pública a nivel mundial (Li et al., 2020); caracterizadas por ser multifactoriales, de larga duración y producir un alto impacto en los países en vías de desarrollo (Pereira et al., 2020); provocan aproximadamente el 41% de las muertes en el mundo (World Health Organization, 2020). Las principales ECNT que ocasionan estas muertes son: enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes (World Health Organization, 2020). Son las causas primordiales de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad (de Carvalho et al., 2021).

Además, estas enfermedades ocasionan, en quienes las padecen, dependencia y necesidad de contar con asistencia para la realización de las actividades de la vida diaria (Chaves Pedreira et al., 2018); produciendo repercusiones económicas en la persona enferma y su familia, con costos directos e indirectos, asociados a la incapacidad laboral, disminución de los ingresos familiares y reducción de la productividad (de Carvalho et al., 2021). Estas personas por su condición de salud requieren de cuidados especiales que trascienden del escenario hospitalario hacia el hogar; por consiguiente, necesitan un cuidador informal que brinde apoyo a las necesidades físicas, sociales y psicológicas, en casa.

El cuidador informal puede ser miembro o no de la familia, recibir o no un pago, apoya en las actividades de la vida diaria a las personas con discapacidad (Sambasivam et al., 2019), cuida durante las 24 horas del día y no siempre está preparado para asumir esta labor (Sari & Nirmalasari, 2020). Aprende a cuidar a través de la experiencia personal, su labor le produce impacto en la cotidianidad, experimenta emociones ambivalentes que van desde la indiferencia, hasta emociones positivas o negativas y, es capaz de asumir los desafíos que les impone la prestación de los cuidados (Kontrimiene et al., 2021).

Las ECNT están asociadas a la cronicidad; por lo tanto, es necesario identificar el cuidado en la relación del cuidador y la persona cuidada dentro del contexto de la cronicidad, un proceso complejo que impacta negativamente la vida de las personas que la padecen, dinámico porque transcurre en el tiempo, cíclico en la medida en que tiene episodios de avance de la enfermedad, estabilización y retrocesos y, multidimensional porque afecta diferentes esferas de la vida de quien la sufre (Ambrosio et al., 2015). Esta afecta al individuo en sus dimensiones físicas, sociales, espirituales, emocionales y familiares.

En este sentido, la enfermedad crónica se puede ver como una analogía del tiempo atravesando el reloj de arena, donde los individuos se enfrentan al desgaste de la vida y de cara a la muerte; una cronicidad que no se puede detener como el flujo de la arena, pero se puede hacer más lento y disminuir el daño que esta produce en la persona (Durán, 2017). La enfermedad crónica ataca el cuerpo y amenaza la integridad del yo (Charmaz, 1995); además, la experiencia y la capacidad para hacer frente a una enfermedad crónica se relaciona con la personalidad, las creencias y los valores del individuo (Lubkin & Larsen, 2013).

Sin embargo, existe un vacío en el conocimiento sobre el significado de la cronicidad para el cuidador y la persona cuidada; los estudios revisados abordan a los cuidadores

(Martínez Marcos & de La Cuesta Benjumea, 2016; Vechia et al., 2019) y las personas cuidadas (Delaney & Bark, 2019; Olano-Lizarraga et al., 2020) desde su experiencia; de acuerdo con lo planteado, es preciso trascender de la visión organicista de la cronicidad para dar cabida a una comprensión sustantiva y contextualizada de la misma, que permita entender e intervenir las situaciones derivadas de la cronicidad en la que viven el cuidador y la persona cuidada. En enfermería es necesario centrar el cuidado en las personas y sus familias y, no enfocada en la enfermedad; comprender el significado de la cronicidad para el binomio cuidador/persona cuidada según una experiencia compartida, permite la construcción compleja del cuidado partiendo de las necesidades de ambos, en lugar de seguir la visión cartesiana e impositiva de Enfermería que prioriza los requerimientos de uno sobre el otro. Se planteó un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico-hermenéutico cuyo objetivo fue comprender el significado de la cronicidad para las personas con Enfermedades crónicas no transmisibles y sus cuidadores informales.

## MATERIAL Y MÉTODO

Investigación cualitativa, con enfoque fenomenológico-hermenéutico, una metodología cuyo valor fundamental radica en la capacidad de acceder a la comprensión profunda de la experiencia humana (Tuohy et al., 2013); se sigue la propuesta metodológica de Van Manen (Van Manen, 2014), empleando los siguientes pasos: 1) centrarse en un fenómeno de interés particular para el investigador; 2) investigar la experiencia tal como la vivimos en lugar de como la conceptualizamos; 3) reflexión fenomenológica-hermenéutica sobre los temas esenciales que caracterizan el fenómeno; 4) describir el fenómeno a través del arte de escribir y reescribir; 5) realizar una interpretación lo más cercano posible al fenómeno; y 6) develar el contexto de la investigación al considerar las partes y el todo.

En la investigación cualitativa, el investigador construye, recolecta, selecciona e interpreta datos; se trata de un proceso de reflexividad (Finlay, 2002), donde se intenta describir de manera clara la experiencia vivida y comprenderla a través de los discursos de los entrevistados, de tal forma, que los lectores puedan entrar en la experiencia de la cronicidad y el contexto del entrevistado, y, además, juzgar la comprensión del investigador de este fenómeno.

En este estudio participaron 9 cuidadores y 10 personas con ECNT, en la investigación fenomenológica-hermenéutica no se considera significativo el número de informantes, en lugar de hablar de una muestra, se busca obtener "ejemplos" de descripciones enriquecedoras de la experiencia, esto permite construir textos enriquecidos con la experiencia (Van Manen, 2014).

La muestra fue seleccionada mediante muestreo casual orientado por criterio, en busca de los casos que cumplieran con los criterios predeterminados, asegurando la calidad de los datos (Patton, 2014), tomada de la base de datos del programa de cuidadores liderado por el programa de Enfermería de la Universidad Surcolombiana de Neiva, Huila-Colombia. Los criterios de inclusión fueron: cuidador mayor de 18 años, por un período mayor a 3

meses y dedicado al cuidado por más de 3 horas; personas con ECNT mayores de 18 años, diagnosticados con una ECNT. Se les asignó como seudónimo las iniciales de los nombres precedidos por la letra C (cuidadores) y P (Personas con ECNT).

Los participantes fueron contactados vía telefónica por los investigadores y se concretaron encuentros virtuales empleando la plataforma meet, la información se recolectó entre diciembre de 2020 a abril de 2021. Se realizó firma del consentimiento informado a través del correo electrónico. Como técnica de recolección de la información se empleó la entrevista conversacional y, en la medida en la que avanzó se transformó en una entrevista hermenéutica (Van Manen, 2014), realizada por el investigador principal, la pregunta de apertura para los cuidadores ¿Cuénteme para usted qué significa vivir y cuidar a su familiar en condición de cronicidad?, y para la persona con ECNT ¿Cuénteme para usted qué significa vivir en condición de cronicidad?, el promedio de duración de las entrevistas fue de una a dos horas. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas en un período no mayor a 24 horas, la transcripción se realizó en el plano semántico.

El análisis se realizó de manera sincrónica con la recolección de los datos, se empleó la propuesta de Van Manen (Van Manen, 2014) 1) lectura y relectura de las entrevistas; 2) identificación de unidades de análisis; 3) recuperación del lenguaje semántico; 4) reconocimiento de patrones comunes; 5) identificación de temas y, 6) búsqueda de interconexiones entre ellos. Para evitar el riesgo de subjetividad en la recolección de la información y análisis de los datos se tuvo en cuenta el epoché en un acto de suspender el juicio sobre el mundo natural para liberarse de los supuestos, que permite “ir a la raíz de las cosas mismas” (Van Manen, 2014). El análisis inicial lo hizo el investigador principal y posteriormente se realizó triangulación de investigadores (Carter et al., 2014) a través del análisis de las entrevistas por parte de cinco investigadores y compartidas a través de grupos de discusión que permitió definir los temas.

Se aplicaron los criterios de rigor de Lincoln y Guba (Lincoln & Guba, 1985), credibilidad y confirmabilidad mediante la transcripción textual y devolución de las entrevistas, confiabilidad por la claridad del diseño y, transferibilidad en la medida en que los resultados puedan ser útiles en otros contextos o grupos con características similares. El estudio fue aprobado por el comité de ética de la Facultad de salud de la Universidad Surcolombiana, acta 004 de 2020, tuvo en cuenta los principios éticos de confidencialidad, beneficencia, no maleficencia y autonomía.

## RESULTADOS

Los cuidadores principalmente pertenecientes al género femenino, promedio de edad 48,2 años, relación con la persona enferma principalmente hija; las personas con ECNT con promedio de edad 47,3 años, pluripatológicos y distribución homogénea entre los dos géneros (tabla 1).



Tabla 1. Características sociodemográficas de los cuidadores-personas con ECNT

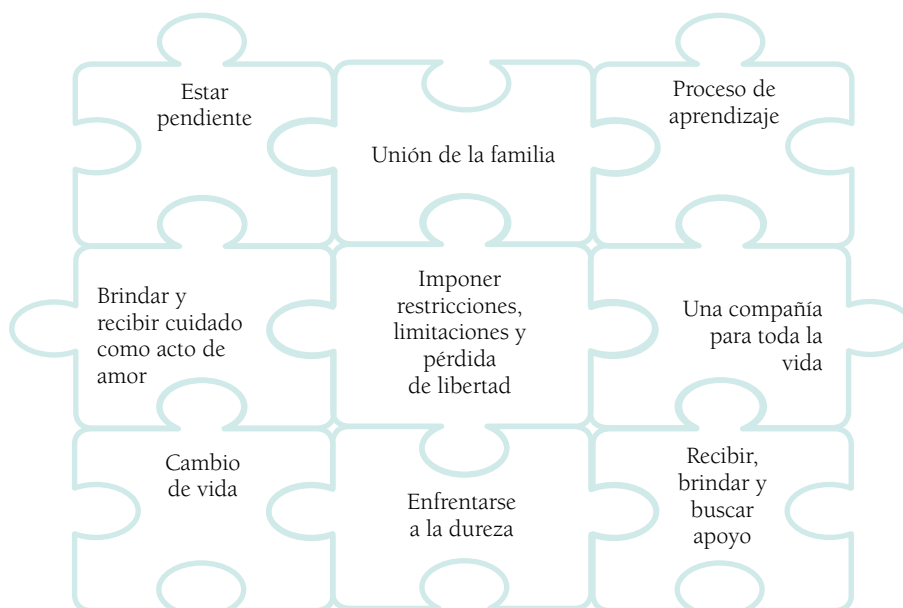
Datos sociodemográficos del cuidador				
Cuidador	Género	Edad	Relación	Diagnóstico de la persona con ECNT
CCM-C	F	55	Hija	Cáncer de Pulmón, EPOC
HP-C	M	48	Padre	IRC en diálisis peritoneal
YNS-C	F	59	Hija	DM tipo II, secuelas de ECV
JVC-C	F	30	Hija	DM tipo II, Neuropatía y retinopatía diabética
LCM-C	F	57	Hija	HTA, IRC en hemodiálisis,
BC-C	F	52	Hija	HTA, DM tipo II, Recambio de válvula mitral
MCC-C	F	42	Esposa	DM tipo II, Amputación de Miembro inferior izquierdo por pie diabético
RC-C	F	53	Hija	IRC en diálisis peritoneal
ENM-C	F	38	Madre	IRC en diálisis peritoneal
Datos sociodemográficos de las personas con enfermedad crónica no transmisible				
Paciente	Género	Edad	Diagnóstico	
ERM-P	F	59	DM tipo II, HTA, Artrosis degenerativa e Hipotiroidismo	
AMC-P	F	43	HTA	
AS-P	M	60	IRC en diálisis peritoneal	
RPS-P	M	62	DM II, Hipertensión arterial, infarto venoso bilateral	
GP-P	F	52	IRC, trasplante renal	
LMC-P	F	22	Psoriasis crónica	
JP-P	F	45	Cáncer de seno	
JHP-P	M	19	IRC en diálisis peritoneal	
JYV-P	M	64	DM tipo II, Neuropatía y retinopatía diabética	
VQP-P	M	33	IRC, trasplante renal	

\*IRC: Insuficiencia Renal Crónica, \*\*DM: Diabetes Mellitus, \*\*\*HTA: Hipertensión Arterial

Fuente: resultados de la investigación

Mediante el análisis emergieron los temas relacionados con el significado de la cronicidad para el cuidador-persona cuidada: brindar y recibir cuidado como un acto de amor; unión de la familia; enfrentarse a la dureza; recibir, brindar y buscar apoyo; estar pendiente; cambio de vida; proceso de aprendizaje; una compañía para toda la vida; imponer restricciones, limitaciones y pérdidas (Figura 1). Los temas son reforzados con los fragmentos de las entrevistas seleccionados de acuerdo con los criterios mencionados en el apartado de “material y método”.

Figura 1. Significado de la cronicidad para el cuidador-persona con ECNT



Fuente: Datos de la investigación

### *Brindar y recibir cuidado como un acto de amor*

En la cronicidad el cuidador aprende a valorar a la persona enferma y quien se encuentra enfermo a valorar a su familia, la vida y la oportunidad que Dios le da; se reconocen los momentos valiosos, existe agradecimiento y fortaleza mutua. Es un acto de amor, respeto, dedicación, desprenderse de ellos mismos para compartir el cuidado brindado y recibido.

*“Nos sirvió para valorarnos y darnos cuenta de que el tiempo se acababa... me agradecía, “gracias, por qué, usted tan joven no ha sacado la mano”. Esto lo fortalece a uno... era un aliciente para él; aprende uno a valorarlo... Yo decía, el tiempo pasa muy rápido y en cualquier momento se va, se aferra uno a esa persona”.* MCC-C

*“Es entrega, amor, deseo de hacerlo, me sentía feliz, lo hacía como si estuviera cuidando a mis hijos, lo hice con cariño, me nacía del corazón y sentía una satisfacción grande”* LDC-C

*“Comienza uno a reevaluar la vida, a valorar y amar la familia, el tiempo con ellos, hay vida después del cáncer, Dios le permite vivir y es un tiempo bonito, para compartir con la familia... ayudar y servir a otros”.* JP-P

### *Unión de la familia*

Al enfrentar la cronicidad los cuidadores y las personas cuidadas se reencuentran, reconstruyen los lazos y vínculos familiares que los lleva a experimentar una unión familiar sólida, sintiéndose fortalecidos en el proceso de cuidar y ser cuidados.

*“Pues es una experiencia dura, pero a pesar de todo es hasta chévere, porque uno se reencuentra más con la familia; se mantiene unida y aprende las buenas cosas”.* JHP-P

*“Es un lazo filial fuerte que tenemos, es un vínculo muy fuerte que obviamente cualquier grupo familiar lo maneja”.* AMC-P

*“La conclusión que saco es que esto que nos está pasando a nosotros nos ha servido como familia para estar unidos, le dedico más tiempo a mi mujer y a mis hijos”.* HP-C

### *Enfrentarse a la dureza*

La cronicidad es una situación dura asociada al cansancio experimentado por el cuidador, la dependencia, el impacto que produce en la economía de la familia y de la persona enferma, las restricciones que impone la enfermedad, la estigmatización y temor a las complicaciones, que marca la incertidumbre del cuidador y la persona cuidada.

*“Cuando no podía... párelo, cámbiele la ropa. A lo último no caminó, entonces en silla de ruedas, fue duro; uno sale cansado de aliviarlos... gracias a Dios tenía quien me colaborara, éramos los 5, así ellos fueran solamente a mirarlo o hacerle la comida, pero es duro aliviar un paciente que no puede caminar... por el estrés, me enfermé”.* RC-C

*“Nos tocó vender empanadas, con eso nos ayudamos esos dos meses que fueron duros... luego le recetaron los medicamentos y ahí comenzó a mejorar un poco, nos dieron la salida, y nosotros sin un peso, duro, no hallábamos qué hacer... Llegamos a la casa y me puse a llorar, para mí era difícil, decir ahora qué voy hacer, cómo voy hacer... una enfermedad complicada, difícil”.* HP-C

*“Tengo psoriasis desde los nueve años, ha sido duro porque está en la piel, siempre la voy a tener, es crónica y difícil de controlar... También, las complicaciones de esta enfermedad, el riesgo de ser diabética, hipertensa, tener lupus, artritis, es difícil... más difícil cuando aparece en la niñez y tener que afrontar en la adolescencia las críticas”.* LMC-P

### *Recibir, brindar y buscar apoyo*

El apoyo es fundamental en la cronicidad, experimentar la solidaridad de la familia, amigos y comunidad, los ayuda a seguir adelante al cuidador en su rol y a la persona enferma, como una forma de disminuir el impacto de la enfermedad, el binomio busca y brinda apoyo emocional, moral, social y económico.

*“Con mi familia yo tuve mucho apoyo, de mis tíos, la comunidad era conmigo excelente, todo el mundo conmigo fueron pasados en solidaridad”.* GP-P

*“La familia cuando lo apoya, uno sale adelante... estar unidos... La comunidad es mucho lo que me ha apoyado... es importante porque así uno se motiva a salir adelante, muchos*

*compañeros jóvenes, empezaron diálisis y decayeron, no siguieron el tratamiento... la mayoría sin apoyo no siguieron, ya no están con nosotros". VQP-P*

*"Avisarle a toda la familia que nos enfrentábamos a eso, que necesitaba apoyo económico, para desplazarnos, conseguir donde vivir... El apoyo económico de parte de mis hermanos, todos ayudamos... el trabajo mío fue animarlo, apoyarlo moral y espiritualmente". CCM-C*

### *Estar pendiente*

Los cuidadores y las personas que viven en cronicidad están pendientes del tratamiento, la dieta, las citas, las urgencias, en estado de alerta constante para enfrentar las dificultades que se puedan presentar y evitar complicaciones; esta situación los golpea porque restringe su vida social y, a las personas enfermas, los lleva a experimentar tristeza y depresión.

*"He vivido pendiente de él, hay un antes y un después de ser mamá, cuando no era mamá, soy mamá hace 3 años, para mí no había esposo, no me importaba mi trabajo; mi papá hospitalizado, día y noche cuidándolo... Diariamente les doy una vueltica, estoy pendiente de los medicamentos del mes, una cita médica, llevarlo y traerlo". JVC-C*

*"Toca estar pendiente del tratamiento, los medicamentos, la comida, los líquidos. Los medicamentos, unos le hacen bien y otros le hacen regular; le suspenden uno, le colocan otro, siempre ha sido complicado... No se puede dejar solo, hay que estar pendiente, de cualquier urgencia... toca llevarlo al hospital y allá lo controlan". ENM-C*

*"Uno no puede salir, porque tiene que estar pendiente del tratamiento, entonces tiene que estar como esclavo, yo creo que por eso la mayoría entra en depresión, porque uno tiene que estar esclavo del tratamiento". GP-P*

### *Cambio de vida*

Se toma la decisión de hacer ajustes en la vida por la condición de salud, pero también la enfermedad los obliga a cambiar la forma de vivir y de interactuar con otras personas, desaparece el ser humano y se magnifica la enfermedad como si esta fuera parte estructural de la vida, como si el ser dejara de existir y diera paso a la existencia de la enfermedad.

*"Llego la pandemia y me paran el trabajo, me quedo en casa con la elíptica, me duelen las rodillas ¿Cómo voy a hacer ejercicio en una bicicleta? hacía ejercicio hora y media diaria, perdí peso, bajé las harinas, quité el azúcar, tomaba agua, lo hacía para estar ocupada, para que mi cerebro no trabajara tanto al saber que me había enfermado, cambió mi estilo de vida, al saber que soy hipertensa". AMC-P*

*"Es como un cambio de vida difícil porque era dependiente de la diálisis, en mi caso diálisis peritoneal. La enfermedad crónica cambia la vida, cambia la forma de vivir, la vida social, por lo menos en mi experiencia desde qué comencé la diálisis, se me bloqueó todo en los primeros años, como si no existiera, porque uno no tiene opciones de nada". GP-P*

*"Es una situación difícil de definir, es vivir sin tener vida, se carga la carga de uno y se carga la carga de otro; y cuando las terceras personas aparecen en la vida, le preguntan por ese ser, no por uno, como si uno no existiera". YNS-C*

### *Proceso de aprendizaje*

La cronicidad es un proceso de aprendizaje en el cual los cuidadores y las personas enfermas cogen el hilo al tratamiento, realizan procedimientos, identifican complicaciones, toman decisiones que contribuyan a mantener la salud, un aprendizaje que ocurre en el tiempo, en la medida en que avanza la vida con enfermedad ambos toman “cancha” sobre su manejo y cuidado.

*“Prácticamente uno coge la rutina, se acostumbra... él viene de años atrás con sus enfermedades, entonces uno va cogiendo el hilo, prácticamente se vuelve la enfermera (risas)... uno se acostumbra, uno sabe a qué hora tiene que estar pendiente de la droga, a qué hora se tiene que ir a hacer el tratamiento”. BC-C*

*“En el centro de diálisis nos enseñaron el procedimiento de diálisis peritoneal, el susto “lo voy a infectar”, si no hacía bien el procedimiento, peritonitis... Cogí cancha y perdí el miedo. Los medicamentos a la hora exacta, tomar glucometrías, si el azúcar está alta, tantas unidades, si esta baja, no aplicar. Nunca había aplicado una inyección, me tocó aprender a aplicar insulina y tomar tensión”. MCC-C*

*“Cuando me diagnosticaron no sabía que existía esta enfermedad, no sabía que se podía dañar el riñón, que este limpiaba la sangre, sin eso uno se intoxicaba y podía morirse... allá empecé a aprender... Uno aprende en la medida que va pasando el tiempo y se va enseñando, por lo menos llevo diecisiete años tomando medicamentos, y gracias a Dios no me han hecho reacción”. VQP*

### *Una compañía para toda la vida*

La experiencia de la cronicidad acompaña a las personas cuidadas y a sus cuidadores para toda la vida, deben aprender a convivir con ella, sobrellevarla; reconocer que será su compañera hasta el final de su vida, por lo cual deben asumir la responsabilidad con el tratamiento, aprender a cuidarse para mejorar las condiciones y calidad de vida hasta el final de esta.

*“Una enfermedad que nunca va a tener cura, tengo que depender de los medicamentos, tomármelos para sentirme bien y en control... Algo que no tiene cura... con la que siempre tiene que vivir, no tiene remedio, ni cura, toca cargar con ella, saber llevarla”. ERM-P*

*“La enfermedad crónica es algo que llega y no se va, toca convivir con ella, y mejorar la condición, es algo que quedó ahí, y es hasta el último día de mi vida, de mí depende, de mí cuidado depende que sea grave, sea estable o disminuya”. AMC-P*

*“Enfermedad crónica es algo que uno tiene ahí por siempre, de por vida, algo que está ahí, como cuando uno tiene una gastritis crónica, lleva toda la vida con gastritis”. CCM-C*

### *Imponer restricciones, limitaciones y pérdidas*

En la cronicidad se pierde la libertad para realizar actividades sociales, de ocio o recreación, pierden el trabajo a pesar de sentirse útiles y productivos. El tratamiento los esclaviza y les limita las actividades de la vida diaria; la cronicidad impone una vida de restricciones.

*“Trabajaba planchando y ahora no puedo, me resultó otro problema, me tocó ir tres veces a urgencias por un dolor en el pecho, fui al hospital, la doctora me dijo que tenía inflamado el*

*cartilago que rozaba con las costillas, no puedo planchar o hacer fuerza, tengo que tener quietud y tomar medicamentos para desinflamar, me da tristeza no poder trabajar como antes”. ERM-P*

*“Antes salíamos los fines de semana o en vacaciones, nos íbamos para Popayán, Cali, o Bogotá, viajábamos acá en el departamento íbamos a otro municipio, a comer, a almorzar. Lo hacemos, pero menos, más restringido. No podemos estar allá tanto tiempo”. BC-C*

*“El tratamiento es incómodo, uno no puede hacer lo que quiere, sino hasta cierta hora, toca conectarse y esperar al otro día para desconectarse... Uno no tiene libertad, para ir a todo lado, tiene que ir en la mañana y venir por la tarde a conectarse a la máquina, ¿eh? Uno no puede ir a bañarse en la quebrada, en la piscina”. JHP-P*

## DISCUSIÓN

Este estudio representa el primer acercamiento para construir el significado de la cronicidad para los cuidadores y las personas cuidadas, en el intento de cambiar su abordaje pasando de un paradigma cartesiano, reduccionista y mecanicista hacia un paradigma comprensivo y humanista. Los cuidadores de este estudio son principalmente mujeres, característica coherente con otros estudios (Bagnasco et al., 2020; Barnes & Whittingham, 2020; N. Liu & Zhang, 2020), mayores a 45 años, tal como se reporta en la literatura (J. Liu et al., 2020; N. Liu & Zhang, 2020); mientras que las personas con ECNT tenían una distribución por género homogénea, en otros reportes predominó el género femenino y, al igual que los cuidadores, son mayores de 45 años (Kim et al., 2019).

La cronicidad es concebida como un proceso que se transforma en un acto de amor por parte del cuidador y la persona cuidada, una forma de retribuir a su familiar, donde sienten que una sonrisa, un abrazo o una caricia del ser amado es muestra de la inmensa gratitud que ellos sienten por las acciones recibidas en el cuidado; la persona cuidada considera un acto de nobleza y de amor los cuidados recibidos, sienten el cariño brindado en cada momento compartido dentro de la relación del cuidador-persona cuidada.

En este sentido, los cuidadores sienten orgullo por su trabajo y satisfacción al percibir la felicidad del enfermo, experimentan sentimientos positivos por el afecto de sus seres amados y el vínculo emocional (Sarabia-Cobo et al., 2020); de igual manera, los hijos cuidadores sienten que al asumir el cuidado de sus padres devuelven el “favor” del cuidado recibido por parte de estos (Bagnasco et al., 2020). Las personas cuidadas tienen sentimientos de gratitud por el cuidado recibido, relacionado con el hecho de que Dios les ha dado la oportunidad de tener “buenos hijos” (Ramírez-Perdomo et al., 2018).

En la cronicidad los cuidadores y las personas cuidadas sienten que alrededor de esta condición, la familia se une, evidenciándose un lazo fuerte que trasciende, llevándolos a reencontrarse para fortalecer la unión y el compromiso familiar, soportando los embates de la enfermedad. A pesar de los desacuerdos que se puedan presentar en la enfermedad, la obligación de la familia es fuerte, llevándolos a que juntos, la familia, los cuidadores y la persona enferma, encuentren nuevas formas de cuidarse; la cohesión familiar, la voluntad y disponibilidad de sus miembros influyen positivamente en las experiencias de los cuidadores (Bower et al., 2020).

La cronicidad es considerada una experiencia dura por la dependencia, el temor a la muerte, enfrentar las situaciones difíciles que imponen la enfermedad, la discriminación, el abandonar el trabajo y a su familia por la enfermedad y, el cansancio. Los cuidadores y las personas enfermas tienen que hacer concesiones y sacrificios para asumir las difíciles tareas del cuidado, experimentan tristeza, ira, confusión y desesperanza (Chiaranai et al., 2018; N. Liu & Zhang, 2020) por la naturaleza incurable de la enfermedad (N. Liu & Zhang, 2020) y la incapacidad de poder cuidarse por sí mismos (Chiaranai et al., 2018).

Además, la sobrecarga en el cuidador se presenta por asumir las múltiples tareas que el rol demanda y en las personas enfermas por los efectos de la enfermedad (Chiaranai et al., 2018; N. Liu & Zhang, 2020), haciendo necesario contar con espacios de respiro de su papel de cuidador (Bagnasco et al., 2020), mientras las personas enfermas requieren de mucha energía para poder manejarla (Chiaranai et al., 2018).

La enfermedad les permite reconocer la finitud de la vida, amenazada por los síntomas que produce una sensación desagradable o la amenaza de muerte inminente (Lu et al., 2019; Valencia-Rico & Burbano-López, 2020); para los cuidadores la muerte puede ser una forma de resolver sus problemas y disminuir su dolor (Lu et al., 2019). La discriminación está asociada a los cambios físicos propios de la enfermedad que bajan la autoestima y producen vergüenza en el paciente (Huangfu, 2020); de igual manera, revelar el diagnóstico en algunas ocasiones lleva a los cuidadores a sentir temor de ser culpados por las personas de su entorno (N. Liu & Zhang, 2020).

Las personas enfermas han sido independientes a lo largo de su vida, la aparición de la enfermedad crónica los lleva a depender de otros para la realización de las actividades cotidianas, aparecen sentimientos de frustración y cuestionan su pérdida de autonomía (Bower et al., 2020; Medina et al., 2011), esto dificulta el proceso de adaptación a esta nueva situación (Medina et al., 2011). Además, los cuidadores buscan estrategias que van desde el fomento de los movimientos físicos hasta el mantenerse ocupado en el tiempo libre, para manejar la dependencia de su ser amado (Hesamzadeh et al., 2017).

El apoyo económico, afectivo, social y laboral son aspectos importantes en la cronicidad; el cuidador reconoce que el cuidado se transforma en estar al cien por ciento con su ser amado, mientras que la persona enferma considera que el apoyo los fortalece para seguir adelante y no desfallecer. El apoyo económico, emocional e instrumental para el binomio es recibido de parte de la familia extendida (Bower et al., 2020); con el apoyo emocional brindado por los cuidadores las personas se sientan amadas y cuidadas (Levy-Storms & Chen, 2020); así mismo, es importante el acompañamiento a las citas médicas, la realización de las tareas cotidianas y la preparación de los alimentos (Keskindag et al., n.d.).

La vida centrada en la atención de la persona dependiente, convierte el cuidado en el eje alrededor del cual todo se mueve (López-Espuela et al., 2018); la experiencia del cuidador y la persona cuidada se transforma en un espacio para estar “pendientes” del tratamiento, hospitalización, signos de complicaciones, la dieta y satisfacer las necesidades de la vida diaria; la “vigilancia” no se detiene cuando están fuera del hogar, el rol de cuidador nunca se interrumpe y afecta las actividades que normalmente disfrutaban (Bagnasco et al., 2020), las personas enfermas pierden el control de sus vidas (Chiaranai et al., 2018).

La vida cambia por los ajustes que deben hacer a su existencia, renuncian al trabajo, cambian de ciudad, modifican la dieta, pasan a ser dependientes, abandonan el estudio y su vida social se ve afectada, estrategias mediante las cuales tratan de enfrentar la enfermedad y manejar la sobrecarga que esta ocasiona. Con la enfermedad se presentan cambios físicos, sentimientos de no ser ellos mismos y restricciones sociales (Keskindag et al., n.d.) que afecta de manera radical la vida de las personas; las enfermedades crónicas no solo afectan la salud física, también afectan la actitud de ellos hacia la vida (Huangfu, 2020). Los cuidadores sienten que deben dejar su vida atrás y vivir una vida que no es la suya (López-Espuela et al., 2018), viendo cómo esta se les escapa (Lu et al., 2019).

En la cronicidad se aprende sobre el tratamiento, a vivir y aceptar la enfermedad, a realizar procedimientos y, reconocer las complicaciones. Los cuidadores necesitan aprender y desarrollar nuevas habilidades de cuidado, convierten la situación en una experiencia de aprendizaje, aprenden a alimentar, vestir, bañar, prevenir los reingresos, identificar las complicaciones (Bagnasco et al., 2020) y reconocer a quien acudir, para convertirse en mejores cuidadores (Sampaio et al., 2019). De igual manera, las personas con enfermedad crónica aprenden a aceptar las limitaciones físicas, los cambios en la vida y a manejar sus emociones, como una manera de aceptar las pérdidas (Chiaranai et al., 2018).

La enfermedad crónica es reconocida por las personas enfermas como una enfermedad desagradable que los acompañará toda la vida (Cho & Shin, 2016); por lo tanto, las personas enfermas y sus cuidadores deben crear un ambiente adecuado para vivir con ella, generar alternativas para avanzar en su vida diaria y dar sentido a sus vidas, haciendo frente a los síntomas físicos que afectan la calidad de vida.

Las personas enfermas refieren limitaciones físicas para la realización de actividades de la vida diaria, restricciones impuestas por los problemas de salud (Chiaranai et al., 2018). Por otro lado, los cuidadores pierden la libertad y oportunidad de elegir su propia vida debido al tiempo dedicado al cuidado de sus familiares; no pueden ir de compras, reunirse con sus amigos, trabajar o incluso pasar tiempo a solas; pierden la alegría y no saben si podrán escapar de la ansiedad, la tristeza y la depresión (Lu et al., 2019).

## CONCLUSIONES

La ECNT irrumpe la existencia de quienes la padecen, la cronicidad propicia un acto de amor en el cual se da y recibe cuidado; una situación que permite a las familias estrechar y reconstruir los lazos familiares, uniendo la familia; en la que se enfrentan las dificultades producidas por la enfermedad, percibiendo la dureza de esta en sus vidas.

En la cronicidad, para el cuidador/persona cuidada, el apoyo brindado por la familia, los amigos y la sociedad es importante para enfrentarla y, seguir adelante. Los lleva a estar pendientes de todos los eventos que la enfermedad trae consigo; la vida cambia, deben hacer ajustes para poder coexistir con la enfermedad, una compañera que los seguirá hasta el final de su existencia. El cuidador/persona cuidada pierden la independencia, autonomía y el control, deben ajustarse a las restricciones que la enfermedad y el tratamiento les imponen. Aprenden en el transcurso del tiempo, en un proceso que va entre el ensayo y el error.



Se proponen como interrogantes para el desarrollo de futuras investigaciones: ¿es posible derivar una teoría de Enfermería que aborde la experiencia de la cronicidad para el cuidador y la persona cuidada?, ¿cuáles son las intervenciones de Enfermería para el cuidado del cuidador y la persona cuidada en el contexto de la cronicidad?, resolver estos interrogantes pueden contribuir a cambiar del modelo curativo y biologicista a un modelo centrado en el cuidado que aporte a un mejor bienestar de las personas que padecen la enfermedad, los cuidadores y sus familias.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ambrosio, L., Senosiain García, J., Riverol Fernández, M., Anaut Bravo, S., Díaz De Cerio A., Ursúa Sesma, M., Caparrós, N., & Portillo, M. (2015). Living with chronic illness in adults: a concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 24(17–18),2357–2367. <https://doi.org/10.1111/jocn.12827>
- Bagnasco, A., Rosa, F., Dasso, N., Aleo, G., Catania, G., Zanini, M., Rocco, G., Turci, C., Ghirotto, L., Hayter, M., Hayter, M., & Sasso, L. (2020). Caring for patients at home after acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: A phenomenological study of family caregivers' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 2021(00),1-12 <https://doi.org/10.1111/jocn.15613>
- Barnes, S., & Whittingham, K. (2020). Informal carers' experiences of caring for a person with heart failure in a community setting. *Health & Social Care in the Community*, 28(3), 883–890. <https://doi.org/10.1111/hsc.12919>
- Bower, K., Kemp, C., Burgess, E., & Atkinson, J. L. (2020). Complexity of care: Stressors and strengths among low-income mother-daughter dyads. *Journal of Women and Aging*, 32(2), 131–148. <https://doi.org/10.1080/08952841.2018.1537689>
- Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Blythe, J., & Neville, A. (2014). The Use of Triangulation in Qualitative Research. *Oncology Nursing Forum*, 41(5),545–547. <https://doi.org/10.1188/14.ONF545-547>
- Charmaz, K. (1995). The Body, Identity, and Self: Adapting To Impairment. *Sociological Quarterly*, 36(4), 657–680. <https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.1995.tb00459.x>
- Chaves Pedreira, L., Cabral Ferreira, A., Reis Silva, G., Oliveira Silva, R. de, & Marques Freitas, C. (2018). Older Brazilian caregivers and their lived experiences of caring—A hermeneutic phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(17–18),3314–3323. <https://doi.org/10.1111/jocn.14207>
- Chiaranai, C., Chularee, S., & Srithongluang, S. (2018). Older people living with chronic illness. *Geriatric Nursing*, 39(5),513–520. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.02.004>
- Cho, M.-K., & Shin, G. (2016). Gender-based experiences on the survival of chronic renal failure patients under hemodialysis for more than 20 years. *Applied Nursing Research*, 32(2016), 262–268. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.08.008>
- de Carvalho, R., Rauber, F., Claro, R., & Levy, R. (2021). Risk and protective behaviors for chronic non-communicable diseases among Brazilian adults. *Public Health*, 195(2021),7–14. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.03.028>
- Delaney, C., & Bark, L. (2019). The Experience of Holistic Nurse Coaching for Patients With Chronic Conditions. *Journal of Holistic Nursing*, 37(3),225–237. <https://doi.org/10.1177/0898010119837109>

- Durán, M. A. (2017). Los costes no sanitarios de la atención a los pacientes crónicos. *Conferencia Inaugural Llevada a Cabo En El IX Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico, Oviedo, España*, 29. <http://www.congresocronicos.org/wp-content/uploads/2017/03/Conferencia-inaugural-Parte-1-1.pdf>
- Finlay, L. (2002). Negotiating the swamp: the opportunity and challenge of reflexivity in research practice. *Qualitative Research*, 2(2), 209–230. <https://doi.org/10.1177/146879410200200205>
- Hesamzadeh, A., Dalvandi, A., Bagher Maddah, S., Fallahi Khoshknab, M., Ahmadi, F., & Mosavi Arfa, N. (2017). Family caregivers' experience of activities of daily living handling in older adult with stroke: a qualitative research in the Iranian context. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(3), 515–526. <https://doi.org/10.1111/scs.12365>
- Huangfu, Z. (2020). Life course changes provoked by chronic disease: A study on everyday life for patients with systemic lupus erythematosus. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(2020), S31–S37. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.05.006>
- Keskindag, B., Farrington, K., Oygur, D., Mertan, B., Hucker, A., & Sharma, S. (n.d.). Illness perceptions of Turkish Cypriot patients receiving haemodialysis: A qualitative study. *Journal Of Renal Care*, 2020:1-10. <https://doi.org/10.1111/jorc.12351>
- Kim, H. J., Kehoe, P., Gibbs, L. M., & Lee, J.-A. (2019). Caregiving Experience of Dementia among Korean American Family Caregivers. *Issues in Mental Health Nursing*, 40(2), 158–165. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1534909>
- Kontrimiene, A., Sauseriene, J., Blazeviciene, A., Raila, G., & Jaruseviciene, L. (2021). Qualitative research of informal caregivers' personal experiences caring for older adults with dementia in Lithuania. *International Journal of Mental Health Systems*, (2021):15-22. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00428-w>
- Levy-Storms, L., & Chen, L. (2020). Communicating emotional support: family caregivers' visits with residents living with dementia in nursing homes. *Journal of Women and Aging*, 32(4):389–401. <https://doi.org/10.1080/08952841.2020.1787787>
- Li, X., Cai, L., Cui, W., Wang, X., Li, H., He, J., & Golden, A. (2020). Association of socioeconomic and lifestyle factors with chronic non-communicable diseases and multimorbidity among the elderly in rural southwest China. *Journal of Public Health (United Kingdom)*, 42(2), 239–246. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdz020>
- Lincoln, Y., & Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Liu, J., Liu, Q., Huang, Y., Wang, W., He, G., & Zeng, Y. (2020). Effects of personal characteristics, disease uncertainty and knowledge on family caregivers' preparedness of stroke survivors: a cross-sectional study. *Nursing and Health Sciences*, 7(e013210). <https://doi.org/10.1111/nhs.12743>
- Liu, N., & Zhang, J. (2020). Experiences of caregivers of family member with schizophrenia in China: A qualitative study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(1), 201–212. <https://doi.org/10.1111/ppc.12412>
- López-Espuela, F., González-Gil, T., Amarilla-Donoso, J., Cordovilla-Guardia, S., Portilla-Cuenca, J. C., & Casado-Naranjo, I. (2018). Critical points in the experience of spouse caregivers of patients who have suffered a stroke. A phenomenological interpretive study. *PLoS ONE*, 13(4), e0195190. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195190>
- Lu, Q., Mårtensson, J., Zhao, Y., & Johansson, L. (2019). Living on the edge: Family caregivers' experiences of caring for post-stroke family members in China: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 94(2019), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.02.016>
- Lubkin, I., & Larsen, P. (2013). *Chronic illness: impact and interventions*. Jones & Bartlett Learning.

- Martínez Marcos, M., & de La Cuesta Benjumea, C. (2016). The experience of women care caregivers with chronic conditions of dependent relatives. *Atencion Primaria*, 48(2),77–84. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.03.006>
- Medina, D., Haltiwanger, E., & Funk, K. (2011). The Experience of Chronically Ill Elderly Mexican-American Men With Spouses as Caregivers. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*, 29(3),189–201. <https://doi.org/10.3109/02703181.2011.587636>
- Olano-Lizarraga, M., Zaragoza-Salcedo, A., Martin-Martin, J., & Saracibar-Razquin, M. (2020). Redefining a `new normality`: A hermeneutic phenomenological study of the experiences of patients with chronic heart failure. *Journal Of Advanced Nursing*, 76(1),275–286. <https://doi.org/10.1111/jan.14237>
- Patton, M. Q. (2014). *Qualitative Research & Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice*.
- Pereira, H., Santos, R., & Uehara, S. (2020). Effect of the Family Health Strategy in reducing hospitalizations for chronic non-communicable diseases. *Revista Enfermagem UERJ*, 28,e49931. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.49931>
- Ramírez-Perdomo, CA., Chacón, E., & Perdomo Romero, AY. (2018). Enfrentar la dureza de la enfermedad crónica, retos de la diada: cuidador/persona cuidada. *Cultura de Los Cuidados*, 22(52),46–57. <https://doi.org/10.14198/cuid.2018.52.04>
- Sambasivam, R., Liu, J., Vaingankar, J. A., Ong, H., Tan, M., Fauziana, R., Picco, L., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2019). The hidden patient: chronic physical morbidity, psychological distress, and quality of life in caregivers of older adults. *Psychogeriatrics*, 19(1),65–72. <https://doi.org/10.1111/psyg.12365>
- Sampaio, C., Renaud, I., & Leão, P. (2019). Illness trajectory in heart failure: narratives of family caregivers. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(1),162–169. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0645>
- Sarabia-Cobo, C., Taltavull-Aparicio, J. M., Miguélez-Chamorro, A., Fernández-Rodríguez, A., Ortego-Mate, C., & Fernández-Peña, R. (2020). Experiences of caregiving and quality of healthcare among caregivers of patients with complex chronic processes: A qualitative study. *Applied Nursing Research*, 56(2020),151344. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151344>
- Sari, I., & Nirmalasari, N. (2020). Preparedness among family caregivers of patients with noncommunicable diseases in Indonesia. *Nurse Media Journal of Nursing*, 10(3),339–349. <https://doi.org/10.14710/NMJN.V10I3.31954>
- Tuohy, D., Cooney, A., Dowling, M., Murphy, K., & Sixsmith, J. (2013). An overview of interpretive phenomenology as a research methodology. *Nurse Researcher*, 20(6). <https://doi.org/10.7748/nr2013.07.20.6.17.e315>
- Valencia-Rico, C., & Burbano-López, C. (2020). Vivir con una enfermedad pulmonar obstructiva crónica: una historia condicionada por los síntomas. *Enfermería Clínica*, 30(5),309–316. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.05.012>
- vanManen, M. (2014). *Phenomenology of practice: meaning-giving methods in phenomenological research and writing*. New York: Routledge.
- Vechia, A., Mamani, A., Azevedo, R., Reiners, A., Pauletto, T., & Segri, N.. (2019). Caregiver role strain in informal caregivers for the elderly. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 28,e20180197. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0197>
- World Health Organization. (2020). *World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. World Health Organization.

# Comunidad compasiva para la inclusión social y calidad de vida de las personas con esclerosis múltiple y sus cuidadores familiares

## *Compassionate community for the social inclusion and quality of life of people with multiple sclerosis and their family caregivers*

## Comunidade compasiva pela inclusao social e qualidade de vida de pessoas com esclerose multipla e seus familiares cuidadores

LÓPEZ-DÍAZ LUCERO, VELÁSQUEZ-G VILMA FLORISA, GALVIS PALACIOS LUISA FERNANDA, MARTHA ELENA MORALES,  
TOVAR ROA RUBBY LEONOR, PUERTO GUERRERO ANA HELENA

### Lucero López-Díaz

Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.  
Colombia.  
allopezdi@unal.edu.co  
<https://orcid.org/0000-0002-2157-763X>

### Vilma Florisa Velásquez-G

Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.  
Colombia.  
vvelasquez@unal.edu.co  
<https://orcid.org/0000-0002-5232-9073>

### Luisa Fernanda Galvis Palacios

Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.  
Colombia.  
Lufgalvispa@unal.edu.co  
<https://orcid.org/0000-0001-6012-1363>

### Martha Elena Morales

Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.  
Colombia.  
memoralesv@unal.edu.co  
<https://orcid.org/0000-0002-5931-9193>

### Rubby Leonor Tovar Roa

Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.  
Colombia.  
rltovarr@unal.edu.co  
<https://orcid.org/0000-0003-0015-3827>

### Ana Helena Puerto Guerrero

Hospital Universitario Nacional de Colombia.  
ahpuertog@unal.edu.co  
<https://orcid.org/0000-0002-2993-0645>

### Resumen:

**Objetivo:** Evaluar cualitativamente la experiencia de pacientes con esclerosis múltiple (PEM) y cuidadores familiares (CFPEM) vinculados al programa de esclerosis múltiple del Hospital Universitario Nacional de Colombia (PrEM-HUNC), durante la formación y consolidación de una comunidad compasiva (CC), para la inclusión social y promoción de calidad de vida.

**Materiales y Método:** estudio cualitativo interpretativo, con entrevistas a profundidad a nueve colaboradores. Con el método de análisis de espiral de Creswell y Poth, emergieron cuatro categorías y un tema.

**Resultados:** el tema “Un nido comunitario de crecimiento y transformación” señala el proceso de conformación de la CC como una experiencia que posibilitó cambios de significados en torno a la enfermedad, la situación personal y familiar; revela un proceso de descubrimiento y aprendizaje de conformación de diferentes relaciones y roles.

**Conclusiones:** La CC es una opción para construcción de redes de apoyo, fortalecimiento de las capacidades personales y familiares, una forma para hacer frente a los diferentes impactos y retos que implica vivir con esclerosis múltiple, se constituye en una alternativa para la promoción de la calidad de vida y la inclusión social.

**Palabras Clave:** Apoyo social; calidad de vida; esclerosis múltiple.

**Correspondencia:**

alopezdi@unal.edu.co

**Fecha recepción:** 07/12/2023**Fecha aceptación:** 05/02/2024**Financiación:** Este trabajo no ha recibido financiación.**Conflicto de intereses:** Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.**Licencia:** Este trabajo se comparte bajo la licencia de Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons (CC BY-NC-SA 4.0): <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

© 2024 Lucero López-Díaz, Vilma Florisa Velásquez-G, Luisa Fernanda Galvis Palacios, Martha Elena Morales, Rubby Leonor Tovar Roa, Ana Helena Puerto Guerrero

**Citación:** López-Díaz, L., Velásquez-Gutiérrez, V. F., Galvis-Palacios, L. F., Morales, M. H., Tovar-Roa, R. L., Puerto-Guerrero, A. H. (2024). Comunidad compasiva para la inclusión social y calidad de vida de las personas con esclerosis múltiple y sus cuidadores familiares. *Cultura de los Cuidados*, (68), 91–102. <https://doi.org/10.14198/cuid.18887>**Abstract:****Objective:** to qualitatively evaluate the experience of patients with multiple sclerosis (PEM) and family caregivers (CFPEM) linked to the multiple sclerosis program of the National University Hospital of Colombia (PrEM-HUNC), during the formation and consolidation of a compassionate community (CC), for social inclusion and promotion of quality of life.**Materials and Method:** qualitative interpretative study, with in-depth interviews to nine collaborators. With Creswell and Poth's spiral analysis method, four categories and one topic emerged.**Results:** the theme "A Community Nest of Growth and Transformation" points out the process of shaping the CC as an experience that made possible changes in the meanings surrounding the disease and the personal and family situation; reveals a process of discovery and learning of shaping different relationships and roles.**Conclusions:** The CC is an option for building support networks, strengthening personal and family capacities, a way to address the different impacts and challenges of living with multiple sclerosis; it is an alternative to the promotion of quality of life and social inclusion.**Keywords:** Social support; quality of life; multiple sclerosis.**Resumo:****Objetivo:** avaliar qualitativamente a experiência de pacientes com esclerose múltipla (PEM) e cuidadores familiares (CFPEM) vinculados ao programa de esclerose múltipla do Hospital Universitário Nacional de Colombia (PrEM-HUNC), durante a formação e consolidação de uma comunidade compassiva (CC), para a inclusão social e promoção da qualidade de vida.**Materiais e Método:** estudo qualitativo interpretativo, com entrevistas em profundidade com nove colaboradores. Com o método em espiral de Creswell e Poth, quatro categorias e um tema emergiram.**Resultados:** o tema "Um ninho comunitário de crescimento e transformação" revela o processo de conformação da CC como uma experiência que possibilitou mudanças de significados em torno da doença, da situação pessoal e familiar; revela um processo de descoberta e aprendizagem de obter diferentes relacionamentos e papéis.**Conclusões:** a CC é uma opção para a construção de redes de apoio, fortalecendo as capacidades pessoais e familiares, uma forma de enfrentar os diversos impactos e desafios que o viver com esclerose múltipla implica, sendo uma opção para a promoção da qualidade de vida e inclusão social.**Palavras-chave:** Suporte social; qualidade de vida; esclerose múltipla.

## INTRODUCCIÓN

La compasión es un componente integral de la práctica de Enfermería y esencial para la atención de calidad, implica el conocimiento del otro, de su sufrimiento y el deseo de aliviarlo (Sinclair, 2016; Papadopoulos, 2017). La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad crónica del sistema nervioso central que conduce a la desmielinización y la neurodegeneración (Ysrraelit, Fiol, Gaitan & Correale, 2018) lo que puede limitar las actividades diarias, restringir los roles sociales, comprometer la situación económica, los lazos familiares y de amistad. Esto produce un gran sufrimiento, relacionado a la ansiedad, depresión, aislamiento y estigma social, tensión financiera y ruptura familiar que pueden vivir las personas con una enfermedad limitante (Kellehear, 2013) influyendo en su calidad de vida y la de sus familiares (Conradsson, 2019; Costa et al., 2017; Neate et al., 2019). Esto amerita una atención especializada, adaptada a las condiciones biopsicosociales de quienes la padecen y sus familias (Rodríguez, Calderón, Krikorian, & Zuleta, 2017). Las estrategias de intervención centradas en la atención plena y la compasión constituyen una forma de fortalecer la calidad de vida para pacientes y cuidadores familiares (Lex, 2018).

Las comunidades compasivas (CC) son un enfoque de salud pública propuesto por Kellehear para el cuidado paliativo y para aquellas enfermedades que limitan la vida (Kellehear, 2013) la cual busca la creación y movilización de redes de apoyo, internas y externas, en torno a quien padece la enfermedad (Librada, 2018; Brito, 2018). Aunque, en el momento, no hay evidencia de su uso para personas con EM y sus familias, se ha mostrado que las CC mejoran las redes de atención, reducen el aislamiento social de los pacientes y sus familiares, mejoran la calidad de vida, disminuyen la sobrecarga del cuidador, aumentan la satisfacción en las redes familiares y de apoyo (Librada, 2018), y transforman la experiencia con la enfermedad (Pesut, Duggleby, Warner, Fassbender, et. al 2017). Bajo estas consideraciones se presenta el análisis cualitativo de la experiencia de pacientes con esclerosis múltiple y sus familiares en la conformación de una CC como una forma de inclusión social y promoción de la calidad de vida.

## METODOLOGÍA

Estudio cualitativo interpretativo, con entrevistas a profundidad. Fueron seleccionados los PEM y a los CFPEM que participaron de los encuentros llevados a cabo durante los meses de marzo a diciembre de 2019. De los 57 pacientes y 45 cuidadores familiares participantes, buscando mostrar las distintas perspectivas de la experiencia, se seleccionó una muestra diversa (Sampieri, 2014) de nueve personas (5 pacientes generales, 2 líderes, y 2 cuidadores) que de forma voluntaria quisieron participar en el estudio y que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: 1) PEM mayores de 18 años con diagnóstico de EM en historia clínica vinculados al PrEM-HUN que hayan asistido a por lo menos dos de los encuentros realizados durante el proyecto, 2) Familiares de PEM y CFPEM mayores de 18 años de PEM vinculados al PrEM-HUN que hayan asistido a por lo menos 4 de los encuentros realizados durante el proyecto, 3) PEM mayores de 18 años con diagnóstico de EM en historia clínica vinculados al PrEM-HUN que asistieron a los encuentros de la escuela de líderes promovida por el proyecto. Las características demográficas de los

participantes se muestran en las Tablas 1 y 2. Inicialmente se hicieron cuatro entrevistas generales a cuatro de los pacientes, posteriormente con las categorías que emergieron se realizaron entrevistas iniciales y de profundidad con los otros cinco participantes hasta lograr la saturación de la información. En total se recolectaron siete horas de grabación con un tiempo de transcripción de treinta y dos horas.

El reclutamiento de los pacientes y cuidadores familiares se realizó por medio telefónico. La recolección de la información se realizó en los domicilios o lugares de preferencia de los participantes por una enfermera con experiencia en investigación cualitativa durante los meses de diciembre de 2019 y enero de 2020. La enfermera no tenía una relación previa con los participantes. Se plantearon preguntas iniciales como por ejemplo ¿Cuéntenos cómo ha sido su experiencia de participar en los encuentros mensuales promovidos en el HUN? Para las entrevistas de profundidad se tuvieron en cuenta las categorías iniciales e información emergente que se consideró necesario ampliar.

El análisis se realizó teniendo en cuenta el método de análisis en espiral de Creswell y Poth (2018) el cual incluye cinco actividades centrales y sus respectivas estrategias analíticas. Todas las entrevistas fueron transcritas, leídas y analizadas de manera manual haciendo uso de Microsoft Excel para organizar la información y las ideas emergentes que ayudaron a construir los siete códigos con los cuales se codificaron los documentos. Para el proceso de reducción se llevó a cabo cuatro reuniones con el equipo de investigación con quienes se llegó a consenso sobre los resultados. Los resultados fueron validados y ajustados con tres de los participantes.

Consideraciones éticas: Las entrevistas se realizaron previo consentimiento informado, asegurando el manejo y la confidencialidad de la información y de los nombres de los participantes. La investigación fue avalada por el comité de ética del Hospital Universitario de la Universitario Nacional de Colombia, con el acta CEI-HUN-acta-2019-11.

Tabla 1. Características demográficas de PEM

Código asignado	Edad	Género	Año del dx	Tipo de esclerosis	EDSS*	Numero de recaídas	
P1	46	F	2000	Recaída remisión	2.0	3	1. Hemiparesia izquierda 2. Hemiparesia derecha 3. Paraparesia en posparto
P2	53	F	1989	Secundaria progresiva	5.5	3	1. Cuadriparesia 2. Síntoma sensitivo en MI 3. Monoparesia y espasticidad
P3	44	M	2003	Recaída remisión	5.5	1	1. Diplopía
P4	59	M	2014	Primaria progresiva	6.5	1	1. Hemiparesia izquierda
P5	40	F	2015	Recaída remisión	0	2	1. Adormecimiento hemicuerpo izquierdo, 2. Paresia en miembros superiores
L1	39	M	2018	Recaída remisión	1	2	1. Diplopía 2. Latero pulsión/vértigo
L2	34	F	2015	Recaída remisión	2	3	1. Hipoestesia 2. Monoparesia MSD** 3. Monoparesia MID***

\*EDSS: Escala Expandida del Estado de Discapacidad. \*\*MSD: miembro superior derecho. \*\*\*MID: miembro inferior derecho.

Fuente: Creación de las autoras.

Tabla 2. Características demográficas de los CFPEM

Código	Edad	Género	Relación filial	Código del paciente que cuidan	Tiempo de cuidado en años
C1	42	M	Esposo	P1	20
C2	62	F	Madre	L2	5

Fuente: Creación de las autoras



## RESULTADOS

Los resultados se presentan mediante el tema: “UN nido comunitario de crecimiento y transformación” que sintetiza las cuatro subcategorías y dos categorías como aparece en la Tabla 3. En orden, se presentarán las categorías con sus respectivas subcategorías y posteriormente el tema.

Tabla 3. Experiencia de los PEM Y CFPEM de participar de los encuentros

Subcategorías	Categorías	Tema
1.1 Encontrando compañeros de vuelo	1. Somos más, ya no estoy solo en este vuelo	UN nido comunitario de crecimiento y transformación
1.2 Ser líder: un reto para brindar alivio		
2.1 Un respiro de vida y esperanza	2. Crecemos juntos desde el conocimiento y la esperanza	
2.2 Nido de experiencias y aprendizajes que nos fortalecen y nos dan seguridad		

Fuente: Creación de los autores

### 1. *Somos más, ya no estoy solo en este vuelo*

Esta categoría muestra como los pacientes y los familiares antes de llegar al nido habían mantenido un vuelo “solitario”. Para la gran mayoría de ellos el impacto de recibir un diagnóstico de EM los llevo a aislarse, a alejarse de sus redes sociales y a cambiar de vida:

*“Porque yo de redes me salí, en el 2018 me salí de todas las redes, porque no quería hablar con nadie, fue un momento bastante critico de mi vida” L1.*

Así, comienza un nuevo proceso de autorreconocimiento, de lucha y de entender qué es la EM y como la enfermedad los puede llevar y/o los lleva a pérdidas motoras y cognitivas, preguntándose a ellos mismos ¿Por qué a mí?

*“Yo tuve una crisis muy dura en el 2012, estuve totalmente cuadripléjica, duro, duro, esa fue muy dura, venían para que me hicieran las terapias, porque le digo a veces uno no tiene quien lo lleve, porque es que la vida continua, los recibos siguen llegando, ósea todo, todo, tú te enfermas, pero no se enferma lo demás... y después dure como tres años con el caminador, pero la verdad que si, a uno le toca la lucha con esta enfermedad” P2*

Al llegar al nido y el hecho de poder conocer más personas con EM, produce un cambio en su estar en el mundo y con la enfermedad, puesto que esta experiencia vivida en privado tanto

para el paciente como para la familia, ahora pasa a hacer una experiencia comunitaria. Aquella pregunta de ¿Por qué a mí? pasa a ser remplazada por un ¿Para qué?, es así que los significados construidos frente a su diagnóstico y su experiencia empiezan a cambiar y transformarse.

### 1.1 Encontrando compañeros de vuelo

Los pacientes, en esta comunidad se encuentran unos con otros, se reconocen desde esa humanidad, fragilidad e intimidad de vivir con una enfermedad “invisible”. Allí ellos encuentran pacientes con su misma condición, con proyectos de vida y también con sueños.

*“Me siento identificada porque encontré otra cosa a lo que de pronto yo estaba buscando, si, encontré pacientes que tienen mi misma condición, pero que también tienen sus proyectos de vida, que tienen sus sueños... Yo, por ejemplo, ahora sé que no soy la única que tiene estos mismos síntomas o que tiene este mismo temor, o que siente algo, sino que hay otros que también” P1*

Sin embargo, a pesar de tener en común la EM, reconocen que cada uno de ellos es un universo diferente, un universo de emociones, situaciones y síntomas, los cuales desde su propia experiencia tienen algo que aportar, escuchándose y apoyándose. Para muchos de ellos existe un sentimiento de familiaridad y para otros de hermandad, en donde los que tienen mayor experiencia y llevan más tiempo con la enfermedad les dan ánimo y aliento a los que están empezando.

### 1. 2. Ser líder: un reto para brindar alivio

Como en todo vuelo, existen aquellos que sienten el deseo de ayudar a otros, ya que así se ayudan a ellos mismos. Ellos eligen formarse como líderes, en la “escuela de líderes” ofrecido por el proyecto para brindar alivio a la angustia de convivir con la EM. Allí, van aprendiendo a guiar y ayudar a otros, adquiriendo nuevos conocimientos y herramientas. Para algunos esto significa un nuevo reto, ya que les implica retomar aspectos de su vida que se habían frenado. Esto último también es su motivación, ya que los hace sentirse útiles de nuevo.

*“Lo que pasa es que en mi vida yo hacía demasiadas cosas antes del diagnóstico y después del diagnóstico fue un frenazo frente a ciertas cosas, y la escuela fue como “a buenooo, voy a volver a ponerme juiciosa, a ponerme a estudiar, voy a ponerme a hacer otras cosas” entonces como que para mí a nivel personal implicaba ese reto y yo siempre lo he pensado y digo: bueno si la vida me puso este diagnóstico de pronto fue por algo, por ayudar a otros y ayudando a otros también me ayudó yo mismita, (se ríe), entonces por ese lado fue como chévere” L2*

## 2. Crecemos juntos desde el conocimiento y la esperanza

Antes de encontrar el nido y sus nuevos compañeros de vuelo, para algunos de los pacientes la esclerosis múltiple había significado que todo estaba perdido, que no tenían más que esperar, sino aquello que habían leído en internet o visto en los demás pacientes.

*“Yo decía ...aquí como que esto me va a impedir hacer muchas cosas, si, a pesar de lo que*

*te digo, yo como que estaba esperando que me llegara, lo que de pronto le llegara a pasar a otras personas o lo que me decían los médicos que me podría pasar, pero no, ahora sé qué, que si llegara pues hay muchas formas de combatirlo y que hay cosas que a través del programa uno puede aplicar para su vida y puede por lo menos minimizar el impacto, de pronto no evitarlas porque muy posible pase, pero si minimizarlas y verlas desde un punto de vista diferente” P5*

El encontrar este nuevo espacio, simbolizó para ellos un nuevo despertar, un nuevo renacer, en el que fueron creciendo y adquiriendo nuevos aprendizajes para seguir adelante. Allí nace una nueva esperanza con respecto a su vida. Saben que hay unos compañeros y unos profesionales que están ahí para darles la mano, acompañarlos y enseñarles cómo enfrentar los desafíos y los retos que trae la EM.

*“Eso es ayudar a la gente, eso es calidad de vida para la gente, el hecho de saber, que le están poniendo cuidado, atención, le estén diciendo mire venga en una charla, vengan a esto, vengan a lo otro, sirve, ayuda un montón” P2*

### **2.1 Un respiro de vida y esperanza**

Estando con sus compañeros de vuelo, en familia y comunidad comienza a crecer un sentimiento de esperanza y de alivio, la enfermedad se empieza a convertir en una oportunidad, una posibilidad de ser escuchado y escuchar al otro, de compartir, de ser luz en medio de la oscuridad, de dar aliento y apoyo, ya sea de manera presencial o por medio del WhatsApp creado por los mismos pacientes.

*“Ahorita ya digamos que lo tengo como más claro, lo tengo más visible de que somos invisibles pero hay un grupo que si somos visibles y que nos podemos ayudar entre nosotros, y que hay experiencias por ejemplo que uno las puede compartir, porque las vivió... y que bonito poder ser una luz en medio de la oscuridad, si, que no todo el mundo diga, hasta aquí me llegó el fin de mi vida” P1*

Para muchos de ellos, escuchar las experiencias de vida de los demás les ayuda a desahogarse aun sin hablar, sino solo estando presentes, pues se identifica con el otro y entiende su dolor y experiencia. Con ayuda de sus compañeros aprenden a insistir, persistir y no desfallecer, ven esperanza en aquellos que lograron salir adelante después de una recaída. Así se preparan para seguir con el vuelo.

### **2.2 Nido de experiencias y aprendizajes que nos fortalecen y nos dan seguridad**

A medida que avanzan los encuentros, el nido se convierte en un continuo aprendizaje sobre ellos mismos y sobre otros, donde van adquiriendo herramientas y conocimientos acerca de la enfermedad para poder manejarla y sobrellevarla. Tanto el paciente como el cuidador van cambiando poco a poco su actitud frente a la EM, el cuidador en especial, aprende y entiende cosas que antes no entendía de su esposo/a, hijo/a, ambos aprenden a convivir con la enfermedad, a caminar y a volar con ella. Los conocimientos adquiridos les brindan seguridad y los desafía a ponerse retos más grandes. El cuidador y los familiares se reconocen y se descubren en esta fase como una red de apoyo que también puede ayudar a ese otro. La

familia se convierte en una unidad que vive, experimenta y acompaña el vuelo con la EM, todos tienen que aprender al respecto como un equipo, para poder apoyarse e identificar “algo nuevo” cuando el paciente no lo vea.

*“Yo pienso que nosotros somos un equipo, y yo siento cuando ella está maluca, y pues uno está ahí para apoyarla y he aprendido cómo manejarla, ósea, yo sé cómo manejarla pero allá le dan a uno como más, un panorama más abierto de cómo debo ser con mi esposa, las relaciones que debo de tener con ella, los cuidados, yo como cuidador que debo hacer y que no debo hacer y la calidad de tiempo que yo le dedico a ella” C1*

### **Tema: Un nido comunitario de crecimiento y transformación**

Esta metáfora representa la experiencia de los pacientes con EM y sus cuidadores familiares de haber participado de unos encuentros donde se sintieron acogidos. Este nido pensado y co-creado de manera participativa entre pacientes, cuidadores, profesionales de diferentes disciplinas, encabezado por un equipo de Enfermeras docentes de la UN y funcionarias del HUNC, buscó responder a los diferentes impactos que tiene la EM a nivel personal, familiar y social. Partiendo de las necesidades sentidas por los pacientes y sus familiares y/o cuidadores, poco a poco fueron construyendo el nido que representa ese espacio de encuentro de saberes y el inicio de una incipiente organización de comunidad. Algunos llegan al nido con miedo, debido a las malas experiencias en otras instituciones, pero mientras se adentran en la dinámica de los encuentros, el miedo va desapareciendo. Los pacientes y familiares reconocen la empatía en los profesionales y su entrega en cada una de las sesiones. Este nido que acoge, se convierte en un refugio de encuentro, de inclusión y crecimiento, en donde a través de los diferentes aprendizajes, la escucha y el descubrimiento, cada uno de sus miembros se va transformando. Estos encuentros marcan un inicio hacia otra mirada sobre la vida y la propia enfermedad. Es un nido que representa la capacidad de renovarse, recuperar el aliento y la fortaleza.

## **DISCUSIÓN**

Como refiere Salinas, Rogero, & Labajos (2013), recibir un diagnóstico de enfermedad, es una experiencia altamente significativa en la vida de una persona, sobre todo si la enfermedad es grave, crónica y con posibilidad de generar cambios irreversibles en la manera de vivir, presente o futura. La EM es una enfermedad que impacta la vida de los pacientes y sus familiares, especialmente en los ámbitos social y económico (Díaz, 2019), además produce alteraciones del entorno y la familia (Miranda, Ceballos, Milar, Sabando, et.al, 2019). Como vimos en los PEM y los CFPEM de este estudio, vivir la EM en la intimidad y en lo privado hizo que sus redes se deterioraran o sus lazos se debilitaran por miedo al estigma o exclusión (Bravo, 2018).

Es por ello que el hecho de buscar otros grupos o redes relacionados con su enfermedad se convierte en una forma de afrontamiento (Miranda et al., 2019), aún sin que esto garantice una buena experiencia dentro de las mismas, debido a la falta de empatía (Miranda et al., 2019) y habilidades necesarias de los servicios de salud para comprender el proceso

mental, los sentimientos y las emociones de los PEM y sus CFPEM y dar un respuesta con compasión a su sufrimiento (Borrego, 2016). Como sucedió con los participantes de esta investigación, estas experiencias previas limitaron en un inicio la integración a esta CC.

En consecuencia, la participación de los PEM y sus CFPEM en la conformación de esta CC con un equipo multidisciplinario que entiende la multidimensionalidad de vivir con EM, permite que los participantes logren nuevas relaciones e interacciones tanto con otros pacientes como con el personal de salud, lo que impulsa nuevos lazos de amistad en algunos y relaciones de solidaridad y empatía en otros; mejorando y reduciendo en los PEM y los CFPEM su aislamiento e incrementando su apoyo social (Brito, 2018; Horsfall, 2018) lo que sugiere a su vez, la disminución de la sobrecarga emocional y física de los CFPEM debido a la creación de esta red (Librada, 2018) y al aprender habilidades de cuidado propias tanto para ellos como para sus pacientes (Bolling et al, 2019).

Es de esta manera que se logra mejorar las redes de atención y la satisfacción con las redes de apoyo tanto formales como informales en donde se percibe una posible disminución en la ansiedad, soledad y depresión de los participantes de esta comunidad, lo que concuerda con otro estudio que tuvo beneficios en estas áreas (Librada, 2018). Todos estos elementos hacen que la experiencia previa de los PEM y sus CFPEM con la EM se transforme. Al poder encontrar una institución preocupada por ellos, con un equipo multidisciplinario que entiende, atiende y brinda herramientas para sus necesidades, esto concuerda con una experiencia de comunidad compasivas de cuidado paliativo (Pesut, 2018).

En conclusión, en las diferentes categorías expuestas, se hacen evidentes los grandes beneficios que trae para los PEM y sus CFPEM el crear y trabajar con CC, tanto para mejorar su calidad de vida como para mejorar su apoyo social, ya que como refiere Castro (2017) la composición de la red de apoyo social, la pertenencia a grupos sociales y la participación tienen un papel importante en la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con EM. Es por ello que sigue siendo un reto y una necesidad conectar a las personas aisladas y solitarias en una red comunitaria para aumentar su bienestar (Sime & Collins, 2019) involucrando a la familia, amigos, vecinos, voluntarios y otras organizaciones (Abel en Brito, 2018) pasando de un modelo individualizado a un modelo de atención en red, centrado en la comunidad (Horsfall, 2018), donde tanto pacientes y profesionales participen (Tomkins, 2018).

De esta manera, se sugiere poder ampliar y aplicar el enfoque de las CC a otros pacientes con patologías en las que no se ha explorado sus beneficios, como por ejemplo con PEM y su CFPM. Así mismo se recomienda el uso de Facebook, Instagram y/o WhatsApp como formas útiles de organizar una red (Abel, 2018) ya que como sucedió en el presente análisis, este tipo de tecnologías ayudan a mantener informadas a las personas de los encuentros y a solicitar ayuda o consejo y dar ánimo cuando alguno de sus miembros no se sienta bien.

## REFERENCIAS

- Abel, J. (2018). Compassionate communities and end-of-life care. *Clinical Medicine*, 18(1), 6-8. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.18-1-6>
- Bolling, G., Brandt, F., Ciurlionis, M., & Knopf, B. (2019). Last Aid Course. An Education For All Citizens and an Ingredient of Compassionate Communities. *Healthcare*, 7(1), 1-12. <https://doi.org/10.3390/healthcare7010019>
- Borrego, C. (2016). *Evaluación de los aspectos positivos y de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con esclerosis múltiple*. Tesis Doctoral. Universidad de Alicante.
- Bravo, D. (2018). *Personas afectadas de esclerosis múltiple: estrategias vitales y participación social*. Tesis doctoral. Facultad de filosofía y letras. Departamento de antropología social. Universidad de Granada.
- Brito, G., Librada, S. (2018). Compassion in palliative care: a review. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 12(4), 472-479. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000393>
- Castro, D., Sá, M.J., Calheiros, J.M. (2017). Social support network and quality of life in multiple sclerosis patients. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 75(5), 267-271. <https://doi.org/10.1590/0004-282X20170036>
- Conradsson, D., Ytterberg, C., Engelkes, C., Johansson, S., Gottberg, K. (2019). Activity limitations and participation restrictions in people with multiple sclerosis: A detailed 10-year perspective. *Disability and Rehabilitation*, 1-8. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1626919>
- Costa, D. C., Sá, M. J., & Calheiros, J. M. (2017). Social support network and quality of life in multiple sclerosis patients. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 75(5), 267-271. <https://doi.org/10.1590/0004-282x20170036>
- Creswell, J.W. (2018). *Qualitative Inquiry & Research Design. Choosing among five approaches*. Investigación cualitativa y diseño investigativo. Selección entre cinco tradiciones. SAGE Publications. <https://academia.utp.edu.co/seminario-investigacion-II/files/2017/08/INVESTIGACION-CUALITATIVACreswell.pdf>
- Díaz Fernández, J. (2019). *Cuidados populares de las personas con esclerosis múltiple* (Tesis maestría en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá). Recuperado de <http://bdigital.unal.edu.co/72294/2/1014188491.2019.pdf>
- Horsfall, D., D. (2018). Developing compassionate communities in Australia through collective caregiving: a qualitative study exploring network-centred care and the role of the end of life sector. *Annals of Palliative Medicine*, 42-51. <https://doi.org/10.21037/apm.2018.03.14>
- Kellehear, A. (2013). Compassionate communities: end-of-life care as everyone's responsibility. *QJM: An International Journal of Medicine*, 1071-1075. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hct200>
- Lex, H., Weisenbach, S., Sloane, J., Syed, S., Rasky, E., Freidl, W. (2018). Social-emotional aspects of quality of life in multiple sclerosis. *Psychology Health & Medicine*, 23(4), 411-423. <https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1385818>.
- Librada, S., Herrera, E., Boceta, J., Mota, R., Naval, M. (2018). All with You: a new method for developing compassionate communities—experiences in Spain and Latin-America. *Annals of Palliative Medicine*, 7, 2, 15-31. <https://doi.org/10.21037/apm.2018.03.02>
- Miranda, V., Ceballos, P., Milar, F., Sabando, N., Sepúlveda, K., Jara, A. (2019). Estrategias de afrontamiento de las personas con esclerosis múltiple, mediante su experiencia de vida. *Sanus*, 9, 8-25. <https://doi.org/10.36789/sanus.vi9.121>
- Neate, S. L., Taylor, K. L., Jelinek, G. A., De Livera, A. M., Simpson, Jr, S., Bevins, W., &

- Weiland, T. J. (2019). On the path together: Experiences of partners of people with multiple sclerosis of the impact of lifestyle modification on their relationship. *Health & Social Care in the Community*, 27(6), 1515-1524. <https://doi.org/10.1111/hsc.12822>
- Papadopoulos, I., Taylor, G., Ali, S., Aagard, M., Akman, O., Alpers, L.M. (2017). Exploring nurses meanings and experiences of compassion: An international online survey involving 15 countries. *Journal of Transcultural Nursing*, 28(3), 286-295. <https://doi.org/10.1177/1043659615624740>.
- Pesut, B., Duggleby, W., Warner, G., Fassbender, K., Antifeau, E., Hooper, B., Greig, M., Sullivan, K.M. (2017). Volunteer navigation partnerships: Piloting a compassionate community approach to early palliative care. *BMC Palliative Care*, 17(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s12904-017-0210-3>.
- Rodríguez, A., Calderón, J., Krikorian, A., Zuleta, A. (2017). Comunidades compasivas en cuidados paliativos: revisión de experiencias internacionales y descripción de una iniciativa en Medellín, Colombia. *Psicooncología*, 14(2), 325-342. <https://doi.org/10.5209/PSIC.57089>
- Salinas, S., Rogero Anaya, P., Labajos, M.T. (2013). Cómo es la experiencia de los pacientes desde que experimentan síntomas iniciales hasta que se reconocen en el diagnóstico de la esclerosis múltiple: modelo teórico explicativo de la vivencia diagnóstica. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica: SEDENE*, 37, 7-18. <https://doi.org/10.1016/j.sedene.2013.04.002>
- Sampieri, R. (2014). *Metodología de la investigación*. (6ta. Ed.). McGraw Hill. México.
- Sime, C., Collins, S. (2019). Compassionate communities and collective memory: a conceptual framework to address the epidemic of loneliness. *British Journal of Community Nursing*, Vol. 24(12), 580-584. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2019.24.12.580>
- Sinclair, S., Norris, J.M., McConnell, S.J., Chochinov, H.M., Hack, T.F., Hagen, N.A., McClement, S. (2016). Compassion: a scoping review of the healthcare literature. *BMC Palliative Care*, 19(15), 6. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0080-0>.
- Tomkins, P. (2018). Compassionate communities in Canada: It is everyone's responsibility. *Annals of Palliative Medicine*, 7(Suppl 2), 118-129. <https://doi.org/10.21037/apm.2018.03.1>
- Ysraelit, M. C., Fiol, M. P., Gaitán, M. I., Correale, J. (2018). Quality of Life Assessment in Multiple Sclerosis: Different Perception between Patients and Neurologists. *Frontiers in Neurology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fneur.2017.00729>

# El arte gráfico como medio de comunicación y cuidados en personas con demencia temprana y Alzheimer

## *Graphic art as a means of communication and care in people with early dementia and Alzheimer's*

### A arte gráfica como meio de comunicação e cuidado em pessoas com demência precoce e Alzheimer

LORENA LÓPEZ-MÉNDEZ, PEDRO JAVIER ALBAR-MANSOA, MARÍA VICTORIA MARTÍNEZ-VÉREZ

#### **Lorena López-Méndez**

Universidad Complutense de Madrid. España.  
l.lopez.mendez@ucm.es  
<https://orcid.org/0000-0002-5751-1253>

#### **Pedro Javier Albar-Mansoa**

Universidad Complutense de Madrid. España.  
pjalbar@ucm.es  
<https://orcid.org/0000-0002-4427-1780>

#### **María Victoria Martínez-Vérez**

Universidad Nacional de Educación a Distancia. A Coruña. España  
vita.martinez.verez@gmail.com  
<https://orcid.org/0000-0002-8417-5101>

#### **Correspondencia:**

l.lopez.mendez@ucm.es

**Fecha recepción:** 08/12/2023

**Fecha aceptación:** 13/02/2024

**Financiación:** Este proyecto se ha podido llevar a cabo gracias a la financiación de la Junta de Castilla y León y Fondo Social Europeo, así como a la colaboración de la dirección, personal socio-sanitario y los y las participantes del Centro CRE Alzheimer y otras Demencias del IMSERSO de Salamanca.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

#### **Resumen:**

El presente trabajo analiza la repercusión de la técnica de grabado no tóxica Collagraph, en personas con Demencia temprana tipo Alzheimer, en el programa de educación artística “Retales de una vida”. El objetivo es conectar a los participantes con programas de carácter cultural para fomentar la comunicación e interacción entre participantes. La experiencia se llevó a cabo en el Centro de Referencia Estatal para personas con Alzheimer y otras Demencias de Salamanca (CREA). Una vez adaptada la metodología del taller a las características personales y de salud de las personas enfermas de Alzheimer, se considera la utilización del grabado genera importantes beneficios en los participantes, relacionados con el incremento de la inteligencia cristalizada, la conducta prosocial y la valoración positiva de sí mismos, favoreciendo la inclusión social y familiar.

Asimismo, el empleo del grabado puede ofrecer un soporte de ayuda terapéutica individual y cooperativa a los participantes, desarrollar habilidades funcionales, sociales y cognitivas, ampliando sus recursos emocionales y disfrutar de la experiencia. A su vez fortalecen su autoestima y seguridad ante su capacidad y valía. Por último, planteamos una serie de pautas para la planificación e implementación de este proceso artístico para que sirva de referente a profesionales de la salud.

**Palabras clave:** Grabado; Collagraph no tóxico; Comunicación; Alzheimer; Demencia.

#### **Abstract:**

The present work analyzes the repercussion of the non-toxic engraving technique Collagraph, in people with Early Alzheimer's Dementia, in the artistic education program “Retales de una vida”. The objective is to connect the participants with programs of a cultural nature to encourage communication





**Licencia:** Este trabajo se comparte bajo la licencia de Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons (CC BY-NC-SA 4.0): <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

© 2024 Lorena López-Méndez, Pedro Javier Albar-Mansoa, María Victoria Martínez-Vérez

**Citación:** López- Méndez, L., Albar Mansoa, P. J., Martínez Vérez, M. V. (2024). El arte gráfico como medio de comunicación y cuidados en personas con demencia temprana y Alzheimer. *Cultura de los Cuidados*, (68), 103–116. <https://doi.org/10.14198/cuid.22028>



and interaction between participants. The experience was carried out at the State Reference Center for people with Alzheimer's and other Dementias of Salamanca (CREA). Once the methodology of the workshop has been adapted to the personal and health characteristics of people with Alzheimer's disease, it is considered that the use of engraving generates important benefits in the participants, related to the increase in crystallized intelligence, prosocial behavior and positive assessment. of themselves, favoring social and family inclusion. Likewise, the use of engraving can offer support for individual and cooperative therapeutic help to the participants, develop functional, social and cognitive skills, expanding their emotional resources and enjoying the experience. In turn, they strengthen their self-esteem and security in the face of their ability and worth. Finally, we propose a series of guidelines for the planning and implementation of this artistic process so that it serves as a reference for health professionals.

**Keywords:** Engraving; Non-toxic Collagraph; Communication; Alzheimer's; Dementia.

#### Resumo:

O presente trabalho analisa a repercussão da técnica de gravura atóxica Collagraph, em pessoas com Demência Inicial de Alzheimer, no programa de educação artística “Retales de una vida”. O objetivo é conectar os participantes a programas de cunho cultural para estimular a comunicação e a interação entre os participantes. A experiência foi realizada no Centro Estadual de Referência para Pessoas com Alzheimer e outras Demências de Salamanca (CREA). Uma vez que a metodologia da oficina foi adaptada às características pessoais e de saúde das pessoas com doença de Alzheimer, considerase que o uso da gravura gera importantes benefícios nos participantes, relacionados ao aumento da inteligência cristalizada, comportamento prósocial e avaliação positiva de si mesmos, favorecendo a inclusão social e familiar.

Da mesma forma, o uso da gravura pode oferecer suporte para ajuda terapêutica individual e cooperativa aos participantes, desenvolver habilidades funcionais, sociais e cognitivas, ampliando seus recursos emocionais e desfrutando da experiência. Por sua vez, fortalecem sua auto-estima e segurança diante de sua capacidade e valor. Por fim, propomos uma série de diretrizes para o planejamento e implementação desse processo artístico para que sirva de referência para os profissionais de saúde.

**Palavras-chave:** Gravura; Collagraph não-tóxico; Comunicação; Alzheimer; Demência.

## INTRODUCCIÓN

La demencia y en concreto la demencia tipo alzhéimer es una enfermedad degenerativa que en ocasiones aísla a la persona afectada de dicha enfermedad del mundo exterior que le rodea, aunque lo más favorable es que comparta con sus familiares y amigos el mayor tiempo posible, así como continuar en contacto con su realidad. En este sentido, en la práctica, los familiares pueden recurrir a los recursos y las alternativas que pueden hallar en su entorno, tales como centros de día, asociaciones, organizaciones, talleres de memoria y terapias de estimulación cognitiva, reminiscencia, etc. Estas opciones son más acertadas antes de pensar en una residencia, en muchas ocasiones considerada como última opción cuando la enfermedad se encuentra en los estadios más avanzados (Zeisel, 2011, Toppelberg, 2006).

Dentro de los recursos alternativos que se conocen, el Arte y la técnica del grabado denominada *collagraph*, puede llegar a ser una herramienta de comunicación que facilita la expresión por medio del proceso creativo, tanto en su contemplación como en su creación, favoreciendo en las personas con alzhéimer y otras demencias no sólo un bienestar emocional, mental y físico; sino también una mejora en las habilidades y funciones cognitivas que aún perduran, incentivando a su desarrollo y estableciendo conexiones mediante la comunicación no verbal con el resto de la sociedad (Belver, 2013).

Una de las consideraciones o apreciaciones fundamentales, extraídas de la experiencia del grupo ligado al proyecto, es la necesidad de crear modelos de feedback constante para el diseño y desarrollo de actividades didácticas y metodología evaluatoria, a fin de ajustarnos a contextos naturales. De tal modo, aproximaremos a un mayor conocimiento de la creatividad en su cotidianidad (Camic, Tixchler & Pearman, 2014; Camic & Chatterjee, 2013; Ullán et al., 2012).

En noviembre del año 2019, la Organización Mundial de la Salud (OMS) emite un informe mundial que, tras sistematizar los resultados de tres mil estudios, establece, por primera vez, los beneficios que el arte aportan a la prevención y al tratamiento de las enfermedades mentales, (incluida el Alzheimer). Así, según la OMS (Fancourt & Finn, 2019), los procesos artísticos permiten aportan diferentes beneficios que, aplicados a la enfermedad de Alzheimer, mejoran la calidad de vida de las personas afectadas por este tipo de demencia y la de sus familias.

Pero, además, tal y como señalan Martínez-Vérez, Albar-Mansoa, López-Méndez y Torres-Vega, (2020: 5) los procesos creativos generan lenguajes comunicativos únicos que permiten hablar sin palabras y sentir sin filtro, procesando la vivencia.

Finalmente, por todo ello, el informe mundial de la OMS (Fancourt & Finn, 2019) insta a los gobiernos y a otras autoridades supranacionales, a establecer protocolos, que favorezcan la relación entre el sistema sanitario y el entorno artístico, tal y como, se ha diseñado e implementado en el programa de educación artística “*Retales de una vida*” (López-Méndez, 2017).

## PROGRAMAS ARTÍSTICOS Y ALZHEÍMER PARA LA COMUNICACIÓN SOCIAL

Cuando nos referimos al concepto Comunicación, nos estamos centrando en todo acto de transmisión de señales, por medio de un canal a través de un código común al emisor y al receptor en un contexto determinado, según lo define la Real Academia de la Lengua Española (RAE).

Pero cuando una persona ve reducidas sus capacidades cognitivas, funcionales y ejecutivas, debido a una enfermedad como es el alzhéimer u otras demencias, su capacidad de comunicación se ve mermada, lo que provoca que se sume a un estado de aislamiento psíquico y físico; imposibilitándole para entenderse entre sus semejantes, en definitiva, con su entorno.

Esto es lo que le ocurre a una persona con la enfermedad, le incapacita, le hace perder las ideas -porque pierde la capacidad de expresión verbal- y a medida que va avanzando la fase de deterioro en el que se encuentre, la persona comenzará a no realizar comentarios, no comprender lo que se le dice, ser incapaz de expresar argumentos lógicos, observándose incoherencias tanto en la repetición de una simple sílaba o palabra como en la repetición de frases y textos (Martín et al., 2008).

Consecuentemente, a participar menos de la vida cultural y social de la ciudad. Aquí, es donde la Educación Artística debe entrar en juego como una ventana que invita al participante con alzhéimer a ver otros puntos de vista para llegar a comunicarse, fomentando sus habilidades sociales, autoconciencia, autocontrol, motivación y empatía aún presentes. Estas áreas son áreas de trabajo en la inteligencia emocional. Pues son las que el Educador Artístico debe controlar y manejar con el participante (Palmiero, Di Giacomo & Passafiume, 2012).

En el proyecto que exponemos a continuación, se llevó a cabo una programación artístico-educativa, donde tomamos como referente una técnica de comunicación denominada Reminiscencia, apropiada para las fases leves y moderadas de la enfermedad, que se centra en estimular la memoria autobiográfica o episódica del participante basada en los cuidados y vínculos.

Cabe destacar que el proyecto ha sido financiado por la Junta de Castilla y León y el Fondo Social Europeo (ORDEN EDU/1204/2010, de 26 de Agosto), mediante la beca Predoctoral (PIRTU), en él se diseña, evalúa y acerca cualitativamente el Arte y por ende la Educación artística, desde una perspectiva cercana, vivencial y comunicativa a personas de la Tercera Edad en general y con la algún tipo de Demencia en particular.

La técnica artístico-plástica que se abordará en el programa denominada *collagraph*, permite trabajar la atención, el lenguaje expresivo y comprensivo, la orientación, la memoria semántica y gnosis; facilitando las relaciones interpersonales y la comunicación entre participantes fomentando la sensación de bienestar y su autoestima.

Combinando esta técnica con la Educación Artística, las personas con alzhéimer u otras Demencias pueden reencontrarse con el disfrute a través de las artes; permitiéndoles profundizar en sus capacidades y llegar a conocerse a sí mismos de nuevo, logrando ser tan creativos e imaginativos como deseen, recuperando la confianza en sí mismos y el coraje para seguir

luchando por preservar por más tiempo sus capacidades (López-Méndez y Ullán, 2015). Además del producto obtenido en cada actividad esta puede actuar como autoexpresión, en un momento en el que cualquier otro medio de expresión, como puede ser el lenguaje está a penas en activo (Eekelaar, Camic & Springham, 2012).

## OBJETIVOS

Los objetivos implementados durante las sesiones del taller fueron pautados por el equipo del Proyecto AR.S: Arte y Salud, en colaboración con profesionales del Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias (CREA) del Inmerso en Salamanca y en la Asociación de Alzheimer de Madrid, ambas en España.

El objetivo principal del estudio es comprobar los beneficios del empleo del grabado no toxico, concretamente, de la técnica gráfica del *collagraph*, en las personas que padecen Alzheimer participantes del taller.

Respecto a los objetivos terapéuticos, se plantearon:

- Evocar recuerdos y emociones positivas, a través de la estimulación sensorial, asociada a la contemplación artística de un conjunto de obras seleccionadas por los autores.
- Favorecer la conducta prosocial y el incremento de la autoestima, mediante el trabajo cooperativo.
- Incrementar la expresión emocional, a través del diálogo.
- Estimular las habilidades motrices (finas y gruesas) y las funciones cognitivas.
- Mejorar la calidad de vida de las personas enfermas de alzheimer, al lograr la disminución de las 4 AES de la enfermedad (agitación, ansiedad, apatía y agresividad).

## EL GRABADO NO TOXICO EN CONTEXTOS DE SALUD: EL TALLER

El taller “*Huellas de la Memoria*”, surge de las investigaciones desarrolladas en el campo del grabado no toxico del artista, docente e investigador Pedro Javier Albar-Mansoa (2010, 2011), basadas en el diseño y desarrollo de técnicas alternativas y creativas con adolescentes en ámbitos hospitalarios. Asimismo, se trabajó en torno al concepto huella, como símbolo de una sensación que permanece en el subconsciente que nos puede ayudar a ordenar nuestras emociones (Borges, 2009: 171). La huella como contenedor de recuerdos, relatos y evocaciones que nuestros mayores esperan que escuchemos.

Durante el proceso y desarrollo de la técnica que apuntábamos anteriormente, denominada colografía o *collagraph* es una técnica gráfica aditiva y experimental de grabado que incorpora

el collage en la elaboración de la matriz, enriqueciendo las estampas con magníficos y sugerentes relieves. Es decir, consisten en adherir materiales sobre un soporte sólido o matriz para crear huecos y relieves, que posteriormente, se van a entintar con rodillo y a estampar manualmente (Albar y Martínez, 2011). Por tanto, se plantea como una técnica sencilla para poder abordar con el perfil de usuarios del taller.

Del mismo modo que el collage integra diferentes elementos y materiales para dotar a una obra de su carácter, en el *collagraph* estos elementos son los que conforman la matriz. Todos estos elementos integrantes necesitan de una cohesión y rigidez especial que permita la seriación, evitando el excesivo desgaste de la matriz.

Durante el proceso del taller, los usuarios también disfrutaron visualizando y dialogando de una serie de artistas que han empleado como recurso el grabado a lo largo de la Historia del Arte, desde la Prehistoria hasta el Arte Contemporáneo, como símbolo de huella y memoria humana en el transcurso del tiempo. De tal manera que, los y las participantes pudiesen entender y adquirir conocimientos artísticos, teniendo como referentes obras reconocibles por ellos como punto de partida. De la misma forma, se generaron preguntas abiertas para invitar al debate y el diálogo en función a una serie de imágenes en la que los artistas habían hecho uso de la técnica del grabado para representar su huella o una temática determinada.

Las preguntas formuladas como hilo conductor fueron: ¿Qué tipo de huella podemos dejar? ¿Una huella puede ser un recuerdo? Nos apoyamos en la idea de huella como *studium* Barthesiano, objeto “mágico” (grabado) y trascendente del que nos habla Roland Barthes. No obstante nos servimos de la imagen de la cueva de Altamira (<http://museodealtamira.mcu.es>), como elemento de apertura para el debate grupal entorno a la imagen.

El proceso de implementación del taller de desarrollo en varias fases. La primera fase A, en la que los soportes que nos servirán de matriz o plancha sobre los que podemos trabajar en contextos de salud son generalmente de cartón y plástico (plexiglás, metacrilato, poliestireno), su utilización dependerá del tipo de técnica que empleemos. En esta ocasión nos servimos de cartones de color gris, de grosores comprendidos entre los 2 y 4 milímetros por ser fáciles de conseguir, manejar, asequibles y resistentes a la aplicación de adhesivos, tintas y estampación. Asimismo, deben ser ligeros y de poco peso, aptos para el tipo de participante con el que vamos a trabajar.

En esta primera fase apuntamos varios materiales posibles para la adhesión en la Matriz, estas no deben tener grosores muy descabados para que, a la hora de ser entintadas, todas las texturas puedan dejar su impronta en el papel y eviten dañarlo o incluso romperlo: Cintas adhesivas de papel (masking tape o cinta de carroceros) para crear relieves. Pueden ser tejidos reciclados que contengan trama, para crear relieves y texturas, incluso hilos de diferentes tipos (lana, cuerda).

En la segunda fase B, la matriz ya ha sido tratada y una vez seca, se procede a su entintado, que se realizará entorno a los siguientes pasos. En primer lugar, nos serviremos de un rodillo para entintar la superficie de la matriz, este será impregnado en tinta de grabado al agua no tóxica, que puede ser de diferentes colores para su aplicación y pasaremos el rodillo en todas las direcciones de la matriz, de tal manera que la tinta quede depositada sobre las texturas

aplicadas en el soporte. En el caso de que dichas texturas posean un grosor considerable, la tinta no llegará a depositarse sobre la matriz en determinadas zonas, para evitarlo, nos serviremos de un trozo de tarlatana a modo de muñequilla impregnada en tinta, para aplicar tinta a esas zonas de difícil acceso con el rodillo (Figura 1).

Figura 1. Proceso de realización de la estampa



Fuente: Elaboración propia.

Debemos tener en cuenta que el resultado será el contrario al de la matriz y los elementos que intervienen en el desarrollo del proceso del *collagraph*, pues si queremos por ejemplo que un nombre quede entintado y se pueda leer, en la matriz debemos marcarlo al revés.

La tercera y última fase C, se obtiene la estampación, se trata del momento en el que transferiremos la tinta de la matriz a un papel de grabado. En primer lugar, nos serviremos de un papel absorbente super alfa tamaño DIN-A4, que colocaremos sobre la matriz, sirviéndonos de unas guías para que su ubicación sea la correcta. A su vez, mientras sujetaremos con una mano el papel sobre la matriz y con otra nos serviremos de un baren, en este caso mortero (utillaje propio de cocina), para ejercer presión sobre el papel de manera que las texturas de la matriz queden bien registradas. Dependiendo de la presión que se ejerza sobre el papel, las texturas pueden quedar más o menos marcadas, lo que nos proporciona un juego visual interesante que nos proporciona resultados diferentes en cada estampa.

Por último, si él o la participante lo consideran oportuno para su obra, se puede proceder a su iluminación (coloreado). Este recurso consiste en aplicar color sobre la estampa con un pincel impregnado en acuarela líquida (Figura 2).

Figura 2. Estampa Participante T. 23,5 x 31,5 cm. Collagraph.



Fuente: Elaboración propia, imagen participante T.

## MÉTODO Y ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Para favorecer la coherencia metodológica, se adopta un protocolo ético, de buenas prácticas, referido a la investigación, que se concreta en los siguientes puntos:

1. A través de Departamento de Psicología Social de la USAL y del Departamento de Didáctica de la expresión plástica de la UCM mediante el proyecto AR.S (Arte y Salud), informa a las personas participantes acerca de la naturaleza, el objeto y el procedimiento metodológico.

2. Y solicita a los mismos, el consentimiento informado, que explicita:

- El tratamiento de los datos.
- Establece una responsabilidad penal y un lugar físico para su custodia.
- Y limita la utilización de los mismos, únicamente, a la divulgación en los ámbitos académico y didáctico.

El programa centrado en la introducción del grabado no tóxico, se configuraba en talleres con un enfoque de intervención psicosocial, de una sesión semanal de 1 hora y 30 minutos en formato grupal.

En el Centro CRE Alzheimer de Salamanca, se configuraba en 2 grupos de 8 usuarios máximo y en la Asociación AfalContigo de un grupo de 9 personas. La intervención se realizaba en un espacio designado específicamente para la actividad y aislado de las unidades de convivencia y del centro de día. Respecto al horario de implantación del taller, difería en función de la institución. La franja horaria que se disponía para realizar el taller es un detalle importante a destacar, los participantes se encuentran más participativos y lucidos en horario de mañana (López-Méndez, 2015).

Por lo tanto, es recomendable diseñar talleres que requieran más esfuerzo cognitivo por la mañana y más distendidos por la tarde. Evitando la aparición en los participantes del Síndrome de Sundowning, (Moreno-Toledo, 2007) que se refiere a la incidencia del ocaso en el estado anímico (agitación y conducta agresiva) en personas mayores con demencia.

En el diseño del programa se tuvieron en cuenta una serie de criterios generales para la implementación de las actividades artísticas (Ullán, 2011), (Ullán et al. 2012). El Método consistió en tres fases:

1. Fase de Análisis/APRECIACIÓN-Presentación con imágenes de artistas legitimados y no legitimados como referencia. Algunas de las obras eran reconocibles por los participantes y otras nuevas para ellos, así, poco a poco se familiarizan con una serie de contenidos propios del mundo del Arte tradicional y contemporáneo. Por último, a estas presentaciones se les incorporaba el registro fotográfico del proceso una vez realizado el taller, lo que permitió documentar gráficamente los procesos creativos y crear un diario en imágenes de las sesiones.
2. Fase PRODUCCIÓN-Realización de la obra en *collagraph* por parte de los participantes (Véase Fig. 2). En esta fase se mostraba a los y las participantes como se realizaba la técnica no tóxica del *collagraph* paso a paso. En ocasiones, nos centrábamos solamente en generar debate.
3. Fase PUESTA EN COMÚN-Esta se subdivide en dos apartados:
  - 3.1. Debate previo a la realización de la fase de producción, en la que los participantes debaten acerca de un tema con relación a la presentación de los artistas expuestos. El



debate se generaba a partir de una serie de preguntas que tenían vinculación directa con las obras de arte y con actividades de la vida diaria. Las preguntas formuladas para romper el hielo y fomentar el diálogo, eran cuestiones cortas y sencillas del tipo ¿Cuántos personajes ves en la obra? ¿Qué están haciendo? ¿Cómo lo harías tú? ¿Qué te sugiere? No se trataba de generar un diálogo que fuese un examen. Si el participante no contestaba lo que cabría esperar, se redirigía la conversación hacia el tema que él o ella planteara para que el resto de los participantes, tomaran partido del diálogo. Esta metodología nos permitió que los participantes descubrieran nuevas posibilidades y sugerencias a través de las obras de arte. La intención no era llevar la contraria a la persona, sino invitarle a participar de forma activa y en el caso de que no quisiese hablar, también se respetaba su decisión, porque en cierta manera estando presente en el taller estaba participando.

- 3.2. Diálogo de los resultados obtenidos, cada participante muestra su obra, indicando tema y materiales empleados en el proceso.

## RECOGIDA DE INFORMACIÓN Y PROCEDIMIENTOS.

En este proyecto la metodología implementada fue de carácter cualitativo, centrada en una exhaustiva observación participante, basada en entrevistas no estructuradas al personal sociosanitario que participaron activamente en las sesiones taller, desde las psicólogas/os como con auxiliares-cuidadoras. Además, los datos fueron registrados en notas de campo y capturados con una cámara digital fotográfica- grabadora y transcritas posteriormente para su registro y análisis por medio del empleo del programa de análisis de datos *atlas. ti* (versión 7).

Asimismo, en la metodología del proyecto, se incorporó un método centrado en los modelos de comunicación y atención integral centrados en la persona, (Brooker, 2013), desarrollados ampliamente por Kitwood (1997). Este modelo Kitwood lo describió como un intento de obtener el punto de vista de la persona con Demencia, empleando la combinación entre técnica observacional y empatía. Yanguas- Lezaun (2005) consideró que además de lo anteriormente mencionado, la atención de este perfil de enfermo debe afrontarse desde dos ejes: la prevención, rehabilitación de todas sus capacidades y la integración, intervención y participación. Dicho modelo, insiste en la importancia de mantener la identidad de la persona con demencia, pues en numerosas ocasiones algunas de sus alteraciones conductuales son la respuesta de su malestar por falta de comprensión a sus necesidades individuales.

Igualmente, el proyecto se ha centrado en el método de validación de Naomi Feil (1980), que considera que validar es reconocer los sentimientos de una persona, es decir indicar que sus sentimientos son ciertos. Por tanto, utilizamos la empatía para sintonizar con la realidad de la persona con demencia, aportándole seguridad, fuerza y capacidad de valía, siendo esta una manera de devolverle su dignidad y sentimiento de capacidad, transmitiendo una imagen positiva de ellas mismas (Ullán, 2011).

Finalmente, y respondiendo a los modelos expuestos en el planteamiento, abordamos la metodología de intervención psicosocial en los talleres o acciones artístico-educativas llevadas a cabo.

## POBLACIÓN Y MUESTRA

Las características de la muestra responden a un perfil de usuario entre los cincuenta y los noventa años, con una demencia tipo alzhéimer en fases incipientes o leves. Contamos con un total de 35 usuarios participantes. (Tabla 1). La muestra es pequeña, pero nos sirve como referente para futuros proyectos con muestras de mayor envergadura.

Tabla 1. Desarrollo programaciones de educación artística y visual.

Lugar desarrollo programación	Nº talleres	Nº participantes	Edad	Fase enfermedad según Escala Reisberg
Centro CRE Alzheimer Salamanca	14	16	54-93	Fase leve GDS 3 fase leve-moderada GDS 4
Asociación Afalcontigo	15	10	60-82	Fase leve GDS 3
Centro CRE Alzheimer	16	9	57-92	Fase moderada GDS 5-6
<b>Totales</b>	<b>45</b>	<b>35</b>	<b>54-93</b>	

Fuente: Elaboración propia.

## DISCUSIÓN

Tal y como señala la OMS, en el informe mundial, emitido en 2019, una de las principales limitaciones de los investigadores en el campo del arte y la salud es, precisamente, la imposibilidad de contar un número de participantes suficiente para extrapolar los resultados (Fancourt y Finn, 2019). En este sentido, el primer resultado de este estudio coincide con esta primera afirmación, es decir, el número de personas que participan en el estudio es escaso, en comparación con otras disciplinas médicas o farmacológicas, esto se debe, a la naturaleza de los talleres artísticos, ya que para lograr los objetivos terapéuticos el tamaño del grupo ha de ser reducido (Ávila y Hernández, 2017).

Las conclusiones de esta investigación requieren que previamente señalemos las limitaciones con las que nos hemos encontrado, debido al escaso número de participantes en la muestra. No obstante, a pesar de ello consideramos que el nivel de respuesta de los usuarios es significativo

y nos permite dar a conocer la complejidad y la necesidad de preparación previa para la implementación de un proyecto artístico con personas con Alzheimer en fase leve.

Asimismo, hemos de apostillar que la presentación de este taller no tiene otra finalidad que aportar ideas y recursos que enriquezcan la atención educativa de las personas adultas. Por lo tanto, tal y como señalan, Ullán (2011) y Ávila y Hernández (2017), el grabado y concretamente la técnica del *collagraph*, permite ser aplicada a distintos contextos y niveles en la enseñanza, suponiendo el periodo del taller muy gratificante para ellos, contribuyendo a que su experiencia en un Centro de Salud como es el CRE Alzheimer de Salamanca o la Asociación de Madrid, no sea desestructurante (Belver, 2011).

Para los participantes con Demencia es complejo recordar términos nuevos, pero sí parece que aprenden mediante el proceso. Los materiales empleados durante el taller también contribuyeron a revivir experiencias positivas y acciones cotidianas del pasado, como el tejer a través de la lana o cocinar a través del mortero que hacía las veces de baren, y es que como indican Carrascal y Solera, (2014), un trabajo artístico puede llegar a los sentimientos, al corazón y a la mente de una forma inconsciente.

Conscientes de las condiciones a las que debemos adaptarnos (Ávila y Hernández, 2017), no sólo en lo que respecta a la organización del centro, horarios, espacios propios para terapias, tratamientos diversos, sino también a las condiciones físicas y emocionales de los participantes, etc. Una vez realizadas las adaptaciones pertinentes, anteriormente indicadas, observamos que la utilización de esta técnica con este perfil de personas es factible en su proceso de enseñanza-aprendizaje, no encontrándose variaciones significativas al respecto, en su aprendizaje con personas de otro tipo de contexto, así, tal y como recomienda, Albar, (2010) únicamente se han realizado adaptaciones curriculares respecto a las herramientas a utilizar, evitando su toxicidad.

Finalmente, el papel del participante ha sido el de observar, conectar y participar con el concepto del taller y la técnica del mismo, jugando un papel imperante, sus circunstancias personales (fase de la enfermedad) y la historia, lugar y tiempo del momento presente y es que como señala Ortega, (2013), las circunstancias habitan nuestra identidad. En este sentido, se puede afirmar, de modo similar a Fancourt y Finn (2019) que la participación en el taller ha aumentado la conducta prosocial y comunicativa de los participantes, favoreciendo de este modo, (Badía 2017) su inclusión social, así como su autoestima, sintiéndose como apuntaba el participante A “una persona capaz todavía”.

Por lo tanto, de acuerdo con el informe mundial emitido por la OMS en 2019, este estudio muestra como el empleo del grabado como intervención no farmacológica es factible, pues les estimula el sentido de dignidad propia, el ánimo, la comunicación e interacción entre ellos y los cuidadores/educadores, e incluso el acceso a recuerdos que permanecen en sus memorias a corto, medio y largo plazo, resultados que coinciden con las investigaciones de Badía (2017), Ullán (2011), Belver (2011), Ullán et al. (2012) y Hernández y Ávila (2017). Recuerdos que en personas afectadas por una demencia es importante evocar, ya que éstos pueden actuar como un importante elemento terapéutico, orientador y motivador tanto para el enfermo como para sus cuidadores.

## CONCLUSIONES

La técnica de grabado *collagraph*, en vista de los resultados obtenidos a través de los instrumentos de evaluación implementados y obras realizadas por los participantes, puede ser un proceso artístico apropiado para personas con demencia tipo alzhéimer, pues les permite poder disfrutar del ambiente de un taller artístico y del proceso creativo, generándose un ambiente de bienestar psicológico, social y cognitivo que fortalece la autoestima de los participantes y sus cuidados.

No obstante, los talleres artísticos han de prepararse previamente teniendo en cuenta las características de los participantes, tanto en lo que se refiere al grado de deterioro cognitivo, como a sus circunstancias sociales y personales.

El grabado y, específicamente, la técnica del *collagraph*, es aplicable a personas enfermas de alzhéimer, ya que no requiere destreza alguna y a través del proceso creativo del grabado, las personas afectadas por el alzhéimer trabajan la inteligencia cristalizada, al recuperar recursos existentes y aplicarlos en el ejercicio terapéutico. Asimismo, permite evocar recuerdos sensoriales y afectivos que facilitan el reconocimiento del yo.

Finalmente, es importante señalar el incremento en los niveles de autoestima y en la conducta prosocial, así como la mejora en la expresión emocional, aspectos que redundan en la inclusión social de las personas participantes en los mismos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Albar-Mansoa, J. (2010). *Diseño y desarrollo de técnicas alternativas artísticas y creativas con adolescentes en ámbitos hospitalarios* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid: Madrid.
- Albar, J. y Martínez, A. (2011). Talleres de estampación alternativa no tóxica con niños y adolescentes discapacitados. *Arte, Individuo y Sociedad*. 23 (Especial), 69-75. [https://doi.org/10.5209/rev\\_ARIS.2011.v23.36744](https://doi.org/10.5209/rev_ARIS.2011.v23.36744)
- Ávila, N.; Hernández, C. (2017). Tenemos cita con el arte: Un programa piloto de visitas a museos y talleres con personas afectadas con Alzheimer y otro tipo de demencias. *Arte, Individuo y Sociedad*. 29 (Núm. Especial), 45-56. <https://doi.org/10.5209/ARIS.54472>
- Badía, M. (2017). Las artes visuales en personas con demencia: revisión sistemática. *Arte Individuo y Sociedad*. 29 (Especial). 9-23. <https://doi.org/10.5209/ARIS.55934>
- Belver, M. (2013). *Creatividad y educación artística con personas con demencia temprana y enfermedad de Alzheimer*. En Huerta, R y De la Calle, R. (Eds.), *Patrimonios migrantes* (pp. 159-166). Valencia: Universitat de Valencia.
- Borges, A. (2009). *Orden en el caos. Trabajos de carácter geométrico en un taller de arteterapia con un grupo de Alzheimer*. En Martínez, N y López Fdez-Cao, M. (Eds.), (2009). *Reinventar la vida-el arte como terapia* (pp. 171-189). Madrid. Eneida.
- Brooker, D. (2013). *Atención centrada en la Persona con Demencia*. Barcelona: Octaedro.
- Camic, M.P. Tischler, V & Pearman, C, H. (2014). Viewing and making art together: a multi-session art-gallery-based intervention for people with dementia and their carers. *Aging & Mental Health*. 18 (2), 161-8. doi:10.1080/13607863.2013.818101.

- Camic, P & Chatterjee, H. (2013). Museums and art galleries as partners for public health interventions. *Perspectives in Public Health*, 133 (1), 66-71. doi: 10.1177 / 1757913912468523
- Eekelaar, C. Camic, P & Springham, N. (2012). Art Galleries, Episodic Memory and Verbal Fluency in Dementia: An Exploratory Study. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts. American Psychological Association*. 6 (3), 262–272. doi:10.1037/a0027499
- Fancourt D, Finn S. (2019). What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 [citado 2019 Dic 10]. (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 67). Recuperado de: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/what-is-the-evidence-on-the-role-of-the-arts-in-improving-health-and-well-being-a-scoping-review-2019>
- Feil, N. (2002). *Validación. Un método para ayudar a las personas mayores desorientadas*. Barcelona: Herder.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: the person comes first*. New York: Open University Press.
- López-Méndez, L y Ullán, A. (2015). Arte y comunicación para la socialización de personas con alzhéimer y otras demencias. *Commons: revista de comunicación y ciudadanía digital*. 4 (1), 97-123.
- López-Méndez, L. (2015). *Arte y salud: diseño e implementación de talleres y contenidos digitales de ámbito cultural para pacientes con Alzhéimer y otras demencias* (Tesis Doctoral), Universidad Complutense de Madrid, Madrid. Recuperado el 5 de diciembre 2019, de <http://eprints.ucm.es/32962/1/T36325.PDF>
- López-Méndez, L. (2017). Programa retales de una vida del Proyecto AR.S Alzheimer: Herramientas para dialogar y estimular recuerdos a través del Arte. *Arte, Individuo y Sociedad*. 29 (Núm. Especial), 139-158. <https://doi.org/10.5209/ARIS.53338>
- Martínez-Vérez, M. V., Albar-Mansoa, P. J., López-Méndez, L., & Torres-Vega, S. (2020). Cápsulas de arte: memoria frente al Alzheimer. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 24, e200128. Epub 07 de setembro de 2020. <https://doi.org/10.1590/interface.200128>
- Palmiero, M. Di Giacomo, D. & Passafiume, D. (2012). Creativity and dementia: A review. *Cognitive Processing*. 13 (3), 193–209. doi:10.1007/s10339-012-0439-y
- RAE Real Academia de la Lengua Española. (2013). Recuperado 14 de septiembre 2021, de <http://www.rae.es/rae.html>
- Toppelberg, E. (2006). *Mi madre envejece ¿Qué hago?*. Buenos Aires: Dunkin.
- Ullán, A. M. (2011). Una experiencia de educación artística contemporánea para personas con demencia: El Proyecto AR.S. *Arte y Salud. Arte, Individuo y Sociedad*. 23 (Especial), 77-88.
- Ullán, A.M. Belver, M.H. Badia, M. Moreno, C. Garrido, E. Gómez-Isla, J. González-Ingelmo, E. Delgado, J. Serrano, I. Herrero, C. Manzanera, P & Tejedor, L. (2012). Contributions of an artistic educational program for older people with early dementia: An exploratory qualitative study. *Dementia*. 0(0), 1-22. doi: 10.1177/1471301211430650.
- Yanguas- Lezaun, J. (2005). I+D+I en Gerontología. *Geriátrika: Revista iberoamericana de geriatría y gerontología*. 21 (5), 234-241.
- Zeisel, J. (2011). *Todavía estoy aquí. Una nueva filosofía para el cuidado de las personas con Alzhéimer*. Madrid: EDAF.

# Reflexión sobre la Relevancia de la Investigación Cualitativa y/o Fenomenológica en la Diabetes

## *Reflection about Relevance of Qualitative and / or Phenomenological Research in Diabetes*

## Reflexão sobre a Relevância da Pesquisa Qualitativa e/ou Fenomenológica em Diabetes

CRISTO MANUEL MARRERO GONZÁLEZ, ALFONSO MIGUEL GARCÍA HERNÁNDEZ

**Cristo Manuel Marrero González**

Universidad de La Laguna. España.

[cmarrerg@ull.edu.es](mailto:cmarrerg@ull.edu.es)

<https://orcid.org/0000-0002-6202-2411>

**Alfonso Miguel García Hernández**

Universidad de La Laguna. España.

[almigar@ull.edu.es](mailto:almigar@ull.edu.es)

<https://orcid.org/0000-0002-2838-8735>

**Correspondencia:**

[cmarrerg@ull.edu.es](mailto:cmarrerg@ull.edu.es)

**Fecha recepción:** 24/11/2023

**Fecha aceptación:** 21/01/2024

**Financiación:** Este trabajo no ha recibido financiación.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflicto de intereses.



**Licencia:** Este trabajo se comparte bajo la licencia de Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons (CC BY-NC-SA 4.0): <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

© 2024 Cristo Manuel Marrero González, Alfonso Miguel García Hernández

### **Resumen:**

**Objeto del presente ensayo reflexivo:** Mostrar y reflexionar sobre la utilidad que tiene la investigación cualitativa y/o fenomenológica en la atención del paciente que presenta diabetes.

**Desarrollo:** la atención integral de una forma biopsicosocial, cultural y espiritual tanto al paciente como a la familia del mismo por parte del profesional sanitario, juega un papel importante a la hora de tener calidad de vida en el nuevo estilo de vida.

**Conclusiones y reflexiones finales:** La investigación cualitativa en enfermería, ayuda a interpretar el sufrimiento del paciente, su relación con su entorno social y cultural y sus sentimientos e inquietudes dentro de la diabetes.

**Palabras Clave:** Investigación cualitativa; diabetes mellitus; enfermería.

### **Abstract:**

The main objective of this reflective essay is to show the usefulness of qualitative and / or phenomenological research in the care of patients with diabetes. Comprehensive care in a biopsychosocial, cultural and spiritual way for both the patient and the family of the same by the health professional, plays an important role when it comes to having quality of life in the new lifestyle. Qualitative research in nursing helps to interpret the suffering of the patient, her relationship with her social and cultural environment and her feelings and concerns within diabetes.

**Keywords:** Qualitative Research; diabetes mellitus; nursing.

**Citación:** Marrero González, C.M.; García Hernández, A.M. (2024). Reflexión sobre la Relevancia de la Investigación Cualitativa y/o Fenomenológica en la Diabetes. *Cultura de los Cuidados*, (68), 117–126. <https://doi.org/10.14198/cuid.22302>



### **Resumo:**

**Objetivo:** mostrar e refletir sobre a utilidade da pesquisa qualitativa e/ou fenomenológica no cuidado ao paciente com diabetes.

**Desenvolvimento:** o cuidado integral de forma biopsicossocial, cultural e espiritual tanto para o paciente quanto para sua família pelo profissional de saúde, desempenha um papel importante quando se trata de ter qualidade de vida no novo estilo de vida.

**Conclusões e reflexões finais:** A pesquisa qualitativa em enfermagem ajuda a interpretar o sofrimento do paciente, sua relação com seu meio social e cultural, seus sentimentos e preocupações frente ao diabetes.

**Palavras-chave:** Pesquisa qualitativa; diabetes melito; enfermagem.

## INTRODUCCIÓN

Este ensayo reflexivo, apoyado en búsqueda bibliográfica, trata de mostrar la importancia de la investigación de carácter constructivista para la profesión y disciplina enfermera. Los autores de este manuscrito son sensibles y conscientes de que al ser humano se le debe comprender más allá de su propio cuerpo físico y de que la cultura de las personas que cuidamos influye notablemente en el sufrir y padecer de los grupos humanos en el binomio salud-enfermedad. La diabetes que presenta una persona trasciende más allá del cuerpo y acarrea cambios en estilos de vida y cuestionamientos de las propias creencias y actos de las personas. Enfermería, a través de la investigación con metodologías cualitativas es la profesión que está llamada a liderar una atención humana integral.

### *Objetivo*

Reflexionar sobre la utilidad de la investigación cualitativa y/o fenomenológica en personas que presentan diabetes con apoyo de bibliografía en la transición del paciente durante el debut diabético, sobre las familias de los pacientes, acerca de los patrones culturales y a propósito del papel de los profesionales sanitarios.

## DESARROLLO

### *La transición en el debut diabético*

Según señalan Johansson et al (2009), existe mucha producción investigadora acerca de la diabetes como enfermedad y sobre sus tratamientos. Incluso la investigación que se ha hecho por parte de enfermería se ha centrado especialmente en las vivencias de los pacientes con la diabetes ya diagnosticada. Sin embargo, no hay suficientes trabajos realizados acerca de las vivencias acerca de “caer enfermo” con diabetes. Es decir, sobre el período de transición a partir de ser diagnosticado con diabetes y de todos los cambios de estilo de vida que ha de llevar una persona que recientemente comienza a presentar una diabetes: es un momento duro e importante porque hay que adaptarse a los cambios en los estilos de vida para prevenir las posibles complicaciones asociadas con la diabetes. Es por ello por lo que los autores refieren que se ha de poner el foco en realizar esfuerzos para tratar de conocer las vivencias de los pacientes una vez debutan con este proceso.

Por ejemplo, en el trabajo de Karlsson et al (2008), se describe que la transición hacia la propia gestión de los autocuidados en la diabetes tipo 1 es un proceso complejo en el adolescente. Al entrevistar a 32 adolescentes, 18 mujeres y 14 hombres, acerca de cómo son sus vivencias en la transición a ser autónomos en sus autocuidados, señalan que los conocimientos de la autogestión de los cuidados se van adquiriendo al ir asumiendo la responsabilidad de la gestión de sus propios cuidados. Se trata de que los propios adolescentes puedan ser autónomos. Aun así, el papel de los padres tiene un papel importante en los refuerzos positivos en la toma de decisiones de los adolescentes con respecto a su gestión de la diabetes y para poder fortalecer la seguridad de los mismos. También el apoyo y aceptación de los amigos y compañeros, fortalece la autoestima y aceptación de sí mismos en la adaptación al nuevo estilo de vida.



### ***Las familias de los pacientes***

Los familiares que conviven con una persona que presenta diabetes, son un elemento importante para que pueda aprender a autogestionar sus cuidados. Es por ello que se han de mejorar los recursos y herramientas que dispongan los familiares, además de considerarse la diabetes como un problema de salud familiar y de mejorar las intervenciones en el apoyo psicosocial del paciente y de la familia. Estas ideas son enunciadas por Stuckey et al (2016), en un gran estudio llevado a cabo en 17 diferentes países al entrevistar de forma abierta a familiares de pacientes que presentan diabetes. Brito y Sadala (2009), destacan la idea de que hay que apoyar a las familias, en especial a los familiares de pacientes de niños y adolescentes que han sido diagnosticados con diabetes tipo 1. Se debe integrar a las familias en la planificación e implementación de los programas de atención sanitaria.

Los familiares de un niño o adolescente con diabetes experimentan cambios en sus vidas. El diagnóstico de diabetes tipo 1 en un niño menor de 12 años es una carga difícil para sus padres pudiendo causarles una crisis de adaptación a la nueva situación. Los autores invitan a que los profesionales sanitarios estén atentos a cómo el niño y su familia se sienten en el comienzo de la diabetes, cómo hacen frente a la misma y cómo comprenden la enfermedad y su tratamiento. Por tanto, es interesante que los profesionales sanitarios usen el conocimiento y experiencia de las familias que conviven con un niño con diabetes, para poder atender las necesidades específicas del mismo cuando hay fluctuaciones de los niveles de glucemia. La colaboración en la promoción de salud deber ser hecha a medida de cada niño y del proceder de la vida cotidiana de la familia (Wennick & Hallström, 2007; Sales et al, 2017).

De hecho, en la investigación realizada por Lawton et al (2015), acerca de las dificultades que los padres de niños menores de 12 años encuentran para tener un control adecuado de la diabetes, los padres manifiestan que los profesionales sanitarios tienen poca empatía con las dificultades que tienen para poder mantener niveles de glucemia dentro de los objetivos establecidos. Demandan consejos y recomendaciones más empáticas, personalizadas y realistas. En este artículo, los padres describen temor por no saber identificar o detectar una posible hipoglucemia en el niño o temor por dejar al cargo de sus hijos a cuidadores que no sepan detectar una hipoglucemia. Manifiestan, además, dificultades para controlar las raciones de comida de los niños.

Alsaleh y Taylor (2012), en una revisión bibliográfica cualitativa describen que esta transición en el cambio de estilo de vida de niños que padecen diabetes, se facilita considerablemente con la terapia de bomba de insulina. Así se controlan mejor los niveles de glucemia con un estilo de vida más flexible. Hay, por tanto, un impacto positivo en la calidad de vida tanto de los niños como de los padres. Por el contrario, se muestran problemas psicosociales por la visibilidad de las bombas y las restricciones físicas. Los autores destacan que se necesitan más investigaciones sobre las opiniones de padres y niños acerca de las bombas.

### ***Patrón cultural***

Alcaraz Moreno et al (2009), señalan que el patrón cultural es un determinante importante a la hora de que una persona diagnosticada de diabetes se adapte a los cambios alimenticios.

Estos autores destacan que hace falta mayor investigación para conocer la forma de actuar de los pacientes, no solo su forma de pensar para poder ofrecer “cuidados culturalmente adecuados”. Por tanto, los equipos de salud deben apoyar y acompañar a los pacientes durante la transición al nuevo estilo de vida con programas educativos y personalizados con las características culturales y personales de cada paciente de acuerdo con su edad, sexo y cultura alimenticia: se intenta en la medida de lo posible que para el paciente el nuevo estilo de vida no suponga un “choque cultural”. A parte, indican la necesidad de incorporar a las familias a dichos programas educativos.

Así pues, Benavides-Vaello y Brown (2016), muestran la necesidad de implementar guías de autocuidados adaptadas a las necesidades culturales alimenticias de las mujeres hispanas que residen entre el Estado de Texas (Estados Unidos) y Méjico. Los cambios dietéticos y la modificación de los comportamientos dirigidos a modificar las costumbres alimenticias son hechos abrumadores para las mujeres de origen mejicano en Estados Unidos. Romper con el tipo de alimentación de su cultura, es romper con sus vínculos socioculturales. En esta investigación se explica que las mujeres con más años presentando diabetes tipo 2, han adaptado mejor su patrón alimenticio dentro de su contexto sociocultural. Implementar dichas guías de autocuidados es desde luego algo necesario para estas personas.

En un estudio realizado en Irán por Aghamohammadi-Kalkhoran et al (2012), al explorar el significado que tiene la salud para un grupo de mujeres que presentan diabetes, muestran que estas mujeres aplican sus creencias religiosas y/o espirituales para poder afrontar las enfermedades y para lograr cambios en los estilos de vida. Utilizan sus valores de creencias para sentirse más saludables, aunque no lleven un buen control de la diabetes. Los autores proponen que, con los resultados de su trabajo, los sanitarios reflexionen acerca de las opiniones, valores o creencias que tienen sobre las personas que padecen alguna comorbilidad de acuerdo con la cultura de estas. El patrón de valores y creencias se ha de tener en cuenta para la planificación de la atención sanitaria.

Las enfermeras al tratar y cuidar a diferentes grupos humanos encontrarán ritos, creencias y costumbres importantes para dichos grupos humanos. La enfermera debe comprender esto y desarrollar conciencia en ello para brindar una atención adecuada. Podemos encontrar que, por ejemplo, haya pueblos o etnias que tengan creencias en la curación mediante fuerzas sobrenaturales y que utilicen sus propios ungüentos naturales para tratar úlceras de pie diabético como analizan Suza et al (2020) en la etnia Batak Karo en Indonesia.

Vemos por tanto la riqueza y la sabiduría que nos aporta la Antropología Social y Cultural de la salud.

### *El papel de los profesionales sanitarios*

El papel de la enfermera educadora en diabetes se ha de seguir redefiniendo, según Castro Meza et al (2017). En el estudio realizado por estos investigadores se insiste en seguir desarrollando programas de enseñanza continuada en los hospitales para proporcionar una mejora en los autocuidados del paciente en su domicilio. Se requiere profundizar en el aspecto pedagógico que hacen las enfermeras dentro del contexto hospitalario, como un elemento inherente en la atención del paciente. No es el simple hecho de informar, sino de

educar para obtener logros en la autonomía y control de la diabetes por parte del paciente. Ha de ser un proceso continuo el hecho de educar.

Los equipos de salud necesitan estar bien organizados. El desarrollo de los roles de cada uno de los miembros del equipo y de sus responsabilidades, y en especial el rol de la enfermera, debe ser considerado primordial para lograr que un paciente pueda tener una autogestión adecuada de su diabetes teniendo en cuenta el reconocimiento de la diversidad individual y el contexto de cada cual. Hay que aprender a comprender la realidad de estas personas (2010).

En la transición en el diagnóstico de la diabetes en adolescentes, los profesionales han de tener en cuenta las necesidades individuales de los pacientes. Es fundamental que los servicios de consulta que atienden a adolescentes que presentan diabetes, incluyan todas las necesidades de estos de forma integral para que tampoco abandonen el control y seguimiento que les proporcionan los equipos de salud que les atienden. No hay que limitarse solo a atender al paciente desde una perspectiva somática o psicosocial y los sanitarios han de entrenarse también en las habilidades de comunicación. Para que la atención sea eficaz en el adolescente, ha de centrarse de forma individualizada en cada joven teniendo en cuenta las circunstancias de cada uno (Price et al, 2011).

McCorry et al (2012), argumentan en el contexto de su trabajo de investigación cualitativo que por lo general las mujeres que padecen diabetes tipo 1 no se asesoran ni planifican con tiempo su embarazo. Hasta no establecerse el embarazo, no buscan ayuda profesional y no suelen presentar un control adecuado de la diabetes en el momento del embarazo. En este trabajo, las autoras al entrevistar a diversas mujeres que padecen diabetes tipo 1, antes de quedarse embarazadas, muestran que la comunicación entre los profesionales sanitarios y las pacientes es básica para la mujer en cualquier etapa de su planificación familiar. Las mujeres participantes en este estudio manifiestan la sugerencia de poder tener una atención continuada y que sean conocidas y comprendidas por parte de los sanitarios que les atienden. Las matronas si conocen y toman conciencia de las circunstancias contextuales personales de cada mujer, planificarán mejor la preparación para el embarazo.

George y Thomas (2010), analizan la experiencia vivida en personas mayores dentro de un contexto rural con su control de la diabetes. Las personas mayores que viven en lugares rurales suelen tener un mal control de la diabetes. Este mal control lleva a las personas mayores a un proceso de introspección y a un cuestionamiento existencial. La educación sanitaria por parte de enfermería se ha centrar en las experiencias individuales de los pacientes con una comprensión y sensibilidad hacia sus valores culturales.

A colación del papel de los profesionales sanitarios, Briñez Ariza y Muñoz de Rodríguez (2016), insisten en que la investigación desde el paradigma cultural fortalece la práctica enfermera porque este tipo de investigación aporta a la enfermería conocimiento empírico para conocer las necesidades de los pacientes: valorar y comprender el cuidado, desde el punto de vista del paciente y su familia. Existe escasa investigación desde el enfoque cultural y por ello se ha de reforzar la investigación desde el mismo. La investigación cualitativa puede ser útil a la hora de, por ejemplo, estudiar la relación entre la negación de la diabetes y los años de diagnóstico o para estudiar sobre las decisiones que toma el paciente y que pueden poner en riesgo su salud.

## CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES

En el presente documento se ha mostrado que la investigación cualitativa y/o fenomenológica en personas que presentan diabetes, es útil para comprender las necesidades de cuidados de estas personas de una forma integral e integrada dentro de un equipo de atención sanitaria. Comprender las necesidades de cuidados y circunstancias que rodean al paciente con diabetes ha de ser una característica propia de la enfermería, tratando de atender al paciente de forma holística: según los trabajos expuestos una atención holística y de una forma biopsicosocial y cultural mejora la calidad de vida del paciente y de su familia.

Destacamos que es importante tratar de comprender el período de transición en el debut diabético. No es fácil adaptarse al nuevo estilo de vida al que obliga la diabetes. Por lo tanto, atender de una forma individualizada para conocer las inquietudes y preocupaciones del paciente es un aspecto que fortalecer en su atención. En especial, esto se ha visto en el presente trabajo en los niños y adolescentes que padecen diabetes. Hay que hacer el esfuerzo de una atención humanizada al tratar de ver más allá de las propias cifras de glucemia o de hemoglobina glicosilada: ver que existe un ser humano que sufre y necesita apoyo y comprensión, al igual que su familia. No es simplemente informar, sino también un proceso pedagógico en el que han de implicarse las enfermeras y el resto de los profesionales sanitarios. En los trabajos consultados y expuestos, se propone que el paciente y su familia sean tomados en cuenta a la hora de desarrollar programas y planes de educación para la salud en este tema porque lo cultural, e incluso lo espiritual, es algo que caracteriza a los seres humanos. El éxito de que un paciente lleve a cabo de forma óptima sus autocuidados, depende de la atención y del apoyo recibido en todas sus esferas.

Desde luego, al tomar en cuenta la perspectiva o punto de vista del paciente o usuario, se contribuye a que éstos puedan tener un entorno de aprendizaje para sus autocuidados y un aprendizaje más eficaz y pragmático con, por ejemplo, compartiendo experiencias y reflexiones en grupos de personas que presenten diabetes (Kjellsdotter et al, 2020).

Los puntos de partida en futuras investigaciones cualitativas en España acerca de las vivencias de la diabetes, han de centrarse en el período de transición de los pacientes una vez son diagnosticados con diabetes. Especialmente se han de centrar en aquellos pacientes que debutan con diabetes tipo 1, que suelen ser niños/as o jóvenes adolescentes, ya que para ellos supone un proceso complejo y duro por los cambios en los estilos de vida para poder tener calidad de vida. Comprender qué sienten, qué temen o cómo se pueden adaptar a esta nueva etapa, para que puedan sentirse seguros y realizados pese a presentar diabetes. Al igual ocurre con las mujeres gestantes que presentan diabetes de base. Las mujeres que padecen diabetes han de sentir y saber que pueden confiar en profesionales e instituciones sanitarias. De que las van a escuchar y a atender sus necesidades de salud al planificar el embarazo, o en cualquier momento del mismo.

Como se ha venido mencionando, la atención del paciente se ha de hacer de una forma biopsicosocial, cultural y espiritual. Comprender los patrones culturales es importante para que la diabetes para una persona, no suponga un acontecimiento muy traumático. No hay que imponer una educación para la salud estricta con una atención sanitaria cerrada sólo en lo somático o en los niveles de glucemia. Dado que España es cada vez más multicultural,

habrá que plantearse reforzar la atención a nivel cultural y dar a conocer conceptos como el de la competencia cultural (Quelle Losada, 2014; Spector, 2016). Como han señalado Briñez Ariza y Muñoz de Rodríguez (2016), se fortalece la visibilidad de la enfermera en las experiencias de cuidado de la persona con diabetes y sus familias al reconocer competencias en la enfermera como son valorar y comprender.

Está claro que la fenomenología como método o enfoque de estudio para Enfermería, es un buen método de investigación que debe ser aplicado con fundamento porque hay que conocer la filosofía que lo sustenta y a autores como Husserl o Heidegger. La fenomenología como enfoque aporta una interpretación fiel del sufrimiento del ser humano, su significado real (Soto Núñez y Vargas Celis, 2017). No está demás volver a mencionar que el ser humano es un ser dentro de una cultura compuesta y entramada por signos y símbolos que la conforman y tienen un significado. Nuestra misión es interpretar dichos significados tal y como enseñó el gran antropólogo Clifford Geertz (2003) y comprender al ser humano que presenta diabetes dentro de su cultura.

*“La Enfermería es la más humana de todas las disciplinas en Ciencias de la Salud”*

cita reflexiva de los autores

## BIBLIOGRAFÍA

- Aghamohammadi-Kalkhoran, M., Valizadeh, S., Mohammadi, E., Ebrahimi, H., y Karimollahi, M. (2012). Health According to the Experiences of Iranian Women with Diabetes: A Phenomenological Study. *Nursing & Health Sciences*, 14(3), 285-291. DOI: 10.1111/j.1442-2018.2011.00672.
- Alcaraz Moreno, N., Chávez Acevedo, A., Amador Fierros, G., Reyes Alfaro, A., Loya Bayardo, J., & Vargas Ruelas, M. (2012). Influencia del patrón Cultural Dietético del Paciente Diabético en el Apego al Régimen Alimenticio. *Cultura de los cuidados*, 0(25), 104-110. DOI: <https://doi.org/10.14198/cuid.2009.25.14>
- Alsaleh, F. M., Smith, F. J., & Taylor, K. M. (2012). Experiences of Children/Young People and their Parents, using Insulin Pump Therapy for the Management of Type 1 Diabetes: Qualitative Review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 37(2), 140-147. DOI: 10.1111/j.1365-2710.2011.01283.x
- Benavides-Vaello, S., & Brown, S. A. (2016). Sociocultural Construction of Food Ways in Low-Income Mexican-American Women with Diabetes: A Qualitative Study. *Journal of Clinical Nursing* 25(15-16), 2367-2377. DOI: 10.1111/jocn.13291.
- Briñez Ariza, K., & Muñoz de Rodríguez, L. Experiencias de Cuidado Cultural en Personas con Diabetes y el Contexto Familiar, con Enfoque Leininger. *Cultura de los Cuidados*, 0(45), 81-90. DOI: 10.14198/cuid.2016.45.09.

- Brito, T. B. D., & Sadala, M. L. A. (2009). Diabetes Mellitus Juvenil: a Experiência de Familiares de Adolescentes e Pré-Adolescentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3), 947-960. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/csc/2009.v14n3/947-960/>
- Castro-Meza, A. N., Pérez-Zumano, S. E., & Salcedo-Álvarez, R. A. (2017). La Enseñanza a Pacientes con Diabetes: Significado para Profesionales de Enfermería. *Enfermería Universitaria*, 14(1), 39-46. DOI: 10.1016/j.reu.2016.12.003.
- Geertz, C. (2003). *La Interpretación de las Culturas*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- George, S. R., & Thomas, S. P. (2010). Lived Experience of Diabetes Among Older, Rural People. *Journal of Advanced Nursing*, 66(5), 1092-1100. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05278.x.
- Handley, J., Pullon, S., & Gifford, H. (2010). Living with Type 2 Diabetes: 'Putting the Person in the Pilots' Seat'. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27(3), 12-19. Recuperado de <https://search.informit.org/doi/10.3316/INFORMIT.909724223077592>
- Johansson, K., Ekebergh, M., & Dahlberg, K. A. (2009). Lifeworld Phenomenological Study of the Experience of Falling Ill with Diabetes. *International Journal of Nursing Studies*, 46(2), 197-203. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2008.09.001.
- Karlsson, A., Arman, M., y Wikblad, K. (2008). Teenagers with Type 1 Diabetes—a Phenomenological Study of the Transition towards Autonomy in Self-Management. *International Journal of Nursing Studies*, 45(4), 562-570. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2006.08.022.
- Kjellsdotter, A., Berglund, M., Jebens, E., Kvick, J. & Andersson, S. (2020). To take Charge of One's Life - Group-Based Education for Patients with Type 2 Diabetes in Primary Care - a Lifeworld Approach. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 15(1), 1726856. DOI: 10.1080/17482631.2020.1726856
- Lawton, J., Waugh, N., Barnard, K. D., Noyes, K., Harden, J., Stephen, J., ... & Rankin, D. (2015). Challenges of Optimizing Glycaemic Control in Children with Type 1 Diabetes: A Qualitative Study of Parents' Experiences and Views. *Diabetic Medicine*, 32(8), 1063-1070. DOI: 10.1111/dme.12660
- McCorry, N. K., Hughes, C., Spence, D., Holmes, V. A., y Harper, R. (2012). Pregnancy Planning and Diabetes: A Qualitative Exploration of Women's Attitudes toward Preconception Care. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 57(4), 396-402. DOI: 10.1111/j.1542-2011.2011.00143.x.
- Price, C. S., Corbett, S., Lewis-Barned, N., Morgan, J., Oliver, L. E., y Dovey-Pearce, G. (2011). Implementing a Transition Pathway in Diabetes: A Qualitative Study of the Experiences and Suggestions of Young People with Diabetes. *Child Care, Health and Development*, 37(6), 852-860. DOI: 10.1111/j.1365-2214.2011.01241.x
- Quelle Losada, T. (2014). *Valoración de las Necesidades Formativas de los Profesionales de Enfermería frente a los Usuarios Inmigrantes de Culturas Ajenas a la Propia: Estudio sobre las Barreras de Comunicación dentro del Ámbito de Atención Primaria* (Trabajo Fin de Grado). Universitat Central de Catalunya (España). Disponible en: <http://repositori.uvic.cat/handle/10854/3300?locale-attribute=es>
- Sales, C. A., Tironi, N. M., D'Artibale, E. F., da Silva, M. A. P., Violin, M. R., & Castilho, B. C. (2009). O cuidar de uma Criança com Diabetes Mellitus Tipo 1: Concepções dos Cuidadores Informais. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11(3). Disponible en: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/47109>
- Soto Nuñez, C., & Vargas Celis, I. (2017). La Fenomenología de Husserl y Heidegger. *Cultura de los Cuidados*, 0(48): 43-50. DOI: 10.14198/cuid.2017.48.05
- Spector, R. E. (2016). Cultural Competence. *Cultura de los Cuidados*, 0(44), 9-14. DOI: 10.14198/cuid.2016.44.01
- Stuckey, H. L., Mullan-Jensen, C., Kalra, S., Reading, J., Wens, J., Vallis, M., ... & Skovlund, S.

- E. (2016). Living with an Adult who has Diabetes: Qualitative Insights from the Second Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN2) Study. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 116,270-278. DOI: 10.1016/j.diabres.2016.04.028
- Suza, D. E., Eltrikanawati, T., Tarigan, R., Setiawan, & Gunawan, J. (2020). The lived Experience of Patients from an Ethnic Group in Indonesia Undergoing Diabetic Foot Ulcer Treatment. *British Journal of Nursing*, 29(5): S20-S26. DOI: 10.12968/bjon.2020.29.5.S20
- Wennick, A., & Hallström, I. (2007). Families' Lived Experience One Year after a Child was Diagnosed with Type 1 Diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 60(3), 299-307. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04411.x

# Oaxaca: El viaje al más allá

## *Oaxaca: The journey to the afterlife*

### Oaxaca: A jornada para a vida após a morte

DOUGLAS C. NANCE, SILVIA M. COCA

#### Douglas C. Nance

Universidad de la Sierra Sur, Oaxaca. México.  
biggato9@yahoo.com  
<https://orcid.org/0000-0002-5496-1240>

#### Silvia M. Coca

Universidad de la Sierra Sur, Oaxaca. México.  
silviacoca77@gmail.com  
<https://orcid.org/0000-0002-8245-8490>

#### Correo principal:

[silviacoca77@gmail.com](mailto:silviacoca77@gmail.com)

**Fecha recepción:** 11/12/2023

**Fecha aceptación:** 20/02/2024

**Financiación:** Este trabajo no ha recibido financiación.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflicto de intereses. Aprobado por Comités de la Universidad de la Sierra Sur de Investigación y Ética número IISSP/EHPSE/02/2017. Todos procedimientos estuvieron de acuerdo con normas éticas de Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud de México y Declaración de Helsinki 1975 y sus reformas. Identidad de participantes se mantendrá anónima y confidencial. Todos participantes dieron consentimiento escrito y/o verbal.



**Licencia:** Este trabajo se comparte bajo la licencia de Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons (CC BY-NC-SA 4.0): <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

© 2024 Douglas C. Nance, Silvia M. Coca

#### Resumen:

La función del ajuar funerario para el viaje al más allá forma parte esencial de los ritos y rituales funerarios de Oaxaca. La ideología de la iglesia es que una vez que estas muerta, el alma va directa al cielo, al purgatorio o al infierno. Los pueblos indígenas de Oaxaca tienen una visión mucho más compleja y matizada. La sombra, no el alma, sigue presente en estado liminal, observadora consciente. Hay pocos estudios sobre prácticas funerarias de rituales del ajuar funerario y la cosmovisión en regiones indígenas. El objetivo es describir prácticas funerarias en comunidades indígenas del sur de Oaxaca y su sentido simbólico. Se realizaron entrevistas en profundidad con 73 personas mayores indígenas quien describieran los objetos enterrados, sus propósitos, el viaje durante la novena y el final, la Tierra de los Muertos. El conocimiento de las creencias y prácticas representa un acercamiento a las estrategias cognitivas y emocionales de las comunidades. Nos permite adentrarnos en el conocimiento y respeto de su organización social y cosmovisión. La enseñanza y práctica no pueden ser adecuada sin una conciencia de las diversidades en las creencias sobre la muerte, el viaje al más allá y la Tierra de los Muertos.

**Palabras clave:** Enfermería; tanatología; costumbres funerarias; indígenas; Oaxaca.

#### Abstract:

The function of the funerary trousseau for the journey to the afterlife is an essential part of the funerary rites and rituals of Oaxaca. The church's ideology is that once dead, the soul goes straight to heaven, purgatory, or hell. The indigenous peoples of Oaxaca have a much more complex and nuanced view. The shadow, not the soul, is still present in a liminal state, a conscious observer. There are few studies on funerary practices, grave goods rituals and cosmovision



**Citaci3n:** C. Nance, D., M. Coca, S. (2024). Oaxaca: El viaje al m1s all1. *Cultura de los Cuidados*, (68), 127–138. <https://doi.org/10.14198/cuid.26183>



in indigenous regions. The objective is to describe funeral practices in indigenous communities in southern Oaxaca and their symbolic meaning. In-depth interviews were conducted with 73 indigenous elderly people who described the buried objects, their purposes, the nine-day journey to the Land of the Dead. Knowledge of beliefs and practices represents an approach to the cognitive and emotional strategies of communities. It allows us to delve into the knowledge and respect of their social organization and worldview. Teaching and practice cannot be adequate without an awareness of the diversities in beliefs about death, the journey to the afterlife and the Land of the Dead.

**Keywords:** Nursing; thanatology; funeral customs; indigenous; Oaxaca.

**Resumo:**

A funç1o do enxoval funer1rio para a viagem ao al1m 1 parte essencial dos ritos e rituais funer1rios de Oaxaca. A ideologia da igreja 1 que, uma vez morto, sua alma vai direto para o c1eu, purgat3rio ou inferno. Os povos ind1genas de Oaxaca t1m uma vis1o muito mais complexa e matizada. A sombra, n1o a alma, ainda est1 presente em um estado liminar, um observador consciente. Existem poucos estudos sobre pr1ticas funer1rias, rituais funer1rios e vis1o de mundo em regi3es ind1genas. O objetivo 1 descrever as pr1ticas funer1rias em comunidades ind1genas do sul de Oaxaca e seu significado simb3lico. Foram realizadas entrevistas em profundidade com 73 idosos ind1genas que descreveram os objetos enterrados, suas finalidades, a jornada durante a nona e a 1ltima, a Terra dos Mortos. O conhecimento de crenç1as e pr1ticas representa uma aproximaç1o 1s estrat1gias cognitivas e emocionais das comunidades. Permite-nos aprofundar no conhecimento e respeito de sua organizaç1o social e vis1o de mundo. O ensino e a pr1tica n1o podem ser adequados sem a consci1ncia das diversidades de crenç1as sobre a morte, a jornada para a vida ap3s a morte e a Terra dos Mortos.

**Palavras-chave:** Enfermagem; tanatologia; costumes f1nebres; nativos; Oaxaca.

## INTRODUCCIÓN

La muerte en el estado mexicano de Oaxaca es parte de una cultura viva tejida estrechamente en el tejido de la vida cotidiana, un evento que no debe sufrirse, sino un sitio en el que se desarrollan dramas profundos y vitales de conexión y relación (Norget, 2006). 75% de los muchos pueblos pequeños están con niveles de marginación altos o muy altos. Rasgos de desamparo, desigualdad, pobreza, vulnerabilidad, exclusión e inseguridad social son más marcados en zonas rurales indígenas. Pobreza, feminización del envejecimiento, niveles educativos muy bajos y falta de seguridad social son problemas importantes (López Sánchez & Nance, 2020; Minority Rights, 2015). Con 16 grupos etnolingüísticos reconocidos es el estado más complejo étnica y lingüísticamente (INEGI, 2020). La extrema diversidad geográfica, lingüística y cultural resulta en aislamiento y regiones de refugio (Aguirre Beltrán, 1979), factor importante de conservar tradiciones culturales y creencias, aunque con escaso barniz católico.

En las comunidades indígenas, vida y muerte no son estados ontológicos mutuamente excluyentes. La muerte no introduce discontinuidad y disrupción. Los muertos son seres sociales, igual que los vivos. No dejan de relacionarse después de la muerte. La sombra (alma) es una energía invisible en un viaje prolongado a través del tiempo y el espacio, el otro yo que continúa habitando cerca en un espacio liminal, una vida duplicada en lo más allá (Norget, 2006).

Los muertos regresan con frecuencia a la tierra de los vivos, y el Día de Muertos, una creación gubernamental posrevolucionaria es la celebración oficial secular, desprovisto de imaginería católica para el mercado turístico folclórico internacional. La iglesia celebra a Todos Santos, conocidos o desconocidos, y Día de los Fieles Difuntos para los difuntos católicos. El sur de Oaxaca ha mantenido las fiestas tradicionales. En este contexto sociopolítico, cultural y religioso, nos preguntamos ¿Cuáles son las prácticas funerarias en comunidades indígenas del sur de Oaxaca y qué sentido simbólico adquieren estas en el colectivo de las personas?

El estudio de prácticas funerarias y creencias en el más allá es importante para profesionales de la salud, ya que conocer cómo se llevan a cabo estas prácticas permite comprender la cosmovisión de comunidades indígenas. Cuidar las personas y familias permite crear una relación de intimidad, cercanía física y compromiso emocional que requiere presencia constante por lidiar con el sufrimiento. Sufrimiento, duelo, compartir emociones, gestión y modulación emocional son centrales en el cuidado.

## PROPÓSITO Y OBJETIVO

El cuidado transcultural permite que adquieran conocimiento, respeto por organizaciones sociales y cosmovisiones de comunidades indígenas y promuevan cuidado culturalmente compasivo (Leininger & McFarland, 2002). La enfermería requiere comprender y valorar puntos de vista de pacientes, familias y comunidades y reconocer la diversidad social y cultural. Este supera intervenciones homogeneizadas biomédicas y tanatológicas. Hay pocos estudios sobre rituales del ajuar funerario y la visión del más allá en regiones indígenas. El objetivo es describir prácticas funerarias y su sentido simbólico en comunidades indígenas del sur de Oaxaca.

## ENFOQUE TEÓRICO

Este estudio se centra en dos enfoques teóricos, cuales nos permiten analizar, conocer y repensar el contexto de estas prácticas. Gerontología cultural es un campo multidisciplinario centrado en estudio del envejecimiento en contexto sociocultural fuera de coordenadas de patologización y enfatiza experiencia individual en el proceso de envejecimiento, ubicando la persona mayor y su subjetividad en el centro del análisis. Distanciamos del paradigma dominante, cual pone énfasis más en fragilidad y la carga para el sistema, que en el aspecto emocional y subjetivo de la persona mayor (López Sánchez & Nance, 2020; Twigg & Martin, 2015). Retomamos experiencias vivida desde las propias personas a través de historias de vida.

La enfermería transcultural, un área formal de estudio y práctica centrado en cuidado de personas basado en la cultura, la cual va a contempla concepciones sobre salud y enfermedad, y valores y prácticas que se realizan para mantener o recuperar salud y afrontar consecuencias, incluso la muerte. Esta pone énfasis en diferencias y similitudes de cuidados, creencias, valores y estilos de vida para dar cuidados culturalmente congruentes y significativos (Leininger & MacFarland, 2002). Enfermería transcultural esta comprometidos a desarrollar conocimientos y prácticas enfocados en la diversidad cultural (Escobar Castellanos & Paravic-Klijn, 2017).

## MÉTODO

La presente investigación es tipo exploratoria, debido a que en Oaxaca no se ha aplicado estudios de las prácticas funerarias y el sentido simbólico. Aplicó enfoque cualitativo fenomenológico para realizar descripción en profundidad de lo que las personas mayores expresan mediante historias de vida (Bornat, 2002). Así también, se analizó los significados que estas prácticas tienen en la vida cotidiana, y este estudio se enfoca en el viaje al más allá, sus conceptos, ritos y rituales de personas indígenas del sur de Oaxaca.

## MUESTRA

Se realizaron entrevistas en profundidad para captar las historias de 73 personas mayores indígenas con un rango de edad de 60 a 105 años; 48 Zapotecos de la Sierra Sur, Valles Centrales e Istmo, 24 Mixtecos de las Mixtecas Alta y Baja, y un Mixé de la Sierra Norte. Los propios nombres para Zapotecas es Be'ena' Za'a (Gente de las Nubes) y Mixtecos son Ñuu Savi (Gente de la Lluvia). Ellos estuvieron dispuestos a hablar abiertamente sobre los objetos enterrados, sus propósitos, el viaje de la sombra a la Tierra de los Muertos, proporcionando contexto y detalle para examinar costumbres comunitarias a partir de conocimiento y experiencia personal y familiar.

## DISEÑO

Utilizando análisis de marco, los datos se organizaron de acuerdo con temas clave, subtemas, conceptos y categorías emergentes (Ritchie & Spencer, 1994). Resultados de aldeanos de las mismas regiones y étnicos fueron bastante homogéneos. Grupos étnicos y regiones se utilizaron como categorías, y prácticas que se desviaron de la mayoría se mencionaron en detalle.

## RESULTADOS

### *El viaje y los rituales*

Las costumbres regionales mostraron puntos común y distintos. El viaje al más allá es durante la novena, comienza con la muerte biológica, continúa con el camino de la sombra, y finaliza con el Levantamiento de la Cruz a la cabecera del sepulcro. Esto marca el cruce del río hacia la Tierra de los Muertos. Preconquista era Mictlán, entrado bajo Mitla (ahora cubierta por una iglesia dominicana), descrita como lugar brumoso y gris de muertos descarnados, sin las jerárquicas católicas del cielo, purgatorio e infierno (Lomnitz, 2006).

Hay dos rituales de entierro; primero del cuerpo y nueve días después de la sombra. Es una continuación de la dualidad cuerpo/alma del imaginario mesoamericano, donde la sombra del difunto se desprende del cuerpo, pero permanece en el ámbito terrenal antes de su viaje al mundo sobrenatural. Se hace una cruz con arena, cal y flores en el suelo y coloca el cuerpo sobre un petate (esterilla tejida de fibra de maguey) que cubre la cruz para que la sombra se reintegre a la tierra mientras los vivos la cubren y velan con cantos, oraciones colectivas y ofrendas de alimentos (Barbosa Sánchez, 2016). El velorio se lleva a cabo en la casa del difunto durante la noche después de la muerte. Amigos y familiares ofrecen oraciones dirigidas por un rezador por la salvación. Después de la misa, el cortejo con cohetes y banda de música, sale de la iglesia y paso un camino sinuoso hasta el cementerio a pasar por los lugares favoritos del difunto; una cantina, recinto deportivo o casa de amigo o amante antes de entrar al cementerio. El cuerpo es enterrado y la sombra permanece en estado liminal flotante. Durante nueve días, familia, amigos y vecinos se reúnen en casa del difunto para oraciones y comidas continuas. Todos reciben comida, mezcal y cerveza, cimentando relaciones sociales y comunitarias. Flores cubren el ataúd y llenan la hogar, decenas de velas iluminar el camino del difunto e satura incienso de copal.

Al final es la Levantamiento de la Cruz, los familiares simbólicamente trasladan el alma al cementerio para enterrarla con el cuerpo y erigir una cruz permanente. Algunos se hace un tapete [alfombra] elaboradas con pétalos de flores, aserrín o arena de colores con imágenes sagrados para el altar de la casa, y después se vierte sobre la tumba. Rituales de la muerte marcan la separación del cuerpo y sombra. El cuerpo está comprometido con la tierra y la sombra está en viaje hacia el más allá deambulando en busca de descanso. Si no se reza o cuida adecuadamente, los muertos pueden permanecer para causar travesuras, o pidiendo ayuda en sueños.

### *Conquista católica y supervivencia cultural*

La Iglesia no reconoce esta tierra de muertos ni la idea del viaje al más allá. Una vez que está muerta, su alma va directamente a su destino jerárquico, al cielo, o más común al purgatorio para purgar sus pecados o si era irredimible al infierno. Los niños van directo al cielo como angelitos. Las dominicanas impuesto catolicismo en Oaxaca con una campaña de destrucción sistemática de las imágenes y registros escritos (Malvido Miranda, 2000). El proceso fue irregular e inconsistente, pero resulto en un omnipresente religiosidad católica (Ricard, 2017).

La conversión fue asistida por pandemias traídas por españoles, que redujeron la población en 90% en las dos primeras décadas de la conquista. Esta pérdida masiva destruyó estructuras políticas, sociales y religiosas, facilitando su reemplazo por sistemas europeos (Florescano & Malvido, 1982; Malvido & Cuenya, 1993). Comportamientos de la muerte se han ido construyendo a lo largo de miles de años y su cosmovisión sobrevivió, modificada por la conquista. Catolicismo no erradicó ni logró sincronismo con religión indígena, sino que funcionó como superposición de creencias y costumbres tradicionales.

Ritos funerarios facilitaron el tránsito al mundo diferente. La finalidad del ritual funerario es fijar el destino del difunto y proteger a los que aún está vivo. El ritual de despedida involucra preparación de los muertos para su nuevo destino, despedida expresada en ritos funerarios como si aún estuvieran vivos, y hay algo que no muere del todo deben evitar su regreso (Rivara, 2003).

Contenido está relacionado con ideas cosmológicas y mitos que se utilizan para explicar costumbres y fenómenos. La forma expresan las ideas de muerte y la más allá en prácticas funerarias con contenido común (Brandt, 2015). El contenido no ha sido alterado radicalmente, pero sí algo de forma, con misa de cuerpo presente y Levantamiento de la Cruz. Debido a la destrucción masiva por la Iglesia y pandemias que devastaron los indígenas sacerdotes y nobles alfabetizadas, sabemos muy poco sobre costumbres y creencias anteriores a la conquista. Lo que sabemos es el contenido sobreviviente del campesinado indígena de hoy.

### *Ajuar funerario*

El ajuar funerario indica morir es un viaje que requiere equipo y sobrevivientes tienen la responsabilidad de proporcionar ese equipo, como viajar al otro mundo comienza un nuevo período de vida. La sombra depende de la comunidad terrenal para sustento, moral y éxito al enfrentar desafíos en el camino hacia el destino final. Como la muerte es la continuación de la vida, ajuares funerarios no son solo provisiones para el viaje, también formas de apaciguar los espíritus y asegurarse de que no causen daño a los vivos. (Kellehear, 2007).

Comunidades indígenas conservaron imaginaria mesoamericana en tradiciones orales y culturas funerarias. La calidad de vida y muerte mesoamericana es un proceso dialéctico, en que la dualidad cuerpo/alma afirma la supervivencia del espíritu más allá de la muerte. Esta existencia sobrenatural lo dota carácter activo, ambivalente, capaz de intervenir favorable o desfavorablemente en la vida. La entidad mental está presente en el cuerpo y es capaz de percibir su entorno hasta el Levantamiento de la Cruz (Barbosa Sánchez, 2016). El ajuar funerario provee sus necesidades durante su tránsito por inhóspitos territorios del más allá, enfrentando obstáculos durante el tránsito; si sus esfuerzos fracasaban, desaparecerían (López Austin, 1996).

Una característica fundamental es acompañarlo su ajuar funerario de vestimentas, insignias religiosas y bienes como alimentos, agua, etc. El ajuar asume función de proveer lo necesario para afrontar peligros del viaje. El viento frío y cortante requiere que el cuerpo esté extremadamente vestido, aún más cuando está muerto que cuando está vivo (de Gómara, 1997). La comida es necesaria para que tenga algo que comer en el camino. Antiguamente afirma que en su viaje se enfrentan a seres fantásticos como una serpiente gigante y el terrible lagarto *xochitonal* (de Sahagún, 1577). Ahora se enfrentan a animales domésticos que mantienen el significado de fiereza y peligro. Hay hojas de maíz para apaciguar los para la sombra puede seguir su camino, evitando los animales ahora sobrenaturales que el individuo consumió en vida.

Parte del ritual es de evitar el regreso. Seas bienhechores o adversarios, los difuntos continúan formando parte de la comunidad que engloba a la totalidad de vivos y difuntos. La convivencia y relación de ambas comunidades (terrestre y sobrenatural) está signada por el intercambio simbólico basado en dualidades vida/muerte y cuerpo/alma. El habitus ritual se basa en organización comunitaria y operan al margen del catolicismo, y están muy extendidas con variaciones regionales, locales y étnicas. Mientras los seres vivos brindan asistencia ritual a través del tratamiento simbólico del cuerpo con ceremonias conmemorativas, ofrendas y ajuares que ayudarán a la sombra a afrontar las pruebas de su viaje sobrenatural, la sombra corresponden con su tutela y colaboración en producción agrícola y bienestar de la comunidad.

### *Tradiciones generales*

La familia intenta ayudar al alma del difunto a alcanzar la trascendencia. Cubren el cuerpo con ropa limpia para protegerlo del frío, colocan alimentos en el ataúd, proveen agua y plantas medicinales, ofrecen oraciones y alabanzas a la Madre Tierra, los elementos de la naturaleza y los santos cristianos, y purifican simbólicamente cuerpo y alma con incienso de copal. El viaje reafirma que el morir no es más que el momento en que la trascendencia de la vida terrenal se da nueva vida donde moran los muertos. Morir aquí es renacer allá, dualidad íntimamente relacionada con la renovación de la naturaleza y la fecundidad. Cada rincón del hogar se purifica con incienso e iluminaron con velas. Si no se hace la purificación, los vivos enferman y mueren, los cultivos se secan y son azotados por plagas (Velasco Toro, 2011).

Portadores del féretro y sepultureros (nadie de la familia, o pueden morir) le dicen al difunto que lo llevarán al nuevo hogar. Un hombre Ñuu Savi de 76 años de la Mixteca Alta dice:

*A veces cuando llevamos el ataúd al cementerio, se vuelve muy pesado y tenemos que dejarlo un rato. Le decimos “Oye hermano, no seas tan pesado, ya no estás vivo. Te llevamos a tu nuevo hogar. Aligerar. Tendremos mezcal y cigarrillos cuando lleguemos (al ahuyentar malos espíritus)”. Entonces es más ligero y seguimos.*

### *Cruzando el río*

Entre las pruebas que será sometida la sombra, deberá atravesar el río que separa la vida de la muerte. Un perro negro espera a la sombra a la orilla. Para cruzar, deben ser llevado a lomos del perro, pero primero debe pedir permiso y solicitar cruzar. El perro aceptará a menos que en la otra vida el difunto maltrató a los perros y no le ha pedido perdón. Entonces el perro arrojará la sombra al río y la corriente la arrastrará, dejándola disolverse en el dolor (Velasco Toro, 2011).

Estas creencias y prácticas denotan la supervivencia de la trascendencia de la sombra al más allá donde moran los dioses del inframundo. Esta no es la concepción católica hispana de la muerte, pero tampoco es la visión prehispánica; la Tierra de los Muertos ya no es Mictlan, pero tampoco es El Cielo. Hay componentes de ambas que se entremezclaron y formaron nuevas transfiguraciones de la muerte y rituales funerarios sin perder el vínculo ancestral. Si la persona muere inesperadamente de infarto, accidente o violencia, se levanta una pequeña cruz en el lugar con el nombre, porque parte de la sombra queda y colocan flores durante un año.

### *Costumbres regionales*

Una mujer Be'ena' Za'a de 67 años de los Valles Centrales comenta:

*Los hombres comparten alcohol y tabaco con el difunto y colocan sus marcas favoritas en el ataúd. Se enciende una vela para iluminar el camino. Cacao servirá como dinero, y una vara con espinas para defensa de lo que pueda pasar. Toca una banda, ya que no es tristeza, es alegría, la persona nace a una nueva vida.*

Una mujer Be'ena' Za'a de los Valles Centrales de 70 años,

*“cuando la madre pierde un hijo, no asiste al funeral ya que la muerte puede arrebatarse más hijos. La madre no debe estar triste, porque su hijo ya es un angelito”.*

Una mujer Be'ena' Za'a de 68 años de edad de la Sierra Sur habló del miedo a los ladrones de otro mundo, preocuparon por los sentimientos de los animales muertos y como quitar malas vibras:

*Usan sandalias hechas de fibra de ixtle (maguey), no puede usar zapatos de cuero ya que el animal que murió para proporcionar el cuero enojado bloqueará el camino. De camino a la iglesia con el cuerpo, la esposa lleva el incienso al frente de la procesión, y si se da la vuelta morirá dentro de un año. Se quita todo el dobladillo de la ropa para que los ladrones no asalten la sombra en el camino y despoja de sus ropas, los ladrones están presentes en la ruta allá, como en la tierra. La familia lava la ropa sucia del difunto en el río para limpiar sus pecados, liberar su propia tristeza y quitar todos los malos sentimientos que tienen. Cuando una mujer enviuda, debe ir al río con otra viuda a bañarse, para que se laven las malas vibraciones, malos espíritus, malos y negativos sentimientos y culpa.*

Eliminar cualquier contaminación del cuerpo y de sentimientos negativos hacia el difunto es parte del ritual de no regreso.

Una mujer Ñuu Savi de 68 años de la Región Mixteca Alta refiere:

*Los que asisten al funeral no comen carne, ya que se está comiendo la carne del difunto. Huaraches deben ser de ixtle, para no ofender al animal que les dio el cuero para sus patas. La persona tiene que recorrer un largo camino y la entrada al otro mundo puede tener espinas y puede lesionarse.*

Ella fue la única que habló de la prohibición de comer carne, posiblemente por antigua canibalismo de los difuntos honrados (algo sólo está prohibido porque se ha practicado). También preocupó por los sentimientos de los animales que murieron.

Una mujer Ñuu Sävi de la Mixteca Alta de 66 años explicó los colores de los ataúdes:

*Si es niño se viste de San José, y niñas se viste de Virgen del Tránsito. Una mujer que nunca se casó se viste de novia. Adultos están vestidos con ropa que más le ha gustado. Bebés tiene ataúdes blancos, ya que no tienen pecados y son puros angelitos. Jóvenes cuentan con madera marrón y gente mayor gris.*

Una mujer del Be'ena' Za'a del Istmo de 70 años contó sobre el arreglo de las mujeres:

*La mujer es lavada y maquillada por las mujeres, y vestida con su ropa favorita. En el ataúd se colocan artículos de higiene personal. Se envuelve en un sudario sagrado y se le coloca un crucifijo. Nunca se coloca con sus joyas de oro, ya que es de mal augurio. Se colocan flores y velas para que la difunta tenga luz en su camino al cielo.*

La exhibición de joyas de oro es muy valoradas por las mujeres del Istmo, no enterrarlas evita el robo de tumbas y proporciona una herencia familiar.

Un hombre Ayuukjä'äy (Mixe) de 66 años de la Sierra Norte, habló de sacrificio explicó:

*Se sacrifican pollos y pavos, se les quita la cabeza y se derrama sangre en el suelo mientras la familia del difunto reza constantemente por su eterno descanso. Cuando la familia se reúne de nuevo un año después de la muerte, sacrifican las aves y piden ayuda para sus parientes vivos. Luego, los difuntos son alimentados con pollos y huevos duros.*

Un hombre Ñuu Savi de 72 años de la Mixteca Baja menciona:

*Si la persona muere en un mal día, se agrega un muñeco de paja al ataúd para que nadie más en la familia muera. En la cabecera se coloca retrato del difunto y recipiente de incienso de copal. Incienso ayudan que la sombra sea recibida en el Reino de Dios. Si es niño, una banda toca animada música, los familiares deben bailar y disparan cohetes; si no, la sombra estará triste. Se entierra bebés con sonajero, ropa de bebé y velas, para que no se sienta solo y pueda jugar.*

### **Ajuar funerario**

El camino al más allá es largo, y la sombra necesita alimento, agua, mezcal, dinero, zapatos nuevos o sandalias y artículos de higiene personal, así como su cuerpo corporal necesitaría estos para un viaje. Es importante un vaso de agua porque el difunto tiene sed. Deben estar preparada para su entierro, bañada, peinada y vestida con ropas más hermosas. El camino puede ser muy peligroso y necesita protección espiritual y la protección física.

El propósito del ajuar funerario es asistir y anticipar la inmortalidad en otro lugar más allá de esta vida. Tanto los difuntos como los vivos participantes en la ceremonia funeraria se encuentran en fase liminal de transición, entre fase de separación (el momento de la muerte)



y fase de reintegración (después del internamiento). Esta transición es la más crítica, durante la cual todos los participantes se encuentran suspendidos temporalmente de la vida social normal. Esta tierra fronteriza se liberan fuertes poderes y peligros (Van Gennep, 1908 [2008]).

Los supervivientes se esmeran en dotar al difunto de todos los objetos materiales y mágico-religiosos necesarios para un viaje seguro y favorable acogida liberada (Van Gennep, 1908 [2008]). Comida para bestias sobrenaturales que se encuentran, especialmente para el perro que llevará al difunto a través del río, es esencial. Un extensión de este mundo, sistema complejo que va más allá del encuentro individual con la muerte y parte del equilibrio comunitario. El ajuar funerario fue prohibido por la Iglesia (Burgoa, 1674), pero hoy en día ignorado. Rituales comunitarios reproducen y refuerza alianzas sociales del grupo (Velasco Toro 2011).

## DISCUSIÓN

La función del ajuar funerario como elemento necesario para el viaje al más allá forma parte esencial de los ritos y rituales funerarios de Oaxaca. La ideología de la iglesia es que una vez que una persona está muerta, el alma va directa al cielo, al purgatorio o al infierno. Los pueblos indígenas de Oaxaca tienen una visión mucho más compleja y matizada. La sombra, no el concepto eclesiástico del alma, sigue presente en estado liminal, consciente observadora.

Este estado liminal cambia con el final de la novena y el Levantamiento de la Cruz a la cabecera del sepulcro, representando el triunfo de la Iglesia sobre los indígenas visual, concreto y superficial, pero la sombra no desaparece del todo del mundo terrestre. Para los Be'ena' Za'a y Ñuu Savi, sus difuntos habitan las nubes. Siempre presentes, nunca los dejan ni desaparecen. Su presencia liminal continua trasciende la vida física y el más allá. Los ajuares funerarios son necesarios porque en el más allá hay que trabajar, moler maíz, hacer tortillas y tejer.

El conocimiento de las creencias y prácticas representa para la enfermería un acercamiento a las estrategias cognitivas y emocionales de las comunidades. Nos permite adentrarnos en el conocimiento y respeto de su organización social y cosmovisión. Es de suma importancia para conocer las creencias sobre la muerte, el viaje al más allá y la Tierra de los Muertos. Son un efecto de la cultura, como lo son creencias católicas y occidentales. Los pueblos indígenas de hoy aceptan la forma de la Iglesia, pero no su contenido. El catolicismo es un barniz muy ligero sobre el profundo subsuelo de la cosmovisión mesoamericana.

Creencias y prácticas sobre la muerte y el morir en el estado culturalmente diverso de Oaxaca no deben reducirse a una homogeneización occidental superficial, que ignora la riqueza cultural y espiritual de los pueblos indígenas. La falta de estudios de prácticas y creencias de la gente y el predominio de creencias occidentales y cristianas ha resultado en homogeneización en tanatología y en la enfermería. No se discute la cosmovisión indígena y el significado de las prácticas funerarias en clases. Aunque muchos estudiantes son indígenas y conocen muy bien las prácticas y el significado de los ritos, rituales y cosmovisión, no los discuten en el aula, ya que se prioriza conformidad con el programa de estudios de base occidental. Un alumno dice "todos sabemos sobre estas cosas y las practicamos con nuestras familias, pero no hablamos de eso en clase porque los maestros dicen estas creencias y prácticas son arcaicas, no modernas".

Los alumnos pueden hacer intervenciones culturalmente sensibles, hablar de sus tradiciones, respetar y apoyar pacientes y familias de una manera culturalmente apropiada.

El uso y significado del ajuar funerario en Oaxaca y el viaje al más allá no han sido estudiados ni descritos claramente. Este estudio cualitativo puede tener un impacto en tanatología, gerontología cultural y enfermería. Puede contribuir a una comprensión más completa de la cosmovisión de los pueblos originarios de Oaxaca. La enseñanza y práctica no pueden ser adecuada sin una conciencia de las diversidades.

El objetivo fue tener comprensión más profunda de creencias y costumbres en Oaxaca relacionadas con la muerte y el más allá. Conocer significados culturales presenta acercamiento a estrategias cognitivas y emocionales de las comunidades. Perspectivas transculturales pueden permitirnos ganar conocimiento y respeto por sus cosmovisiones. Es de suma importancia saber que las prácticas de duelo y ritos funerarios son, como todas las costumbres, efectos de la cultura, y respetar esas creencias y prácticas. La personal deben brindar atención culturalmente apropiada a la persona moribunda y su familia, evitando estereotipos y brindando atención empática. El sufrimiento, duelo y compartir emociones con pacientes y familias son una parte importante del cuidado. Que el familiar fallecido estará habitando un área liminal en las nubes, continuando una vida similar y observará la vida desde arriba, puede ser de consuelo para los pueblos de Oaxaca. Este trabajo puede ayudar a las enfermeras actuales y futuras a enriquecer su sensibilidad y conocimiento cultural para comprender mejor y ayudar a los que duelen.

## REFERENCIAS

- Aguirre Beltrán, G. (1979). *Regions of refuge*. Society for Applied Anthropology.
- Barbosa Sánchez, A. P. (2016). El imaginario religioso Mesoamericano y la cultura funeraria de las comunidades indígenas de México. En G. Chang Vargas (Ed.) *Memoria: Congreso Iberoamericano de Patrimonio Cultural: Lo material y lo inmaterial en la construcción de nuestra herencia* (pp. 185-196). Universidad de Costa Rica. Recuperado de <http://todopatrimonio.com/pdf/MemoriaCongreso-Vol2.pdf>.
- Brandt, J. R. (2015). Passage to the underworld: Continuity or change in Etruscan funerary ideology and practices (6th-2nd Century BC)? En J. R. Brandt, M. Prusac & H. Roland (Eds.), *Death and changing rituals* (pp. 9-10). Oxbow Books. Recuperado de <https://oestigaard.files.wordpress.com/2017/12/12-death-and-changing-rituals.pdf>.
- De Burgoa, F. (1674). *Palestra historial de virtudes y ejemplares apostólicos*. Mediateca INAH. Recuperado de <http://mediateca.inah.gob.mx/repositorio/islandora/object/fotografia:316006>
- Castrejón Caballero, J. L. (2014). Vejez, salud y sociedad en México: Aproximaciones disciplinarias desde perspectivas cuantitativas y cualitativas. En V. Montes de Oca (Ed.), *Condiciones de vida y salud de la población mexicana adultos mayores: Desigualdades por edad, etnicidad y género* (pp. 33-56). UNAM, Instituto de Investigaciones Sociales.
- Escobar Castellanos, B., & Paravic-Klijn, T. (2017). La transculturalidad, elemento esencial para mejorar la atención en salud y de enfermería. *Enfermería Actual En Costa Rica*, 18(33). Recuperado de <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i33.29627>
- Florescano, E. & Malvido, E. (Eds.), (1982). *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*. Instituto Mexicano del Seguro Social.

- De Gómara, F. L. (1997). Historia de la Conquista de México. (p. 298). Alicante: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes. Recuperado de <https://www.cervantesvirtual.com/obra/historia-de-la-conquista-de-mexico-tomo-i/>
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2020). Recuperado de <https://en.www.inegi.org.mx/400.html?aspxerrorpath=/temas/estructura>
- Kellehear, A. (2007). *A social history of dying*. Cambridge University Press.
- Leininger, M. & McFarland, M. (2002). *Transcultural nursing: Concepts, theories, research and practice*. Mc-Graw-Hill.
- Lomnitz, C. (2006). *Idea de la muerte en México*. Fonda de Cultura Económica.
- López Austin, A. (1994). *Tamoanchan y Tlalocan*. Fondo de Cultura Económica.
- López Austin, A. (1996). *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas, vol. I*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- López Sánchez, O. & Nance, D. C. (2020). Something born of the heart: Culturally affiliated illnesses of older adults in Oaxaca. *Issues in Mental Health Nursing*, 41(3), 235-242. DOI: 10.1080/01612840.2019.1650854.
- Malvido, E. (2000). La guerra contra las momias en nueva España: El siglo XVIII, jesuitas, franciscanos, autoridades seculares e inquisición. *Chungará (Arica)*32(2), 199-205. doi. org/10.4067/S0717-73562000000200010.
- Malvido, E. & Cuenya, M. A. (Eds.). (1993). *Demografía histórica de México: Siglos XVI-XIX*. Instituto Mora.
- Malvido, E. (1997). Civilizados o salvajes: Los ritos al cuerpo humano en la época colonial Mexicana. En: Malvido, E., Pereira, G., & Tiesler, V. (Eds.), *El cuerpo humano y su tratamiento mortuario* (pp. 29-49). Centro de estudios mexicanos y centroamericanos. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH). Recuperado de <https://books.openedition.org/cemca/2507?lang=en>
- Malvido, E. & Viesca, C. (1985). La epidemia de cocoliztli de 1576. *Historias*. Recuperado de <https://www.revistas.inah.gob.mx/index.php/historias/article/download/15223/16196>
- Minority Rights (2015). Recuperado de <http://minorityrights.org/minorities/indigenous-peoples-4/>
- Nance, D. C. & López Sánchez, O. (2002). Lives of violence and vengeance: Life stories of older Oaxacan adults. *Issues in Mental Health Nursing* 43(1), 1-19. DOI:10.1080/01612840.2021.2018529
- Norget, K. (2006). *Days of death, days of life: Ritual in the popular culture of Oaxaca*. Columbia University Press.
- Ricard, R. (2017). *La conquista espiritual de México*. Fondo de Cultura Económica.
- Ritchie, J., & Spencer, L. (1994). Qualitative data analysis for applied policy research. En A. Bryman & R. G. Burgess (Eds.) *Analyzing qualitative data* (pp. 173-195). Routledge.
- Rivara Kamaji, G. (2003). *El ser para la muerte: Una ontología de la finitud*. Itaca.
- de Sahagún, Fray Bernardino (1577). *Historia general de las cosas de nueva España. Florentine Codex, Libro 6*, (pp. 162-163).
- Twigg, J. & Martin, W. (2015). The challenge of cultural gerontology. *The Gerontologist* 55(3), 353–359. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu061>
- VanGennep, A. (2008[1909]). *Los ritos de paso*. Alianza. Recuperado de <https://www.alianzaeditorial.es/libro/ciencias-sociales/los-ritos-de-paso-arnold-van-gennep-9788420676180/>
- Velasco Toro, J. (2011). Ritual funerario en Mixtla, Veracruz. *Revista del CESLA*, (14), 147-165. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2433/243322672010.pdf>

# Necesidades de cuidado en la persona consumidora de alcohol en un contexto hospitalario

## *Care needs in the person consuming alcohol in a hospital context*

## Necessidades de cuidado na pessoa que consome álcool em contexto hospitalar

LUCILA ACEVEDO-FIGUEROA, ALICIA ALVAREZ-AGUIRRE, MIRTHA FLOR CERVERA-VALLEJOS, ROSA JEUNA DIAZ-MANCHAY

### Lucila Acevedo-Figueroa

Universidad Autónoma de Guerrero. México.  
l.acevedofigueroa@ugto.mx  
<https://orcid.org/0000-0001-6471-684X>

### Alicia Alvarez-Aguirre

Universidad de Guanajuato. México.  
alicia.alvarez@ugto.mx  
<https://orcid.org/0000-0001-5538-7634>

### Mirtha Flor Cervera-Vallejos

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo-Chiclayo. Perú.  
mcervera@usat.edu.pe  
<https://orcid.org/0000-0002-4972-1787>

### Rosa Jeuna Diaz-Manchay

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo-Chiclayo. Perú.  
rdiaz@usat.edu.pe  
<https://orcid.org/0000-0002-2333-7963>

### Correspondencia:

alicia.alvarez@ugto.mx

Fecha recepción: 07/12/2023

Fecha aceptación: 15/02/2024

Financiación: Este trabajo no ha recibido financiación.

Conflicto de intereses: Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

### Resumen:

**Introducción:** El consumo de alcohol es considerado uno de los trascendentales factores de riesgo de discapacidad y muerte prematura. Develar el sentido de la experiencia de la persona consumidora de alcohol en cuanto a las necesidades de cuidado en el contexto hospitalario e incentiva que enfermería brinde un cuidado humano.

**Objetivo:** Comprender las necesidades de cuidado de una persona consumidora de alcohol durante la estancia hospitalaria.

**Método:** Investigación cualitativa fenomenológica. Muestreo por conveniencia, participaron 07 hombres y 02 mujeres que consumen alcohol e ingresaron al hospital. Para recolectar los datos se utilizó una entrevista fenomenológica, previo consentimiento informado. El análisis se realizó mediante el círculo hermenéutico de Martin Heidegger.

**Resultados:** Fueron develadas cinco categorías: 1) Necesidades físicas ante deterioro corporal, 2) Necesidades emocionales y de apoyo con traspaso de energía para vivir, 3) Necesidades de confort humano dentro de la hospitalización, 4) Agradecimiento verbalizado y escrito ante acompañamiento y preocupación, 5) Anhelos de ser cuidado como persona.

**Conclusiones:** Enfermería se encuentra con un ser vulnerable que muestra necesidades físicas debilitadas, necesidades emocionales que requieren apoyo y confort humano, un *ser* que anhela y agradece al *ser* enfermera.

**Palabras clave:** Evaluación de necesidades; atención de enfermería; alcoholismo; hospitalización; investigación cualitativa.



**Licencia:** Este trabajo se comparte bajo la licencia de Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons (CC BY-NC-SA 4.0): <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

© 2024 Lucila Acevedo-Figueroa, Alicia Alvarez-Aguirre, Mirtha Flor Cervera-Vallejos, Rosa Jeuna Diaz-Manchay

**Citación:** Acevedo-Figueroa, L., Alvarez-Aguirre, A., Cervera-Vallejos, M. F., Díaz-Manchay, R. J. (2024). Necesidades de cuidado en la persona consumidora de alcohol en un contexto hospitalario. *Cultura de los Cuidados*, (68), 139–152. <https://doi.org/10.14198/cuid.23121>



### Abstract:

**Introduction:** Alcohol consumption is considered one of the transcendental risk factors for disability and premature death. Reveal the meaning of the experience of the person who consumes alcohol in terms of care needs in the hospital context and encourages nursing to provide humane care.

**Objective:** Understand the care needs of a person who consumes alcohol during the hospital stay.

**Method:** Phenomenological qualitative research. Sampling for convenience, 07 men and 02 women who consume alcohol and admitted to the hospital participated. To collect the data, a phenomenological interview was used, with prior informed consent. The analysis was carried out through the hermeneutical circle of Martin Heidegger.

**Results:** Five categories were revealed: 1) Physical needs in the face of bodily deterioration, 2) Emotional and support needs with the transfer of energy to live, 3) Human comfort needs within hospitalization, 4)

Verbalized and written gratitude for accompaniment and concern, 5) Desire to be cared for as a person.

**Conclusions:** Nursing meets a vulnerable being that shows weakened physical needs, emotional needs that require support and human comfort, a being that longs for and appreciates being a nurse.

**Keywords:** Needs Assessment; nursing care; alcoholism; hospitalization; qualitative research.

### Resumo:

**Introdução:** O consumo de álcool é considerado um dos fatores de risco transcendentais para incapacidade e morte prematura. Revelar o significado da experiência da pessoa que consome álcool em relação às necessidades de cuidado no contexto hospitalar e estimular a enfermagem a prestar assistência humanizada.

**Objetivo:** Compreender as necessidades de cuidado de uma pessoa que consome álcool durante a internação.

**Método:** Pesquisa qualitativa fenomenológica. Amostragem por conveniência, participaram 07 homens e 02 mulheres que consomem álcool e internados no hospital. Para a coleta dos dados, foi utilizada uma entrevista fenomenológica, com consentimento prévio informado. A análise foi realizada por meio do círculo hermenêutico de Martin Heidegger.

**Resultados:** Foram reveladas cinco categorias: 1) Necessidades físicas diante da deterioração corporal, 2) Necessidades emocionais e de apoio com transferência de energia para viver, 3) Necessidades de conforto humano na hospitalização, 4) Gratidão verbalizada e escrita por acompanhamento e preocupação, 5) Desejo de ser cuidado como pessoa.

**Conclusões:** A enfermagem atende a um ser vulnerável que apresenta necessidades físicas fragilizadas, necessidades emocionais que requerem apoio e conforto humano, um ser que anseia e valoriza ser enfermeiro.

**Palavras-chave:** Determinação de necessidades de cuidados de saúde; cuidados de enfermagem; alcoolismo; hospitalização; pesquisa qualitativa

## INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, el alcoholismo comprobado por abuso y dependencia excesiva de alcohol genera un problema de salud pública y social, porque trasciende el ámbito de la salud individual, familiar y colectiva. Asimismo, la persona consumidora de alcohol está expuesta a la estigmatización, y a los problemas asociados con intoxicación, accidentes, conducta violenta y deterioro de su salud integral (Comisión Nacional de los Derechos Humanos de México, 2009; Dorey, Lathlean, Roderick, & Westwood, 2021).

En principio, las enfermeras suelen ser el primer contacto cuando los pacientes ingresan a emergencias por intoxicación alcohólica, donde se suscita una reciprocidad de sentimientos, pensamientos, acciones y experiencias (Dorey, Lathlean, Roderick, & Westwood, 2021; Acevedo, Álvarez, Casique, & Hernández, 2020). Así lo muestra, Bové, Lisby, & Norlyk (2020), al destacar como la presencia auténtica de las enfermeras, constituyó una herramienta poderosa que facilitó la hospitalización, puesto que las personas que padecen trastornos por consumo de alcohol demandan una atención intencionada y distintiva caracterizada por la empatía, claridad e interacción.

También, Elliot (2019), reportó que los profesionales de enfermería tienen una posición incomparable en el arte de reconocer, prevenir y prestar cuidados a los pacientes con abstinencia alcohólica. Sin embargo, Sánchez-Solís, & de San Jorge (2018) indicó que la acumulación de experiencias negativas con pacientes agresivos, renuentes y reincidentes, transige que algunos profesionales no aborden el tema del consumo de alcohol o se muestren indiferentes cuando atienden a estas personas.

Al respecto, siempre el acto de cuidar pretende reconstruir la autonomía del sujeto vulnerable y la persona consumidora de alcohol también ostenta una enfermedad del alma, es un ser vulnerable, pero único e irrepetible. Por ello, enfermería mantiene la dignidad humana de la persona consumidora de alcohol, para que se sienta cómoda dentro del contexto hospitalario que le ha tocado vivir, y necesita ser nutrido en su dimensión biológica, psicológica como educativa (Lima-Rodríguez, Guerra-Martin, Domínguez-Sánchez, & Lima-Serrano, 2015; Simões, & Sapeta, 2019; Reluz, Cervera, & Taboada, 2020). De ahí que los profesionales de enfermería deben poseer, según Acevedo-Figueroa, Alvarez-Aguirre, Cervera-Vallejos, Díaz-Manchay, Casique-Casique, & Hernández-Rodríguez (2020), algunos rasgos precisos como el reconocimiento del ser ahí y la sensibilidad humana, para estar disponible a la solicitud de las personas en el hospital, ya que la persona alcohólica se percibe caída y con culpa, además tiene deseos de dialogar lo vivido y exteriorizar experiencias, sentimientos, preocupaciones, creencias religiosas y compromisos.

De este modo el proceso de cuidar es óptimo si tiene marca singular con las características de la persona, ayudándole a tomar conciencia sobre su estado de salud. Y, la persona que consume alcohol tiene el deseo de existir, de descubrir el mundo, de comprenderlo y de centrarse en él como persona, sin señalamientos, en consecuencia, es un acto de vida que se desarrolla en el contexto de la existencia humana en donde enfermera y paciente se relacionan. Pero existen escasos estudios cualitativos que develen estos aspectos.

Situación que conllevó a adoptar en esta investigación la fenomenología de Martin Heidegger, generando como objetivo de comprender las necesidades de cuidado de una persona consumidora de alcohol durante la estancia hospitalaria. El Dasein, ser en el mundo es la reflexión de la

existencia humana en una historicidad relacionada con la propia realidad, esta tiene una dimensión ontológica más que epistemológica. Implica el mundo histórico, como el lugar del sentido y de la comprensión del ser, es el ente que tiene comprensión del ser (Ramírez-Pérez, Cárdenas-Jiménez, & Rodríguez-Jiménez, 2018; Berciano, 1992).

## METODOLOGÍA

El estudio fue cualitativo fenomenológico (Merighi, 2011), en virtud de que permitió comprender los fenómenos humanos, con profundidad en la comprensión de las necesidades de cuidado que las personas con consumo de alcohol que vivieron en el contexto hospitalario. Se procuró describir el fenómeno para llegar a intuir su esencia (Do Prado, Souza, & Carraro, 2008), dentro de una realidad interna, propia y única.

El escenario de estudio fue un contexto hospitalario de segundo nivel, en Taxco de Alarcón México. El muestreo fue por conveniencia, y el tamaño de la muestra fue hasta lograr la saturación de información (Martínez-Salgado, 2012). Por ello, participaron 07 hombres y 02 mujeres, cuyas edades fueron entre 35 y 65 años de edad, previo consentimiento informado. La colecta de los datos se obtuvo a través de entrevistas fenomenológicas con la pregunta detonadora: ¿Describame cómo ha sido su experiencia en la interacción con enfermería al proporcionarle el cuidado cuando estuvo hospitalizado? Las entrevistas fueron audio grabadas por el investigador principal, la transcripción y el análisis inicial se realizó antes de las 72 horas de realizada la entrevista.

Cabe mencionar, que las preguntas se acoplaron a las características que considera la entrevista fenomenológica: 1) La persona entrevistada se refirió a situaciones concretas vividas por ella, relacionadas con el fenómeno en estudio, 2) Se mostró atención a lo sentido corporalmente en relación con dicho fenómeno, 3) El modo de la expresión verbal y su relación con el experimentar, de donde surgieron las expresiones verbales o hablas de los participantes (Moreno, 2014). Asimismo, se recurrió a las pruebas de recapitulación y silencio, la recapitulación usada para regresar al participante al comienzo de la experiencia descrita durante la entrevista. Y los periodos de silencio utilizados para establecer una pausa cómoda, también se consideró el silencio epistemológico que se presenta cuando se encara lo inexplicable (Vargas, 2012).

Para llevar a cabo el análisis de los datos, se escuchó y releyó las narrativas de los participantes rescatándose unidades de significado, el análisis fue realizado artesanalmente. Para ello, se utilizó la metodología señalada en las etapas del Círculo Hermenéutico de Heidegger que abarca interpretar aquello que no se ha comprendido de un cierto modo como se nos ha sido dado (Do Prado, Souza, & Carraro, 2008; Kempfer, Prado, Sebold, Balbinot, & Girondi, 2015), comprende tres etapas: Pre- comprensión, comprensión e interpretación, Heidegger reflexiona que no se puede partir de las cosas mismas, sino de lo que contienen esas cosas, una forma de comprender y cuando se comprende algo se tiene una interpretación y el círculo continúa (Guerrero-Catañeda, De Olivia, & Do Prado, 2019).

En el desarrollo del estudio fueron considerados los siguientes criterios de rigor: credibilidad y valor de la verdad/autenticidad, transferibilidad y aplicabilidad, consistencia y dependencia/replicabilidad, relevancia, confirmabilidad o reflexividad, adecuación o concordancia teórico-epistemológica (Vasconcelos, Menezes, Ribeiro, & Heitman, 2021).

Además, el estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de los Servicios Estatales Guerrero CONBIOÉTICA-12-CEI-001-20170920, con registro de folio N° 04221118. La conducción de la investigación se apegó al Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de investigación en salud (Art. 17). Los participantes dieron su consentimiento informado, y se les asignó un código del E1 a E9 para proteger su identidad, las grabaciones y transcripciones se resguardan en sobre cerrado y archivados con acceso solo para las investigadoras, la información solo se utilizó para este estudio.

## RESULTADOS

A continuación, se presentan algunas características de las personas que participaron en este estudio (Tabla 1).

Tabla 1: Características de los participantes del estudio

Identificación del Informante	Sexo	Edad	Nivel de estudios	Estado Civil	Religión	Ocupación	Causa de ingreso
E1	H	35	2° de Secundaria	Casado	Católica	Ayudante de construcción	Consumo de alcohol, accidente
E2	H	48	2° de Primaria	Casado	Católica	Artesano Platero	Consumo de alcohol, encefalopatía
E3	H	35	Técnico en Computación	Casado	Católica	Auxiliar Administrativo	Consumo de alcohol, accidente
E4	H	46	Técnico en Urgencias Medicas	Casado	Católica	Paramédico y Artesano Platero	Consumo de alcohol, cirrosis hepática
E5	M	65	4° de Primaria	Viuda	Católica	Ama de casa	Consumo de alcohol, cirrosis hepática
E6	H	56	2° de Secundaria	Divorciado	Católica	Artesano Platero y guía de turistas	Consumo de alcohol, cirrosis hepática
E7	H	35	Cursa Licenciatura en Derecho	Divorciado	Católica	Cantante	Consumo de alcohol, intoxicación
E8	H	65	Primaria completa	Casado	Católica	Taxista	Consumo de alcohol, pre infarto
E9	M	53	Preparatoria concluida	Divorciado	Católica	Ama de casa y comerciante	Consumo de alcohol, intoxicación

Fuente: Entrevista fenomenológica sobre la experiencia de la persona con consumo de alcohol en la interacción con enfermería al proporcionarle el cuidado en un contexto hospitalario.



Luego de procesar los datos se obtuvieron cinco categorías, que están ilustradas con los discursos más significativos, como se detalla a continuación:

### *1. Necesidades físicas ante deterioro corporal*

En esta categoría el consumidor de alcohol manifiesta que las enfermeras (os) les proporcionaron cuidados que favorecieron a su bienestar físico, mediante técnicas y cuidados de manera individualizada, aunados a la realización de procedimientos vitales que impactaron de forma directa en la satisfacción de sus necesidades básicas.

*“me mantuvieron en ayuno, a partir de que yo llegué al hospital, ya no sentí dolor” E1*

*“me tomó los signos vitales, la temperatura es de 39 grados, le voy aplicar su medicamento... me estaba ahogando y ahí los enfermeros rápido me metieron una manguerita, haber respire me pusieron el oxígeno, empezaron con la manguerita a jugarla en mi garganta y me preguntaron ¿cómo está? ya, ya puedo respirar” (E2)*

*“le hable a la enfermera y vino rápido, me dijo ¿qué tiene?, tengo mucha hambre, ahorita le preparan algo... me daban líquidos, luego empecé a comer y me daban caldito de pollo, sopa de verdura, y frutas, lo sentía bien rico... también me dieron masajitos en mi espalda y me rasuraron... me tomaban la presión, la temperatura, se preocupaban de mí” (E3)*

*“los medicamentos nos los entregaban a la hora... el baño igual...todo limpio” (E4)*

*“cada cinco minutos las enfermeras iban a revisarme... cada quince minutos iban y me tomaban la presión, ¿cómo está? me decían, y eso me tranquilizaba” (E8)*

A la par el consumidor de alcohol expreso un reconocimiento físico del personal de enfermería, al distinguirlos por su edad, y por su apariencia física (arreglo personal).

*“le voy a canalizar y voy hacer esto y esto porque... incluso cuando me bañaron, una enfermera muy joven y me pico mi vena y no pudo, pero me puso en la otra mano” (E2)*

Así mismo, expresaron su bienestar al recibir por parte de enfermería palabras de ánimo que halagan lo personal, a su aspecto físico; como es el siguiente caso.

*“señor, lo vamos a bañar y lo vamos a rasurar, pero no pues, no me voy a ir al zócalo me acuerdo de que así le dije a la enfermera y me contesta si don Damián queremos que nuestros enfermitos estén bien guapos y le digo a gracias por lo de guapo” (E2)*

También, el consumidor de alcohol identificó que el personal de enfermería se reúne en grupos para su cuidado, corrobora los cambios de turno y que utilizan instrumentos administrativos (expediente clínico) para la recolección de datos de manera sistemática, en donde plasman lo cuidados que le realizan de manera individualizada.

*“se entrevistaron con más enfermeros, otros estaban en un escritorio reunidos, eran muchos, se entregaron con ellos un expediente que ya había hecho el médico y se dijeron de que era*

*lo que se trataba, al otro día llegó otro turno de cambio, ellos les entregaron mi expediente anotaban empezaron a checar temperatura y mis medicamentos” (E1)*

## **2. Necesidades emocionales y de apoyo con traspaso de energía para vivir**

En los discursos las personas con consumo de alcohol precisan en su cuidado, que se les proporcionó trato amable, seguridad, aceptación, espiritualidad, fe, esperanza y ánimo en momentos de tensión.

*“mijo si necesitas algo me hablas, si es urgente tocas el timbre este, hay que presionar el botón de emergencia, pero yo vengo rapidísimo; y me gustaba ella porque traía muy buena energía... ella siempre estuvo conmigo fue mucha buena energía por parte ella, me llenó de bendiciones” (E1)*

*“me dijo todo va a estar bien y me sonrió, está mejorando échale ganas no se deje caer, coma, me traía ella muy bien mis comiditas, a ella le interesaba que comiera, tomara agua, me cuidara... me decía que con la ayuda de Dios y de los doctores iba a salir adelante, y la verdad que me confortó, me dieron ganas de salir adelante... decía que yo podía cambiar mi forma de tomar, que yo podía buscar ayuda profesional...” (E3)*

*“la señorita muy amablemente habló conmigo, que fue la única que me ayudó a que no tuviera miedo a morir; me dijo que había personas que me podían ayudar... esta enfermera vio mi angustia y me tranquilizó” (E5)*

En la atención a las necesidades emocionales y de apoyo durante la interacción en el cuidado, el habla de los participantes permite observar que el personal de enfermería actúa con preocupación y para confortarle efectúa comparaciones del paciente con otras personas que padecen la misma enfermedad, con el afán de brindar ánimo en el momento de cuidado y la situación que actualmente presenta.

*“lo primero con lo que me encuentro es con un grupo de enfermeras, enfermeros, doctores y demás, de manera inmediata se acerca un joven enfermero y me pregunta ¿qué es lo que tengo?, me dijeron permíteme un poquito ahorita te atendemos, de manera inmediata vinieron con instrumentos y empezaron hacerse cargo de mí, me quitaron toda la ropa que yo traía y me pusieron una bata, me estabilizaron porque llegué muy nervioso y alterado... me hacían ver las cosas como que no era tanto problema me decían este pues su problema no está tan grave” (E1)*

*“Usted está se ve re-bien, usted viera a mi papá, mi papá tiene más grande la herida, y no usted ya está bien” (E2)*

*“nos ayudaron a conseguir medicamentos porque si la verdad estaba cara y no teníamos las posibilidades de comprarlos... me trataron de hacer las cosas más llevaderas, nadie está acostumbrado a estar internado en el hospital... me ayudaron a ver lo de los estudios para que hicieran los trámites más rápido, hasta la fecha me siguen ayudando” (E4)*

*“me decía, te voy a sostener en caso de que quieras vomitar, si quieres vomitar hazlo; me acercaron como un balde de agua para vomitar, la verdad eran un amor...” (E9)*

### 3. Necesidades de confort humano dentro de la hospitalización.

Las personas con consumo de alcohol al presentar alguna clase de alteración en su salud, se ven en la necesidad de permanecer hospitalizados en ocasiones con relativa frecuencia; y al verse internados, estos evocan en sus discursos una necesidad de confort.

*“me bajaron de la camilla y me pusieron en una silla de ruedas que era más cómoda y me preguntaban ¿cómo te sientes?, ¿qué quieres hacer? Te sientes más cómodo en la camilla que en la silla, y yo prefería la silla de ruedas...el área estaba muy limpia, la cama en buenas condiciones, pero el hecho de no ser mi cama siempre causaba incomodidad...el aire acondicionado en el hospital es frío” (E1)*

*“el cuarto era un espacio cuatro por cuatro o un poquito más amplio, pero no había divisiones como en otros lugares que había un cubículo y se cierra esta vez no, vez al vecino de enfrente al de lado, para variar había una mujer...el baño estaba hasta al fondo del pasillo lejos y feo, y hay voy yo solo con mi suero jalándolo” (E7)*

*“me mandan a sentar a una banca de madera toda fea sin pintar” (E8)*

*“al estar hospitalizada a parte de la incomodidad a parte del frío, me moría de frío y nadie me hizo caso nadie, no dejaban meter nada” (E9)*

### 4. Agradecimiento verbalizado y escrito ante acompañamiento y preocupación

Es así, que los consumidores de alcohol estiman y reconocen que los profesionales de enfermería, les prestaron servicios, correspondiéndoles con agradecimiento por su acompañamiento, por brindarles su apoyo, y manifestaron también tener la intención de realizar un reconocimiento por escrito.

*“aunque estaba enfermo a todas, a los enfermeros, a las enfermeras les decía gracias por su atención... yo soy platero, al cirujano que hizo este trabajo yo le quería regalar una esclavita de plata como agradecimiento no sé, un regalo, darle algo es cuestión de que ora si por su trabajo que hizo conmigo...” (E2)*

*“yo les agradezco a las enfermeras, estoy agradecida con todas ellas por el acompañamiento que me dieron... estoy súper agradecida con esta enfermera, si yo tuviera la oportunidad no se de darle un regalo de ir un día y llevarle un detalle de agradecimiento de lo que ella hizo por mí en ese momento... ahora me entero que existen buzones donde uno puede poner su queja o felicitaciones, y yo si tengo la oportunidad lo haré por la forma en que me brindó su apoyo...” (E5)*

El vínculo establecido del consumidor de alcohol con enfermería, permite que se le recuerde y singularice después de ser atendido, enfermería trasciende dejando en la experiencia del consumidor de alcohol un recuerdo de agradecimiento y lo manifiesta en las hablas siguientes:

*“hace días la encontré por la calle me saludo, es una enfermera que estoy agradecida con ella porque fue una extraordinaria de la salud” (E1)*

*“en urgencias una enfermera que nunca me dejó, que me brindó respeto, me dieron ganas hasta de besarle las manos, decirle gracias” (E9)*

### 5. Anhelos de ser cuidado como persona.

Dentro del contexto hospitalario la persona con consumo de alcohol percibe anhelos o deseos, ante la percepción de la carencia de sensibilización en algunas enfermeras. Consideran que, en el momento de brindar cuidado, las enfermeras deben recordar, que es una persona la que es atendida por otra persona que tiene una necesidad y alberga una esperanza.

*“me gustaría que el personal nos trate mejor... que tuviéramos con quien hablar, que las enfermeras sean un poquito más humanas... yo creo que un abrazo, un saludo de mano, un apretón de mano no se le niega a nadie, así seamos personas desconocidas, lo que más deseamos es el cariño porque no es agradable estar en un lugar desconocido” (E5)*

*“yo quisiera que alguna enfermera estuviera más al pendiente, que estuviera sin tenerla que llamar para que me tome la presión o temperatura, que si me toca alguna pastilla, que si ya se acabó el suero y le cierro, que si le abro” (E6)*

*“me encantaría que recuerden que una persona que están atendiendo es exactamente eso una persona, no es un objeto, no es un animal, ni otra cosa es una persona. De entrada, tenemos derecho a una vida digna y cuando nosotros asistimos o la gente asiste a un hospital a principio de cuentas va con una necesidad y en segundo va con la esperanza de encontrarse con una persona humana... y la persona que llega a su camilla, que llega a atender es exactamente igual que ella” (E7)*

Anhelan que otras personas como ellos, que pasan por un deterioro de su salud reciban un trato digno ya que eso los hizo sentirse bien, asimismo manifiestan que el desarrollo académico que posee el personal de enfermería logre mayor eficacia en el trabajo diario.

*“hay personas que deberían merecer mejor trato, de ser humano no dejamos de sentir, no dejo de tener esa ilusión de salir en algún momento de todo esto... sea tarde o temprano... yo quisiera que alguna de las enfermeras me proporcione un poquito de más cuidados y al hacerlo me pudiera sentir mejor; sobre todo la reciprocidad, la confianza, el trato para no sentirme mal, ya que de por sí me siento mal con la enfermedad, que hubiera esa comunicación entre las enfermeras yo no sé algún diálogo... que nos dijeran usted se va a poner bien, usted va estar bien” (E6)*

*“a mí me gustaría que las enfermeras desarrollen lo que estudian, que sean más eficientes en su trabajo” (E9)*

*“el trato que yo recibí me gustaría que otros pacientes también lo recibieran, porque yo la verdad me sentí muy bien” (E3)*

## DISCUSIÓN

El hombre cuida de su vida, para satisfacer sus necesidades básicas, pero también las superiores, todas son necesidades de cuidado, en el entendido que este, no solo es instinto sino reconocimiento de la propia existencia; entre más se conoce el sujeto a sí mismo más grande es su actitud de cuidado (Muñoz, 2007).

Para comprender la experiencia desde la fenomenología lo que aparece en y para la vida es el cuidado y el Dasein es el actor principal, este ser está inserto en un mundo, esta arrojado en él y no se puede concebir fuera del todo, pues implica cuidado como lo menciona Heidegger.

El cuidado *Sorge* o *cure* (en alemán) significa “cuidar de” y “velar por” al cuidado de las cosas y al cuidado de otros. La persona con consumo de alcohol manifiesta que enfermería interacciona en el cuidado para abordar necesidades físicas, al contemplar el deterioro corporal y lo hace con técnicas y procedimientos que ayudan al bienestar físico, necesidades emocionales y de apoyo traspasándoles energía, que van desde el acompañamiento hasta la resolución de su problemática personal con gestiones administrativas y económicas, coincidiendo así con Ortiz (2003), que menciona que el cuidado no solo se limita a satisfacer lo puramente biológico sino que cumple también con su dimensión social, y con Saunders (2011) que aporta en su libro “Velad conmigo” como las necesidades físicas han de ser confrontadas a contra luz desde la práctica de enfermería para identificar, en los fenómenos sociales, económicos, culturales y epidemiológicos, nuevas necesidades de cuidado y poder transformarlas en potencialidades orientadas en el significado.

De este modo, en este estudio, la interacción entre la persona en estado de embriaguez y enfermería durante el cuidado ocasiona, un intercambio de sentimientos, pensamientos, acciones y experiencias, de las cuales debe surgir una atribución recíproca con el objeto de lograr una intervención terapéutica de calidad humana; pero también de un bienestar por parte de enfermería al brindarlo, en el pensamiento de ambas personas, el cuidado es un concepto central y no algo que se designa o impone (Acevedo, Álvarez, Casique, & Hernández, 2020).

De nada vale el pensamiento, la reflexión y la acción de una antropología ni de una ciencia en general, ni las ciencias de la persona en particular, si no contribuye a dignificar su ser y su condición, si no lo comprende en su dimensión sagrada que apunta el sentido de la trascendencia (Reluz, Cervera, & Taboada, 2020). Así, pues, conocer a un paciente con consumo de alcohol significa que la enfermera evita suposiciones, se centra en él o ella y pone en marcha una relación de cuidados que le proporcione información e indicios que facilitan el pensamiento crítico y los juicios clínicos que va a realizar.

Asimismo, en el estudio, los participantes indican que el cubrir las necesidades emocionales y de apoyo, posiciona al personal de enfermería como un ser que tiene actos solidarios con respuestas hacia el paciente, reconoce que en ciertas ocasiones el personal de enfermería hace gestiones ante la carencia de medicamentos o la agilización de un trámite burocrático.

El consumidor de alcohol en su estadía hospitalaria manifiesta anhelos que lleva dentro de sí; que surgen verbalizados o gestados al momento que se le proporcionó el cuidado, anhelos que van desde un mejor trato intrahospitalario, donde exista el diálogo con enfermeras más humanas, que muestren expresiones de afecto (desde un apretón de mano hasta un abrazo), que se dirijan a ellos por su nombre y que estén atentos a sus necesidades.

Por otro lado, Enfermería en la interacción con el cuidado, le pide no volver a ingerir bebidas alcohólicas y el agradece la preocupación por esta situación que le acontece. A pesar de su condición precaria de salud le agradece a enfermería y al área médica por su trabajo.

El agradecimiento es poder reconocer los dones recibidos por un bienhechor, es un sentimiento, emoción o actitud de reconocimiento de un beneficio que se ha recibido o recibirá. Por eso, es palpable el reconocimiento del valor de lo que alguien ha hecho por su mundo presente, pasado o futuro en escenarios tan complejos como contextos hospitalarios. De esta manera, el consumidor de alcohol puede despertar la necesidad de dar las gracias desde la más pura alegría del momento o también desde ese momento gris en donde a pesar de todo lo recibido las noticias no son tan alentadoras para ambos, porque la gratitud es una cualidad natural un afecto de la capacidad del individuo de agradecer (González, & Rodríguez, 2003), vinculada a la madurez y a la salud psicológica de las personas, resulta un valor fundamental e indispensable en la vida afectiva de los seres humanos.

En escenarios diversos el ser humano puede anhelar situaciones de acuerdo a lo que viva y perciba en el momento, así, el anhelo es considerado como ese deseo vehemente de algo que se ansia en un tiempo determinado, motivado por la situación que quiera modificar o solamente como la búsqueda de una plenitud que lo llene; también pueden ser sobre lo imposible (o casi siempre) que implica un obstáculo percibido como insalvable, sin embargo, tampoco es del todo evidente que en el uso cotidiano de la palabra anhelo se haga siempre alusión a lo que se cree o sabe difícil o imposible de conseguir (De la Puente, 2014).

Entonces, la comodidad se vislumbra como causa de alivio al malestar, un estado de tranquilidad y satisfacción, o cualquier cosa que haga la vida fácil o agradable; de ahí su significado latino de *Confortare*: fortalecerse en grandem. Pero también alude a la experiencia inmediata e integral de fortalecerse cuando se abordan las necesidades de la persona (Raile, 2018).

Con ello, sentir la comodidad es un resultado muy esperado y buscado por las personas y su familia, además de constituir un propósito dentro de los cuidados de enfermería. Se estima que, a pesar que los profesionales de enfermería saben de manera intuitiva qué es la comodidad y de qué manera ayuda en sus pacientes, el foco de la tarea continúa siendo enfrentar la patología y se trabaja con el fin de no generar incomodidad, lo que genera una sensación neutra de comodidad más que de buscarla activamente, como la ausencia de un síntoma específico (Kolcaba, & Kolcaba, 1991).

Sin embargo, los hospitales tienen diseños arquitectónicos diferentes a sus domicilios, el equipo e inmobiliario es desconocido, lo que contribuye al aislamiento de la persona de su contexto social usual. Los grandes muros de concreto, los pasillos largos con asientos para espera, los cuartos reducidos, las divisiones con cortinas, donde sólo pueden estar el personal médico y el paciente sumados a las restricciones hospitalaria crean escenarios de incomodidad para el consumidor de alcohol, quien, desde su experiencia vivida, relata la necesidad de sentir ese confort.

Por esta razón, surge en el contexto hospitalario como consecuencia de interacción en el cuidado la necesidad por un confort físico y ambiental, necesidad que menciona González, Montalvo y Herrera (2017), que, si propiamente son referentes a infraestructura, mobiliario y ambientales, no dejan de impactar en su percepción en el cuidado ya que la comodidad en salud hace referencia a una sensación de alivio al malestar, a un estado de tranquilidad y satisfacción, o a cualquier sentimiento que haga la vida fácil o agradable.

Dentro de los momentos de obscuridad que la persona con consumo de alcohol vive en este contexto, surge también la gratitud del ser y se hace latente su agradecimiento por el cuidado que brinda enfermería, verbalizándolo consigo mismo y con anhelo de registrarlo por escrito. Así lo menciona Heidegger: Recuerdo y gratitud se encuentran relacionados en la acción de gracias del alma, pues recuerdo aquello en que permanece recogida al ser el lugar a donde pertenece. El pensar, en cuanto recuerdo y agradecimiento, corresponde a la voz del ser. Pero, a lo que es cosa del pensar corresponde, cada vez históricamente, solo un decir acuerdo a su realidad, y esto llamado obligatoriedad hace que el ser sea. Sin embargo, el ser no es producto del pensar. El pensar es el Ereignis del ser (García, 1984).

La persona con consumo de alcohol dentro de ese contexto, además de agradecer su temporalidad, le surgen anhelos; sobre recibir un trato digno, se siente persona con afanes, tocado por la sensibilidad del personal de enfermería, pero aspira que esta, sea igual para todas las personas que pasan por su propia experiencia, entonces surge la esperanza que lo compartido en sus hablas, sea transmitido a enfermería para que también sienta anhelos de mejorar en el cuidado.

El ser-ahí no lo es precisamente cuando es ser-con-los-otros; en la cotidianidad “nadie es él mismo”, en la cotidianidad el yo soy, el propio y el de los otros, se presenta como “nadie y, sin embargo, todos juntamente”, el yo soy se presenta como uno: en la cotidianidad no pienso, vivo, hablo, deseo, sino que se piensa, se vive, se habla, se desea. En la búsqueda del ser-ahí, es necesario dominar ese uno, es necesario propiciar la transformación del se es al yo soy.

## CONCLUSIONES

Reflexionar acerca de esta experiencia desde la perspectiva fenomenológica hace observar el cuidado en una condición existencial, aproximado a la comprensión del encuentro fenomenológico entre la persona con consumo de alcohol y enfermería.

La necesidad del cuidado manifestada por la persona con consumo de alcohol en una unidad hospitalaria conduce a la reflexión en este encuentro de dos personas. Así, la relación del Dasein con el cuidado es el estar ahí en el mundo de la persona con consumo de alcohol, con el profesional de enfermería y con la vida de sí misma, donde es posible reconocer su ser y el del otro para comprender y significar la realidad de ese ser, lo que requiere para su existencia en relación con la salud enfermedad, condición esencial para la comprensión del ser cuidado, donde entre sujeto, familia y enfermera puedan dar confort, mejorar la estancia, intervenir para que asista a grupos de ayuda como Alcohólicos Anónimos cuyo objetivo es darle una vida útil y feliz.

Sin embargo, enfermería adopta herramientas para jerarquizar la situación de salud de una persona sin considerar de manera permanente las necesidades emocionales y de apoyo tan importantes en el ser, esas necesidades del alma como lo manifiestan las personas con consumo de alcohol, no solo es realizarles procedimientos aislados, sino vislumbrar los actos de cuidado de acuerdo con las necesidades propias del ser para restablecer y mantener en equilibrio su vida.

Es necesario iniciar una sublevación personal, desaprender lo aprendido, buscar que a mayor conocimiento se conserve ese encuentro entre dos personas, como parte de nuestra

vida, de corresponsabilidad, tener presente que lo importante para la persona es contar con un entorno afable, tener autonomía que le permita poseer capacidad de decisión; estar a gusto física y mentalmente y encontrarse en un entorno estimulante para los sentidos en esa temporalidad vivida. En este reencuentro con nosotros mismos, con la profesión y con sociedad, resulta acertado ampliar y fomentar axiomas exitosos, favorecer la vinculación permanente entre la docencia y la asistencia, mismos que impactaran en el cuidado de la disciplina de enfermería.

Finalmente, la fenomenología en un contexto hospitalario surge como una oportunidad de abrir espacios para reflexionar en el cuidado fundamentado en la comprensión existencial del hombre, contemplando la dimensión humana, como parte medular de la disciplina de enfermería.

## BIBLIOGRAFÍA

- Acevedo, L., Álvarez, A., Casique, L., & Hernández, V. (2020). Interacción durante el cuidado enfermera-persona en estado de embriaguez. *ACC CIETNA: Revista De La Escuela De Enfermería*, 7(1), 126-132. Recuperado de: <https://doi.org/10.35383/cietna.v7i1.364>
- Acevedo-Figueroa, L., Alvarez-Aguirre, A., Cervera-Vallejos, M., Díaz-Manchay, R., Casique-Casique, L., & Hernández-Rodríguez, V. (2020). La parte intrínseca del ser con consumo de alcohol, en un contexto hospitalario. *Eureka-Revista científica de psicología*, 18(M):204-220. Recuperado de: <https://www.psicoeureka.com.py/sites/default/files/articulos/eureka-18-M-19.pdf>
- Berciano, M. (1992). ¿Qué es realmente el “Dasein” en la filosofía de Heidegger? *Thémata. Rev Fil*, 10:435-50. Recuperado de: <http://bit.ly/1Ahf2RM>
- Bové, H., Lisby, M., & Norlyk, A. (2020). Do the carers care? A phenomenological study of providing care for patients suffering from alcohol use disorders. *Nurs Inq.*, 27:e12322. Recuperado de: <https://doi.org/10.1111/nin.12322>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos de México. (2009). Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2- 2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Recuperado de: <https://www.cndh.org.mx/documento/nom-028-ssa2-2009-para-la-prevencion-tratamiento-y-control-de-las-adicciones>
- De la Puente, C. (2014). Anhelos (wishes), ideas y el inconsciente freudiano: una conversación con Donald Levy. *Persona*, (017), 167-180. Recuperado de: <https://doi.org/10.26439/persona2014.n017.295>
- Dorey, L., Lathlean, J., Roderick, P., & Westwood, G. (2021). Patient experiences of alcohol specialist nurse interventions in a general hospital, and onwards care pathways. *J Adv Nurs*, 77(4):1945-55. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1111/jan.14777>
- Do Prado, M., Souza, M., & Carraro, T. (2008). *Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales*. Organización Panamericana de la Salud.
- Elliott, D. (2019). Caring for hospitalized patients with alcohol withdrawal syndrome, *Nursing Critical Care*, 14 (5):18-30. Recuperado de: [https://journals.lww.com/nursingcriticalcare/Fulltext/2019/09000/Caring\\_for\\_hospitalized\\_patients\\_with\\_alcohol.3.aspx](https://journals.lww.com/nursingcriticalcare/Fulltext/2019/09000/Caring_for_hospitalized_patients_with_alcohol.3.aspx)
- García, A. (1984). *Introducción a la Filosofía*. Córdoba, República Argentina: Multi editora.
- Guerrero-Catañeda, R., De Olivia, T., & Do Prado, M. (2019). La fenomenología en investigación de enfermería: reflexión en la hermenéutica de Heidegger. *Esc Anna Nery*, 23(4): e20190059. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/ean/a/y6JjfgRX6Q8vkNrrYdSLpWg/?format=pdf&lang=es>
- González, J., & Rodríguez, M. (2003). La gratitud: una cualidad natural. *Revista Latinoamericana*



- de Psicopatología Fundamental*, VI(4),54-67. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233018039005>
- González, A., Montalvo, A., & Herrera, A. (2017). Comodidad de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo e intermedio. *Enfermería Global*, 16(45), 266-294. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.1.260101>
- Kempfer, S., Prado, L., Sebold, L., Balbinot, J., & Girondi, R. (2015). A hermenêutica heideggeriana como fonte de dados em um estudo fenomenológico. *Atas CIAIQ 2015. Investigação Qualitativa em Saúde*, 1: 108-12. Recuperado de: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/viewFile/25/24>
- Kolcaba, K., & Kolcaba, R. (1991). An analysis of the concept of comfort. *J Adv Nurs*, 16(11):1301-10. Recuperado de: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01558.x>
- Lima-Rodríguez, J., Guerra-Martin, M., Domínguez-Sánchez, I., & Lima-Serrano, M. (2015). Respuesta del enfermo alcohólico ante su enfermedad: Perspectivas de pacientes y familiares. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 23(6):1165-72. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0516.2662>
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3),613-9. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63023334008>
- Merighi, M. (2011). *Investigación Fenomenológica en Enfermería*. Escuela de Enfermería USP Brasil.
- Moreno, S. (2014). La entrevista fenomenológica: Una propuesta para la investigación en psicología y psicoterapia. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, XX(1),71-6. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=357733920009>
- Muñoz, E. (2007). Heidegger y la pregunta por el hombre. *Veritas. Revista de Filosofía y Teología*, II(16),91-105. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=291122943006>
- Ortiz, C. (2003). Dimensión del servicio de enfermería. *Invest Educ Enferm*, 21(1): 86-95. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105217879009.pdf>
- Raile, M. (2018). *Modelos y Teorías de Enfermería*. 9na ed. Barcelona: Elsevier.
- Ramírez-Pérez, M., Cárdenas-Jiménez, M., & Rodríguez-Jiménez, S. (2018). El Dasein de los cuidados desde la fenomenología hermenéutica de Martín Heidegger. *Enfermería Universitaria*, 12(3). Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.07.003>
- Reluz, F., Cervera, M., & Taboada, L. (2020). *Persona y formación Universitaria*. Grupo expresión SRL, Chiclayo Perú.
- Sánchez-Solís, A., & de San Jorge, X. (2018). Experiencias del personal de enfermería con pacientes hospitalizados por abuso de alcohol. *Enfermería Universitaria*, 14(1). Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.12.001>
- Saunders, C. (2011). *Velad conmigo. Inspiración para una vida en cuidados paliativos*. Houston, EEUU/Barcelona, España: IAHPC Press, Obra Social "la Caixa".
- Simões, Â., & Sapeta, P. (2019). Conceito de dignidade na enfermagem: análise teórica da ética do cuidado. *Rev Bioét*, 27(2):244-52. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/HTPhyJcwKYNDmygFFxDKVVM/?lang=pt>
- Vargas, I. (2012). La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos. *Revista Calidad en la Educación Superior*, 3 (1): 119-139. Recuperado de: <http://investiga.uned.ac.cr/revistas/index.php/revistacalidad/article/view/436/331>
- Vasconcelos, S., Menezes, P., Ribeiro, M., & Heitman, E. (2021). Rigor científico y ciencia abierta: desafíos éticos y metodológicos en la investigación cualitativa. *SciELO en Perspectiva*. Recuperado de: <https://blog.scielo.org/es/2021/02/05/rigor-cientifico-y-ciencia-abierta-desafios-eticos-y-metodologicos-en-la-investigacion-cualitativa/>

# La psiquiatría del primer franquismo: una historia del olvido de la salud mental

*The psychiatry of the first Franco regime:  
a history of the forgetfulness of mental health*

A psiquiatria do primeiro regime franquista:  
uma história do esquecimento da saúde mental

NOELIA VALIÑO VÁZQUEZ

**Noelia Valiño Vázquez**

Universidade de Santiago de Compostela.  
España.

[noelia.valino.vazquez@usc.es](mailto:noelia.valino.vazquez@usc.es)

<https://orcid.org/0000-0003-3677-2873>

**Fecha recepción:** 09/12/2023

**Fecha aceptación:** 27/02/2024

**Financiación:** Este trabajo no ha recibido financiación.

**Conflicto de intereses:** La autora declara no tener conflicto de intereses.



**Licencia:** Este trabajo se comparte bajo la licencia de Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons (CC BY-NC-SA 4.0): <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

© 2024 Noelia Valiño Vázquez

## Resumen:

En esta investigación presentamos una aproximación al cambio de mentalidad respecto a la enfermedad mental propugnada desde las obras de psiquiatras del primer franquismo como Antonio Vallejo-Nágera o Juan José López Ibor. Sus ideas, publicaciones e investigaciones ofrecieron al régimen la posibilidad de modificar las listas de internos e internas de las instituciones psiquiátricas del momento, cuyas camas comenzaron a ser ocupadas por personas procedentes de las cárceles, los hospitales militares o las calles, con el fin de someterlas a tratamientos y medicaciones para modificar unos comportamientos y actitudes señaladas por el saber psiquiátrico franquista como apartadas de lo “correcto” y “normal”.

**Palabras Clave:** Primer franquismo; enfermedad mental; psiquiatras; represión.

## Abstract:

In this research we present an approach to the change of mentality regarding mental illness advocated in the works of early Francoist psychiatrists such as Antonio Vallejo-Nágera or Juan José López Ibor. Their ideas, publications and research offered the regime the possibility of modifying the lists of inmates of the psychiatric institutions of the time, whose beds began to be occupied by people from prisons, military hospitals or the streets, with the aim of subjecting them to treatments and medications to modify behaviors and attitudes identified by Franco's psychiatric knowledge as being far from “correct” and “normal”.

**Keywords:** First Franco regime; mental illness; psychiatrists; repression.

**Citación:** Valiño Vázquez, N. (2024). La psiquiatría del primer franquismo: una historia del olvido de la salud mental. *Cultura de los Cuidados*, (68), 153–164. <https://doi.org/10.14198/cuid.26355>



### **Resumo:**

Nesta investigação, apresentamos uma abordagem à mudança de mentalidade relativamente à doença mental defendida nas obras dos primeiros psiquiatras franquistas, como Antonio Vallejo-Nágera e Juan José López Ibor. As suas ideias, publicações e investigações ofereceram ao regime a possibilidade de modificar as listas de internamento das instituições psiquiátricas da época, cujas camas passaram a ser ocupadas por pessoas provenientes das prisões, dos hospitais militares ou das ruas, com o objetivo de as submeter a tratamento e medicação para modificar comportamentos e atitudes que o saber psiquiátrico franquista considerava longe de serem “correctos” e “normais”.

**Palavras-chave:** Primeiro franquismo; doença mental; psiquiatras; repressão.

## INTRODUCCIÓN

La asistencia a los pacientes afectados por patologías mentales sufrió diversos cambios a lo largo de la historia. Recordemos por un momento los debates e implicaciones que supusieron en la práctica psiquiátrica los principios defendidos por el tratamiento moral desde el siglo XVIII, la liberación de las cadenas en Bicêtre protagonizada por Pinel o movimientos como la antipsiquiatría. En este camino, una característica fundamental fue el surgimiento de una estrecha relación entre psiquiatría y poder, que no tardaría en convertirse en colaboración, pues todo sistema establecido tuvo siempre muy presente las oportunidades ofrecidas por la medicina para luchar contra aquellos individuos que presentaban conductas rebeldes, indisciplinadas o disidentes (Foucault, 2005). Múltiples son los ejemplos que podríamos aportar a este respecto, pero a título ilustrativo llega con recordar la Ley de esterilización forzosa de 1933 o el Programa Aktion T4, que permitieron a la Alemania nazi esterilizar y exterminar a muchas personas que, en base a sus concepciones, no estaban capacitadas para afrontar adecuadamente los retos de la vida (González, 1978). En España, es el ámbito psiquiátrico el que nos brinda las posibilidades más prolíficas para analizar esta convivencia entre medicina y poder, pero es obligatorio remontarse al 17 de julio de 1936.

Desde los inicios de la Guerra Civil, la psiquiatría del Bando Sublevado orientó sus esfuerzos a una tarea que quedó finalmente consolidada con la victoria bélica, la conversión del psiquiátrico en un espacio “cuasi carcelario”. Lógicamente, para conseguir esta conversión fue necesario llevar a cabo una relectura del concepto de enfermedad mental y de los pacientes que a partir de entonces poblaron los múltiples establecimientos psiquiátricos repartidos por toda España. Se erigía así una psiquiatría cuyo principio más novedoso fue: “[...] su entrega total a la causa política del franquismo y la propuesta de una represión, revestida de ropajes científicos, sin contemplaciones” (Campos, 2021). Así, los psiquiatras franquistas focalizaron sus esfuerzos en la manipulación de conceptos científicos para crear un sustento psiquiátrico que auspiciara toda la labor represiva llevada a cabo en contra del enemigo ideológico (Campos, 2014) y, obviamente, dentro de esta tarea se encontraba la necesidad de modificar la visión hacia la enfermedad mental y el sujeto que la padece. Se llenaron entonces las páginas de los libros de psiquiatría de concepciones como la degeneración de la raza, el carácter auténticamente español, el “gen rojo” o la Hispanidad. Concepciones a las que les dedicaremos las siguientes páginas de este artículo.

## METODOLOGÍA

Abordar la psiquiatría durante la dictadura franquista implica trabajar previamente con tres fuentes de información diferentes. En primer lugar, el pilar fundamental de este artículo se encuentra en las obras escritas por los principales psiquiatras de este período. Este vaciado bibliográfico no se circunscribió exclusivamente a estas obras, sino que también fue necesario estudiar en detalle las producciones de grandes personalidades de la psiquiatría del período republicano y bélico, a fin de tomar conciencia del profundo cambio acaecido entre las filas de los partidarios del Bando Sublevado, así como los análisis realizados en esta materia por grandes estudiosos como Rafael Huertas o Ricardo Campos, que nos ofrecen una interpretación científica e histórica de esos tres períodos.

En segundo lugar, la documentación custodiada en los archivos, que nos blindó la posibilidad de aproximarnos a la realidad psiquiátrica del franquismo a partir de la prensa de la época o los informes clínicos creados por instituciones psiquiátricas como el psiquiátrico de Conxo (Santiago de Compostela) o el de San Rafael (Castro de Rei, Lugo). Del trabajo con estas fuentes obtuvimos la posibilidad de “entrar” en las instituciones psiquiátricas del momento, y comprobar que las ideas difundidas por psiquiatras como Antonio Vallejo-Nágera o Juan José López Ibor penetraban y determinaban importantes procesos clínicos como el internamiento, el diagnóstico, el cuidado o la asistencia a los pacientes. También nos proporcionaron varias imágenes sobre la proyección que la propia psiquiatría del franquismo ofrecía de sí misma a la sociedad. Los médicos de los psiquiátricos de este período eran conscientes de la importancia de esta labor divulgativa, precisamente por esto, a finales de 1939, Portela Pardo y Álvarez Coira, ambos médicos en el psiquiátrico de Conxo, iniciaban su artículo señalando: “Lejos de pretender publicar un trabajo puramente científico, que solo sirviese para profesionales, intentamos ofrecer estas líneas de divulgación sobre un aspecto esencial en la vida del enfermo psíquico” (*El Correo Gallego*, 1939).

El último aporte de información provino de la historia oral, orientada a extraer de la memoria de diferentes trabajadoras del psiquiátrico de Conxo, la percepción y los recuerdos que guardan de las tareas que realizaban en esta institución durante el franquismo, así como las principales claves de la asistencia psiquiátrica que proporcionaban a los pacientes.

## RESULTADOS

Las poblaciones que sucesivamente quedaron bajo el mando del Bando Sublevado en la Guerra Civil fueron sometidas a un ambiente represor, violento y hostil, en el que la preocupación por las mentes no tuvo cabida en las órdenes emitidas por las nuevas autoridades. Su respuesta al tema de la salud mental no solo consistió en la ausencia de medidas a adoptar, sino también en el sometimiento de la psiquiatría a la ideología que se iba imponiendo en los campos de batalla. En consecuencia, prestigiosos psiquiatras de la España posbélica como Antonio Vallejo-Nágera o Juan José López Ibor, sacaron a la luz obras en las que negaban la influencia dañina para la mente de las duras condiciones de vida y subsistencia que la población española atravesaba desde los inicios del golpe de Estado, especialmente, de las personas que combatían en los frentes. Juan José López Ibor explicaba en 1939 esta resistencia de la siguiente manera: “Ante el hecho antes citado de la escasez y simplicidad de las reacciones psicógenas en nuestra guerra no cabe duda de que en ello deben influir factores raciales y sociales. Por mi parte, tengo la firme persuasión de que aquella frase de «la reserva espiritual de los españoles» no es un mito. Hay algo en ellos que les mantiene enhiestos en circunstancias adversas. Quizás las condiciones biológicas propias –raza–, quizás su propia estructura individual, aquel «eje diamantino» de que hablaba Ganivet. [...] El ambiente espiritual de la guerra española hallábase cargado de valoraciones positivas. Hubo cierta exaltación de sentimiento de comunidad en los combatientes y en la retaguardia. El tono heroico fue uno de los factores que inhibieron la aparición de neurosis” (López, 1939).

Estos especialistas coincidían además en la creencia de que, una vez finalizado en conflicto bélico y asentadas en todo el país la norma y la moral del Movimiento Nacional, se asistiría a un descenso tanto del número de padecimientos psíquicos como de ingresos psiquiátricos. Una afirmación motivada fundamentalmente por su certeza de que de la mano de todo lo relacionado con el republicanismo, el marxismo, el comunismo, etc., viajaba un gran número de desórdenes mentales y conductuales, por lo que, la victoria nacional en la contienda terminaría no solo con el aparato político y social establecido por la etapa republicana, sino también con las alteraciones y problemas a los que daba lugar (González, 1978).

Contrariamente a lo preconizado por estos psiquiatras, en los últimos años varias investigaciones inciden en la frecuencia del surgimiento de trastornos mentales, sobre todo las neurosis y psicosis de guerra, entre los combatientes de la Guerra Civil. Lógicamente, los psiquiatras del Bando Sublevado tuvieron que hacer frente a estos casos, pero las respuestas que les proporcionaron fueron totalmente diferentes a las de la España republicana. Así, la Segunda República aumentó los dispositivos asistenciales, erigiendo en cada frente una unidad y hospital psiquiátrico, en los que, siguiendo las órdenes de Emilio Mira y López, se procuraba la reincorporación del soldado a su unidad militar mediante la práctica de juegos, deportes de competición, lucha, ejercicios físicos cooperativos o la participación en debates y discusiones sobre problemas de moral y de marcha de la guerra (Sáiz, Martínez-Simón, Pastrana, Sáiz, Balltondre, et. al., 2003). En cambio, los especialistas del bando opuesto, empeñados en mantener su negación, centraron sus esfuerzos en la simulación, es decir, interpretaron a la mayoría de los pacientes que llegaban a los hospitales como simuladores que fingían sufrir trastornos mentales para eludir sus obligaciones en los frentes de guerra. Reforzaron esta teoría incidiendo en las taras hereditarias, la cobardía o el miedo de estas personas (Comelles, 1988).

Finalizada la contienda, afloraron muchos de los traumas y presiones mentales que toda la población mantuviera escondida desde el estallido del golpe, contribuyendo al incremento de los internamientos psiquiátricos. Los trastornos y patologías de los excombatientes se trataron siguiendo las mismas pautas establecidas por los psiquiatras durante el conflicto, de tal manera que muchos de ellos fueron enviados a Hospitales Militares y psiquiátricos para ser sometidos a observación (González, 1978). La documentación de los archivos consultados ofrece muchos ejemplos a este respecto, como el de Luis, que ingresa en el psiquiátrico de Conxo el 14 de octubre de 1939 para observación, a fin de determinar la relación que pudiera existir entre sus alteraciones (mareos, trastornos nerviosos, taquicardia, irritabilidad, ideas de suicidio, tristeza y alcoholismo) y un balazo recibido en la Guerra Civil (Historia Clínica 4720, AG).

Al grupo de los excombatientes debemos sumar el de la población en general, integrado por personas que en plena posguerra sufrieron alteraciones psíquicas cuyo origen se encontraba estrechamente relacionado con la Guerra Civil y la dictadura. Consecuentemente, en los archivos de los psiquiátricos de Conxo y San Rafael hemos hallado un gran número de historias clínicas en las que quedaron reflejados los efectos ocasionados en las mentes de muchos hombres y mujeres diferentes situaciones como: las difíciles situaciones higiénicas y alimentarias impuestas por la carencia de la posguerra;

las vivencias de la contienda; la asimilación de la pérdida de un familiar; o la adicción a la morfina, la cocaína o el alcohol (Fondo del Hospital Psiquiátrico de Conxo, AG; Fondo del Hospital Psiquiátrico de San Rafael, ADPL). Más ilustrativo resulta el siguiente fragmento, en el que Eduardo de Guzmán, escritor y director del periódico *Castilla Libre*, refleja el surgimiento de trastornos psíquicos entre sus compañeros durante su reclusión en el campo de concentración de “Los almendros” (Alicante): “[...] Se repite el doloroso espectáculo, acentuado a medida que pasan las horas y los días. Ahora debe haber ya doscientos o trescientos orantes sueltos entre nosotros. Son, en general, pacíficos y no se meten con nadie. Aparte de unos cuantos napoleones, abundan los oráculos que profetizan los más trágicos acontecimientos; los pacifistas que proclaman su amor a todos los seres humanos y los que creen haberse convertido en animales de las más variadas especies, y cantan, aúllan e incluso muerden [...] para seguir viviendo, necesitan negar la espantable realidad que tienen ante los ojos y escapar de ella por la puerta de la locura” (Guzmán, 1974).

En lugar de preocuparse por el incremento de internamientos psiquiátricos que se estaba produciendo en todo el país, los psiquiatras franquistas centraron sus esfuerzos en la liberación de España de todas aquellas personas que eran partidarias del gobierno republicano, que lo habían apoyado durante la contienda o, simplemente, que no simpatizaban con su ideología. Se transformó entonces la psiquiatría en un instrumento de legitimización del poder del nuevo régimen y de la labor represiva que llevaba a cabo. A partir de varias “argumentaciones científicas” estos psiquiatras se encargaron de confeccionar una imagen de los oponentes como: “[...] seres infrahumanos, gente sucia, repugnante, degenerada y pestilente, escoria depravada, alimañas, rameras y criminales” (Baquero, 2019).

De todos estos “esfuerzos patrióticos” los más destacados fueron las “investigaciones” realizadas por Antonio Vallejo-Nágera. Ocupando el cargo de Jefe de los Servicios Psiquiátricos Militares durante la Guerra Civil, puso en marcha su primer estudio, en el que pretendía “demostrar científicamente”: “[...] las relaciones que puedan existir entre las cualidades biopsíquicas del sujeto y el fanatismo político democrático-comunista”. Este proyecto fue desarrollado en el Gabinete de Investigaciones Psicológicas, creado por Francisco Franco el 23 de agosto de 1938, a partir del estudio con un grupo de combatientes internacionales encarcelados en el Campo de Concentración de San Pedro de Cardena (Burgos), y 50 mujeres que cumplían condena en la cárcel de Málaga (Vallejo-Nágera, 1938c).

Tras someter tanto a los brigadistas internacionales como a las mujeres a una serie de pruebas (test de Neymann-Kohlstedt y R. Marston-Mira; esquema numérico II de Kretschmer y método de Yerkes) para determinar su coeficiente intelectual, sus hábitos sexuales, su actividad moral o su personalidad, entre diciembre de 1938 y octubre de 1939 Vallejo-Nágera publica un total de seis informes en las revistas *Semana Médica Española* y *Revista Española de Medicina y Cirugía de Guerra*, en los que da a conocer los resultados obtenidos en la investigación. En el caso de los brigadistas, que contaron con un total de cinco artículos, uno por cada grupo internacional estudiado (hispano-americanos, británicos, ingleses, portugueses y norteamericanos), deduce que éstos contaban con algún tipo de deficiencia o enfermedad mental, adscribiéndose al marxismo y comunismo gracias

a la propaganda de folletos y prensa, pero sin llegar a comprender completamente la doctrina que defendían y: “[...] por la que luchan hasta perder la vida” (Vallejo-Nágera, 1938c). En cuanto a las presas políticas, señala que la mayor parte de estas mujeres contaban con un temperamento degenerativo, y su militancia en el movimiento revolucionario provenía del resentimiento y fracaso social, que las empujaba a cometer actos verdaderamente crueles, llegando incluso a realizar prácticas de necrofagia con los cadáveres del Bando Sublevado (Vallejo-Nágera y Martínez, 1939). En ambos casos Vallejo-Nágera idea una concepción del marxista como: “[...] un sujeto con características psicológicas innatas de carácter degenerado e inferior que, dadas determinadas circunstancias, se convertía en un psicópata fanático” (González, 2019).

Estas “investigaciones” fueron fundamentales en el panorama psiquiátrico del franquismo, pues desde antes del final de la contienda, “demostraban científicamente” la asociación existente entre degeneración y marxismo, por eso la prensa de la época no tardó en resaltar ante la sociedad su relevancia. Así, por ejemplo, en *La Región* del 22 de diciembre de 1938 podemos leer: “Claro está que la ideología marxista constituye por sí misma, a nuestro juicio, un síntoma de degeneración, y que una investigación de esta clase sirve principalmente para establecer su concomitancia con otros síntomas. Nuestro aplauso al Doctor Vallejo Nágera por su valiosa contribución a este problema” (*La Región*, 1938). También sirvieron como impulso investigador para otros psiquiatras de la España franquista, que rápidamente se subieron al tren puesto en marcha por Vallejo-Nágera para completar y reforzar sus conclusiones. Uno de estos fue Francisco Marco Merenciano, que incidió con más dureza en el papel representado por el rencor y el resentimiento en el encuadramiento marxismo y en la movilización revolucionaria, considerando a estos sujetos como auténticos enfermos a los que urgía aplicar un tratamiento que implicaba en muchos casos su segregación en psiquiátricos, cárceles, campos de trabajo... (Marco, 1958).

Otra de las preocupaciones de los psiquiatras durante el primer franquismo fue la degeneración de la raza española. Utilizando el esquema conceptual de la eugenesia positiva y las lecciones del psiquiatra alemán Ernst Kretschmer, desarrollaron estudios en los que ponían de manifiesto las causas de la degeneración de la sociedad española, y las medidas a adoptar para conseguir una sociedad “limpia” de seres degenerados.

En el cumplimiento de esta misión, estos psiquiatras recurrían con mucha frecuencia a una asociación entre degeneración de la raza e Hispanidad. Así, Antonio Vallejo-Nágera defendía un concepto de raza plasmado en la idea de Hispanidad, por lo que consideraba que todas las medidas a adoptar debían encaminar a España hacia la recuperación de los valores de los siglos XV y XVI, es decir, a una España caballeresca fundamentada en la aristocracia, la religión católica, el patriotismo y la responsabilidad moral. Frente a estos, la degeneración de los españoles tenía su origen en el ambiente, y en lo que él denominaba “complejos psicoafectivos”, esto es, el resentimiento, el rencor, la inferioridad, la venganza, etc. (Vallejo-Nágera, 1938b). Por todo esto, su propuesta eugenésica estaba encauzada a multiplicar a aquellos individuos más selectos de la población, en detrimento de los más débiles, identificados con los enemigos políticos. Esto se lograría con una regeneración del medio ambiente mediante: la imposición del patriotismo y la religión; el consejo prematrimonial; la militarización de todos los ámbitos sociales (teatro, universidad,



escuela...); o la creación de un Cuerpo de Inquisidores encargados de luchar contra la difusión de las ideas antipatrióticas, la corrupción de los valores hispánicos, las ideas extranjeras... (Vallejo-Nágera, 1937).

Para Juan José López Ibor la Hispanidad constituía una forma de vida caracterizada por el patriotismo y la religiosidad (López, 1969). Para alcanzar estos principios, defendía la recuperación del antiguo Imperio, adoptando la sociedad española una forma de vida basada en el mundo religioso, además de considerar que tanto la cultura como la psiquiatría surgida tras la victoria sublevada deberían estar impregnadas de contenidos religiosos. Añadía este psiquiatra que, teniendo en cuenta las huellas dejadas por las invasiones sufridas, una vez restablecido el “verdadero espíritu español”, era imprescindible resguardarlo y aumentarlo evitando la penetración en la Patria de cualquier idea contaminante que pudiera provenir del exterior, y apartar de la sociedad a aquellas personas vinculadas a las mismas (López, 1964).

Francisco Marco Merenciano escribía en 1942: “[...] Sepamos, pues, los médicos que en esta labor tan trascendente de higienización de nuestra raza no podemos separar un momento los ojos de Dios, y todo lo hemos de hacer por España”. De estas palabras se deduce que su propuesta eugenésica estaba guiada por principios religiosos, por eso recomendaba contrarrestar la degeneración con una correcta educación sexual del varón, a fin de capacitarle para rechazar a toda mujer que no estuviera “sana” (Marco, 1958).

De estas teorías se deduce que estos psiquiatras estaban plenamente convencidos de la propagación de la degeneración por transmisión hereditaria. En consecuencia, durante el período franquista los psiquiatras se convirtieron en una especie de “agentes” o “policías” encargados de buscar entre la sociedad a aquellos individuos o familias que portaban genes contaminantes. El método para hacerlo fue conceder una gran importancia a los antecedentes familiares de los/as pacientes, lo que ha plagado las historias clínicas de los hospitales psiquiátricos de anotaciones referidas a enfermedades, comportamientos o actitudes no normalizadas (sífilis, alcoholismo, suicidio...). Los expedientes de instituciones como la de Conxo o la de San Rafael, nos ofrecen varios ejemplos a este respecto: “Ambos padres sífilíticos” (Historia Clínica 5004, AG); “Ha tenido un pariente [...], fallecido en la Prisión de Pontevedra en donde estaba recluido como loco” (Historia Clínica 5183, AG); “Por parte paterna existen familiares muy lejanos que son enfermos mentales, uno de ellos se suicidó pegándose un tiro hace 15 días” (Historia Clínica 6367, AG); o “[...] se trata de una individuo con una degeneración muy próxima al idiotismo” (Historia Clínica 39, ADPL).

Entre todas las taras hereditarias analizadas por los especialistas de esta época, va a ocupar un espacio peculiar el enfermo mental, pues durante el franquismo era considerado: “[...] una especie de enemigo público [...] un ser peligroso que puede «contaminar», a través de su descendencia, a una buena parte de la sociedad del futuro, aumentando el número de anormales” (González, 1978). En consecuencia, durante la dictadura fueron segregados en instituciones psiquiátricas, privándolos de la posibilidad de relacionarse, contraer matrimonio o reproducirse.

Estas investigaciones fueron quedando atrás a medida que el régimen se distanciaba de su fase autárquica y se aproximaba al desarrollismo, pero dejaron huella en la práctica

psiquiátrica, por eso los psiquiátricos continuaron siendo durante varias décadas espacios de (anti)cuidado y desatención de la salud mental, integrados por: directores más preocupados por su prestigio que por su profesión; un reducido personal médico y sanitario sobrepasado por el excesivo número de personas que debían asistir en su jornada laboral; y un grupo de religiosas para las que “Era más importante ir a misa que cuidar a los enfermos”, tal como nos indicaba en una entrevista N., antigua auxiliar de enfermería del psiquiátrico de Conxo. Además, la enfermedad mental era contrarrestada con tratamientos como el insulínico o el electroshock, siendo este último “vivido por los pacientes como un castigo”, ya que en este período era administrado sin ningún tipo de anestesia, sujetando con fuerza al paciente mientras se le aplicaban las descargas eléctricas, y colocando una almohada en la espalda para evitar fracturas. Algunas personalidades de la época no dudaron en manifestar sus dudas sobre su aplicación y efecto benefactor para los pacientes psiquiátricos. Una de estas fue el escritor y periodista Emilio Carrere, que escribía en *El Compostelano*: “Parece ser que con el bombardeo del «electroshock» y la ofensiva tóxica en inyecciones se trata de anular la personalidad, haciendo perder la memoria y, con ella juntamente, los delirios y los disparates. Pero el problema está en proporcionar al ex loco, y después probablemente tonto, una nueva individualidad [...] ¿Y cómo pueden los psiquiatras realizar este divino prodigio?” (*El Compostelano*, 1944). Finalmente, estos pacientes estaban totalmente despojados de su identidad, memoria y recuerdos, pues tras cruzar las puertas de los psiquiátricos: “Le quitaban su propia personalidad, [...] las joyas y todo” (Entrevista con N.).

## CONCLUSIONES

En este estudio hemos tratado de ilustrar una de las principales características de la psiquiatría de la dictadura franquista, el olvido de la salud mental. Este olvido la acompañó a lo largo de sus casi 40 años, y se fue manifestando tanto en la producción académica que los principales psiquiatras del momento sacaban a la luz, como en las prácticas llevadas a cabo en los diferentes psiquiátricos repartidos por toda España.

Para comprender esta característica es imprescindible naufragar entre las páginas de las obras realizadas por psiquiatras prestigiosos como Antonio Vallejo-Nágera o Juan José López Ibor, donde ponían de manifiesto sus investigaciones sobre el transcurso de la Guerra Civil; la relación entre marxismo y enfermedad mental; o la degeneración e Hispanidad. De la conjugación de todas estas ideas se comprende la estrecha colaboración reinante durante la dictadura entre psiquiatría y poder político, una colaboración que hizo posible transformar la asistencia proporcionada a los pacientes psiquiátricos, dejando atrás el proceso de mejora iniciado durante el período republicano para desembocar en una psiquiatría plenamente amoldada a los intereses del régimen.

## FUENTES PRIMARIAS

### *Archivos consultados*

Archivo de Galicia (AG), Fondo del Hospital Psiquiátrico de Conxo.

Archivo de la Diputación Provincial de Lugo (ADPL), Fondo del Hospital Psiquiátrico de San Rafael.

## FUENTES ORALES

Entrevistas a N.; J. y M. H.

## FUENTES PERIODÍSTICAS

CARRERE, E. (12 de mayo de 1944). El electrochoc, arma secreta. *El Compostelano*, p. 4.  
El Doctor Vallejo Nágera y el Asesor Quirúrgico de la Inspección General de Sanidad hablan para los lectores de “El Ideal Gallego” (11 de septiembre de 1938). *El Ideal Gallego*, p. 2.

Marxismo y psiquiatría (22 de diciembre de 1938). *La Región*, p. 2.

PORTELA, R., y ÁLVAREZ, A. (31 de diciembre de 1939). El trabajo en el enfermo mental. *El Correo Gallego*, p. 5.

RODRÍGUEZ, A. (3 de julio de 1952). Reseña histórica del Monasterio de Santa María de Conjo, hoy primer centro psiquiátrico de Galicia. *El Correo Gallego*, p. 3.

## BIBLIOGRAFÍA

Baquero, J. M. (2019). *El país de la desmemoria: del genocidio franquista al silencio interminable*. Barcelona: Roca.

Campos, R. (2014). Psiquiatría, raza y represión en el primer franquismo: Antonio Vallejo Nágera. *En Los intelectuales y la dictadura franquista. Cultura y poder en España de 1939 a 1975* (pp. 19-45). Madrid: Pablo Iglesias.

Campos, R. (2016). Autoritarismo y eugenesia punitiva: higiene racial y nacionalcatolicismo en el franquismo, 1936-1945. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 23, 131-147. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702016000500008>

Campos, R. (2021). *La sombra de la sospecha: peligrosidad, psiquiatría y derecho en España (siglos XIX y XX)*. Fuencarral: Catarata.

Comelles, J. M. (1988). *La razón y la sinrazón: asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España contemporánea*. Barcelona: Print.

Dualde, F. (2004). La profilaxis de la enfermedad mental en la psiquiatría Franquista: Esquizofrenia, Eugenesia y Consejo Matrimonial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 24(92), 131-164.

Foucault, M. (1999). *Estrategias de poder*. Barcelona: Paidós.

- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico: curso en el Collège de France (1973-1974)*. México: Fondo de Cultura Económica.
- García, R. (1995). *Historia de una ruptura. El ayer y el hoy de la psiquiatría española*. Barcelona: Virus.
- González, Á. (2019). Sobre el conocimiento científico en tiempos de dictadura: el saber psiquiátrico durante el franquismo. *En Salud, enfermedad y medicina en el franquismo* (pp. 19-41). Madrid: Catarata.
- González, E. (1978). *Psiquiatría y sociedad autoritaria: España 1939-1975*. Madrid: Akal.
- González, E. (2003). *El Miedo en la posguerra. Franco y la España derrotada: la política del exterminio*. Madrid: Obreron.
- González, E. (2008). *Los psiquiatras de Franco: los rojos no estaban locos*. Barcelona: Península.
- González, E. (2021). *Historia de la locura en España*. Madrid: Siglo XXI.
- Guzmán, E. (1974). *El año de la victoria. Memoria de la Guerra Civil española 1936-39*. Madrid: G. del Toro.
- Huertas, R. (2017). En los inicios de la psiquiatría franquista. El Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría (Barcelona, 1942). *Dynamis*, 37(1), 23-43. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-95362017000100002>
- Huertas, R., y Ortiz, C. (eds.). (1998). *Ciencia y fascismo*. Madrid: Doce Calles.
- López, J. J. (1939). Experiencias psiquiátricas de guerra. *Revista Española de Medicina y Cirugía de Guerra*, 5, 82-101.
- López, J. J. (1964). *Discurso a los universitarios españoles*. Madrid: Rialp.
- López, J. J. (1968). *Rasgos neuróticos del mundo contemporáneo*. Madrid: Cultura Hispánica.
- López, J. J. (1969). *El español y su complejo de inferioridad*. Madrid: Rialp.
- Marco, F. (1958). *Ensayos médicos y literarios: antología*. Madrid: Ediciones Cultura Hispánica.
- Sáiz, M., Martínez-Simón, S., Pastrana, G., Sáiz, D., Balltandre, M. (et. al.). (2003). La psicología en la guerra civil española: un análisis global para su comprensión. *Revista de historia de la psicología*, 24(3-4), 497-516.
- Vallejo-Nágera, A. (1937). *Eugenesia de la Hispanidad y regeneración de la raza*, Burgos: Editorial Española.
- Vallejo-Nágera, A. (1938a). *Divagaciones intrascendentes*. Valladolid: Talleres Tipográficos.
- Vallejo-Nágera, A. (1938b). *El factor común en la España nueva*. Burgos: Federación de Amigos de la Enseñanza.
- Vallejo-Nágera, A. (1938c). "Psiquismo del Fanatismo marxista". *Semana Médica Española*, 6, 172-180.
- Vallejo-Nágera, A. (1939a). Biopsiquismo del fanatismo marxista. Investigaciones biopsicológicas en prisioneros internacionales. Grupo de internacionales norteamericanos. *Revista Española de Medicina y Cirugía de Guerra*, 5, 30-44.
- Vallejo-Nágera, A. (1939b). *La locura y la guerra: psicopatología de la guerra española*. Valladolid: Librería Santarén.
- Vallejo-Nágera, A. (1939c). Psiquismo del Fanatismo marxista. Investigaciones biopsicológicas en prisioneros internacionales. Grupo internacionales británicos. *Revista Española de Medicina y Cirugía de Guerra*, 14, 299-308.
- Vallejo-Nágera, A. (1939d). Psiquismo del Fanatismo marxista. Investigaciones biopsicológicas en prisioneros internacionales. Grupo internacionales ingleses. *Revista Española de Medicina y Cirugía de Guerra*, 12, 132-143.

- Vallejo-Nágera, A. (1939e). Psiquismo del Fanatismo marxista. Investigaciones biopsicológicas en prisioneros internacionales. Grupo internacionales portugueses. *Revista Española de Medicina y Cirugía de Guerra*, 11, 53-58.
- Vallejo-Nágera, A., y Martínez, E. M. (1939). Psiquismo del Fanatismo Marxista. Investigaciones psicológicas en marxistas femeninos delincuentes. *Revista Española de Medicina y Cirugía de Guerra*, 9, 398-413.
- Vinyes, R., Armengou, M., y Belis, R. (2002). *Los niños perdidos del franquismo*. Barcelona: Plaza & Janés.

# La corrupción de la beneficencia en los debates parlamentarios del Trienio Liberal en España (1820-1823)

## *The corruption of charities in the parliamentary debates of the Liberal Triennium in Spain (1820-1823)*

## A corrupção das instituições de caridade nos debates parlamentares do Triênio Liberal na Espanha (1820-1823)

DIEGO JOSÉ FERIA LORENZO, CRISTINA RAMOS COBANO

### Diego José Feria Lorenzo

Universidad de Huelva. España.  
diego.feria@denf.uhu.es  
<https://orcid.org/0000-0001-7961-2066>

### Cristina Ramos Cobano

Universidad de Huelva. España.  
cristina.ramos@dhis2.uhu.es  
<https://orcid.org/0000-0002-6631-4059>

### Contacto principal:

diego.feria@denf.uhu.es

**Fecha recepción:** 05/11/2023

**Fecha aceptación:** 03/02/2024

**Financiación:** Publicación resultado del proyecto de investigación, «Historia Cultural de la corrupción política en España y América Latina (Siglos XIX y XX)». Financiado por la Dirección General de Investigación científica y Técnica del Ministerio de Economía y Competitividad referencia HAR2015-64973-P. Parte de ella fue expuesta en las «XVI Jornadas Interescuelas en Historia» organizadas por el Departamento de Historia, el CEHis y la Facultad de Humanidades de la Universidad Nacional de Mar del Plata (OCA 4857117), Argentina, durante los días 9, 10 y 11 de agosto de 2017.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

### Resumen:

Una de las principales novedades del debate parlamentario de la ley de beneficencia en el Trienio Liberal radicó en las delaciones de irregularidades en la gestión de este tipo de establecimientos. La meta principal de este estudio es analizar dichas denuncias sobre la base de una triple diferenciación: las que apuntan a las irregularidades debidas a una mala gestión de los recursos económicos, las que se refieren a la administración concejil y las que tienen que ver con la dejadez de quienes cuidaban a los menesterosos en tales casas. Los debates parlamentarios del Trienio liberal en la Ley de Beneficencia se constituyen como fuente principal del estudio. Metodológicamente se aborda el análisis de las intervenciones de los diputados que participaron en la elaboración de dicha normativa. Lo extraño en esta época no eran estas irregularidades, asumidas como algo natural, sino el hecho de que fueran denunciadas por los parlamentarios, pues ello evidencia un cambio sustancial en cuanto a la voluntad de controlar la gestión económica de estos establecimientos, así como la responsabilidad de los cuidadores.

**Palabras Clave:** Corrupción; beneficencia; primer liberalismo; Trienio Liberal.

### Abstract:

One of the main novelties in the parliamentary debate of the Charities Act during the Liberal Triennium consisted in denouncing the irregularities committed in such establishments. The main goal of this work is to analyse those denounces according to a triple differentiation: those regarding an irregular management of the economic resources; those concerning the council management; and those relating to



**Licencia:** Este trabajo se comparte bajo la licencia de Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons (CC BY-NC-SA 4.0): <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

© 2024 Diego José Feria Lorenzo, Cristina Ramos Cobano

**Citación:** Feria Lorenzo, D. J., Ramos Cobano, C. (2024). La corrupción de la beneficencia en los debates parlamentarios del Trienio Liberal en España (1820-1823). *Cultura de los Cuidados*, (68), 165–178. <https://doi.org/10.14198/cuid.20257>



ill-treatment in the charity houses. The parliamentary debates of the Liberal Triennium in the Charity Law constitute the main source of the study. Methodologically, the analysis of the interventions of the deputies who participated in the elaboration of said regulations is addressed. Being assumed as natural, such irregularities had never been denounced before by the Members of Parliament, which evidences a substantial change in the will of controlling the economic management of such establishments, as well as the caretakers' behaviour.

**Keywords:** Corruption; charity; first liberalism; Liberal Triennium.

#### **Resumo:**

Uma das principais novidades do debate parlamentar sobre a lei da caridade no Triênio Liberal foram os relatos de irregularidades na gestão desse tipo de estabelecimento. O objetivo principal deste estudo é analisar essas denúncias a partir de uma tripla diferenciação: as que apontam irregularidades por má gestão dos recursos econômicos, as que se referem à gestão do conselho e as que dizem respeito ao descaso de quem cuidava dos necessitados em tais casas. Os debates parlamentares do Triênio Liberal na Lei da Caridade constituem a principal fonte do estudo. Metodologicamente, aborda-se a análise das intervenções dos deputados que participaram da elaboração do referido regulamento. O estranho nessa época não foram essas irregularidades, presumidas como naturais, mas o fato de terem sido denunciadas por parlamentares, pois isso mostra uma mudança substancial em termos da vontade de controlar a gestão econômica desses estabelecimentos, bem como do cuidadores de responsabilidade.

**Palavras-chave:** Corrupção; caridade; primeiro liberalismo; Triênio Liberal.

## INTRODUCCIÓN

Corrupción, del latín *corruptio* significa, alteración de algo, aquel acto que trastorna la función propia y la aleja del objetivo, o de aquella acción para la que, en origen, está orientada u organizada. “En las organizaciones, especialmente en las públicas, práctica consistente en la utilización de las funciones y medios de aquellas en provecho, económico o de otra índole, de sus gestores” (rae 2001). En 1817 ya se hablaba como hoy día de, “vicio o abuso introducido en las cosas no materiales, como corrupción de costumbres, de voces. *Corruptio, depravati*” (rae 1817). La alteración de la función se dirige hacia la obtención de beneficios para otro sujeto distinto al que debería favorecer, y que es para el que en un principio va dirigido, así: engaño, fraude electoral, evasión de impuestos o de capital público o privado, malversación, tráfico de influencias, nepotismo, venta de cargos públicos, robo de la financiación pública o privada de alguna institución benéfica, etc. (Diego Bautista, O. 2005: 49). Aspectos todos que pueden tipificarse dentro del paraguas de la corrupción, y que pueden identificarse en mayor o menor medida en el devenir histórico. Michel Bertrán (2011: 49), analiza la definición del vocablo tanto en Francia como en España, para concluir que ya en época moderna el significado poseía toda la “fuerza retórica de movilización y denuncia, muy especialmente en todos los momentos de luchas por el poder”, y era identificada con las acusaciones del “mal gobierno”. Entre estas definiciones Antoine de Furetière (Bertrán, M. 2011: 49) asimila, entre otras acepciones, la corrupción al pecado. Hacemos estas especificaciones porque en este caso, intentamos acercarnos a la visión de estas irregularidades en los establecimientos de beneficencia en la primera mitad del XIX. Instituciones gestionadas mayoritariamente, desde tiempos inmemoriales, desde la iglesia.

Los elementos utilizados para el análisis de la corrupción en la actualidad pueden no ser de gran utilidad para contemplar las irregularidades que hayan podido producirse en la España de principios del siglo XIX. Aunque, sí podemos encontrar una premisa de partida, que podría ser válida para ambos momentos históricos, la perspectiva ética. Siempre hablaremos de corrupción cuando se abusa de un cargo o responsabilidad a asumir en una institución que, por definición, busca un interés social general para desviarlo hacia uno personal o particular. De ahí que, sería irregular “toda acción en la que el responsable público pone por delante el interés privado sobre el interés general, aunque no incumpla ninguna ley” (Villoria, M. 2013-2014: 161), e incluso si la sociedad en la que está inmersa no ve una situación de corrupción. Sin embargo, si este escenario es denunciado por un sector de población con formación, que inicia un cambio hacia la igualdad social, aunque sea mínimo, tendríamos que hablar de denuncia clara que a ojos de ese grupo se estima como irregular, aunque el resto de la sociedad no lo perciba. Estamos en un momento cronológico en el que se observan cambios en la búsqueda de mayores cotas de igualdad y/o de beneficio social. El Trienio Liberal fue el primer periodo de monarquía parlamentaria en España, tras el constitucional de Cádiz, como contrapartida a los periodos absolutistas anteriores. Aunque no podemos analizar una realidad histórica a ojos de definiciones del presente, sin tener en cuenta la realidad cultural del momento en el que ocurre el hecho del que hablamos. La denuncia de irregularidades en la gestión de los establecimientos de beneficencia en el debate parlamentario de esta ley en el Trienio Liberal se nos antoja que fue un hito. Asistimos a la primera vez que grupos que no pertenecían a los estamentos privilegiados, y aún poderosos, en la progresiva «caída» del absolutismo del Antiguo Régimen, hacían una denuncia de estas características. Aunque el grupo denunciante, los diputados de las Cortes, accedían a estos Parlamentos porque poseían un cierto poder adquisitivo, no pertenecían,



la mayoría de ellos, a los antiguos privilegiados. Las denuncias se justifican por el cambio en el sistema político, se inician los primeros pasos desde el absolutismo, hacia un sistema liberal, que en el caso español se sitúa en el corto periodo del Trienio.

Estas instituciones benéficas (hospitales, orfanatos, casas de maternidad, etc.), estaban gestionadas mayoritariamente, aunque no en su totalidad, por la iglesia católica (Feria Lorenzo, D. J. 2017: 57-90). Así, es necesario destacar la gran importancia y poder social que la iglesia tuvo en la sociedad estamental y la perduración de este en la de principios del XIX. Cuando la corrupción se producía en instituciones que habían funcionado de la misma forma desde la Edad Media, ¿cuál era la visión de esa sociedad? La población en estos momentos, ¿se planteaba las consecuencias de estas irregularidades que de hecho conocían? o, quizás si no existiera, ¿pensaban en los beneficios que podían tener? La postura de los estamentos privilegiados, y que hasta entonces habían tenido un sentido patrimonialista de sus acciones y los territorios que les pertenecían por herencia, sobre estas irregularidades, ¿eran conscientes de ello o por el contrario fueron “cómplices”? Aun así, en el debate parlamentario de la Beneficencia en el Trienio se produce con mucha fuerza por los diputados, a juzgar por la insistencia, una denuncia de corrupción en esos establecimientos. En ese periodo coincidía que se estaba elaborando una ley de sanidad, además de la que nos hacemos eco, con el objetivo de reorganizar los cuidados de salud en el país (Feria Lorenzo, D. J. 2017).

El peso y poder que la iglesia mantenía en la España de este primer liberalismo hacía que fuera prácticamente imposible salirse de la cultura que se había inculcado durante siglos en la sociedad. Por el contrario, ya en 1820 hubo páginas escritas que hablaban de “los abusos que se advierten en la disciplina eclesiástica” como afirma Pablo Lorenzo Largo Carrasco (1820) en el prólogo de su obra. Ros de Medrano (1793: 6-7), por su parte, asegura que, “la abundancia de bienes fue el origen de muchísimos abusos [...]”, de ahí que San Gerónimo decía que, “bajo los Emperadores Cristianos se había hecho la Iglesia más rica, pero menos virtuosa”. En este sentido y con una visión utilitarista del bien de la economía para la sociedad, Juan Sempere en 1822 hace alusión a la obra anterior y explica que por lo poco exactos de algunos hechos relatados se decide ahondar en el tema de su libro, pues añade que:

*“[...] convencido más de la necesidad de alguna mayor instrucción pública sobre los orígenes, progresos y verdaderas causas de las inmensas riquezas del clero español, cuya exorbitancia ha sido una de las que más han influido en el entorpecimiento de la industria nacional,”*(Sempere, J. 1822: p. V del Prólogo).

La libertad de imprenta, recogida en el artículo 371 de la Constitución gaditana de 1812 (Constitución de 1812: 94), en este primer periodo liberal del Trienio, permitió la traducción de obras de temática anticlerical que cubren aspectos prohibidos en la literatura de la época del absolutismo español y que refuerzan, más si cabe, la pérdida de preeminencia social de la iglesia. Nos referimos a las novelas: *La religiosa* (1821) de Denis Diderot; *El confesonario de los penitentes negros* (1821) de Ann Radcliffe; y *El fraile* (1822) de Matthew G. Lewis. Tres obras que llegaron al público español y que han sido tratadas en el artículo firmado por Helena Establier (2012). En esta misma línea, también se ha estudiado por Leandro Higuera (1980), la censura en los libros en esta misma época liberal. Merece la pena citar también el estudio referido a la corrupción económica en el clero, realizado por Lara Ródenas (2019) en la diócesis de Huelva en el Antiguo Régimen, que puede, como afirma el autor, trascender en las prácticas hasta las primeras décadas del XIX.

La corrupción política es una línea de investigación que, actualmente, está interesando ampliamente a muchos investigadores (Burdíel, I. 2018, Bustos Gisbert, R. 2007, Engels, JI. 2019 y 2018). Ya a principios del XIX había escritos sobre la falta de honestidad en el manejo de los fondos públicos, concretamente la crítica al Ayuntamiento de Sevilla de José Ruiz de Luzuriaga (1821). La venta de cargos también ha sido ampliamente tratada en la historiografía española, así como la definición del concepto de venalidad propio de la deficiente economía de la corte española de los siglos modernos por Jiménez Estrella (2012), y Felices de la Fuente (2012) entre otros.

Con esta investigación pretendemos analizar, a través del Diario de Sesiones, esas denuncias en los establecimientos de beneficencia en el Parlamento español en el periodo legislativo del Trienio Liberal. Para ello partiremos de una descripción de la beneficencia y sus establecimientos en la época objeto de estudio, para continuar con estas acusaciones en el periodo de discusión parlamentaria de la ley. Los debates parlamentarios de las Cortes españolas se constituyen en la fuente principal de análisis en este trabajo que presentamos.

## LA BENEFICENCIA Y SUS ESTABLECIMIENTOS A FINALES DE LA MODERNIDAD.

Beneficencia se definía en 1817 (rae) como, “la virtud de hacer bien a otro”; en 1825 (rae), además de la acepción anterior contemplaba, el “conjunto de fundaciones, mandas, establecimientos y demás institutos benéficos y de los servicios gubernativos referentes a ellos, a sus fines y a los haberes y derechos que les pertenecen”. Los establecimientos de beneficencia eran los lugares en los que la población que no disponía de recursos ingresaba para contar con cuidados sanitarios, también había lugares para ancianos, o para huérfanos. Los estamentos privilegiados, nobleza o clero, disponían de una economía holgada y podían pagar los servicios a sanitarios en sus mansiones o palacios desde la Edad Media e incluso con anterioridad a esta.

Con un alto porcentaje de la población incluida dentro de las alas de la pobreza, la sociedad española del setecientos intensificó la creación de instituciones que buscaron paliar sus efectos. Fundaciones que serán de muy diversa procedencia: nobiliarias, reales, de la iglesia, etc. La creación de estos establecimientos se inicia en la Edad Media, posteriormente este tipo de centros serán erigidos por otros individuos y grupos a lo largo de los siglos modernos. La función asistencial y carácter perpetuo de estas entidades, enmarcadas con el título de *piadosas*, exigía la constitución de una renta, de ahí que todos estuvieran en el ámbito del patrimonio de los más adinerados. La preocupación en el más allá y la meta de la *gloria eterna*, cuya consecución aparece garantizada gracias a la Iglesia articulada en el Concilio de Trento, justificaron la realización de obras de caridad (Barrera Aymerich, M. 1990: 116-118).

De entre los diversos establecimientos benéficos *particulares* de la modernidad, la nobleza, poseedora de rentas y suficiente capital, incrementó la creación de lugares para el asentamiento de órdenes religiosas con objetivos que no solamente perseguían la caridad hacia el prójimo. En la mayoría de los casos se revistió precisamente de una clara fachada en la que se apreciaba la búsqueda del bien público, de paliar las carencias de los grupos menos favorecidos y con menos recursos. Atienza López (2010: 240 y ss.), afirma que el alejamiento de los nobles de sus señoríos en favor de la cercanía a la corte no significó que se desentendían de sus asuntos

económicos, muy al contrario, siempre buscaron fórmulas para mantener la continuidad de su presencia en ellos. En este sentido, las fundaciones religiosas en sus territorios permitieron que, a través del clero y de los recursos piadosos y religiosos, siguieran controlando socialmente a la población asentada en sus lugares de origen, o mejor quizás en los de sus mayorazgos. Por tanto, podemos afirmar que estas fundaciones no fueron un hecho generoso y caritativo exclusivamente, significaron la mayoría de las veces también, un instrumento de control y dominación social creado en su propio beneficio. El control efectivo de los pobres e indigentes, sobre todo de los que no eran conocidos, habituales u originarios del lugar, para impedir cualquier tipo de revuelta o insumisión por la búsqueda de unas mejores condiciones sociales y de vida, fue una de las metas de las clases privilegiadas hacia los más humildes. Sin embargo, el analfabetismo y la ausencia de formación jugaban en contra de los más necesitados, hasta el punto de que no se planteaban el cambio social, ya que las diferencias fueron la tónica general desde los inicios de la historia (Sánchez Lora, 2002).

En la sociedad del Antiguo Régimen el imaginario individualista y personal buscaba como fin primordial la salvación del alma. Los adinerados, es decir, las dos castas privilegiadas que mayoritariamente poseían las grandes fortunas en la sociedad estamental cubrían este objetivo a través de la limosna. El pobre conseguía la gloria aceptando con resignación estas dádivas, y por supuesto también, la situación que por nacimiento le había tocado vivir. Y es que culturalmente se aceptaba que era necesaria la existencia de la pobreza para poder poner en marcha la caridad, la igualdad se alcanzaba en la vida que nos esperaba después de la muerte (Carasa Soto, P. 2007: 141 y ss.). La solidaridad caritativa hacia la pobreza en el Antiguo Régimen, con la excepción de no erradicarla, pues era necesario preservar el orden social establecido con la existencia estamental y las marcadas diferencias económicas entre ellos, fue iniciada con las fundaciones reales y nobiliarias bajomedievales. El origen de los recursos era privado, particular, hasta los del rey pertenecían al patronato regio. La organización de la hospitalidad tiene también un respaldo en la segunda mitad del siglo XVI por Felipe II, aunque no fue una empresa que gozó de un triunfo pleno en la Castilla del XVI y el XVII (García Oro, J. y Portela Silva, M. J. 2000). La sociedad barroca asistirá a toda una iniciativa de socorro social en el marco de la caridad, dispuesta en manos de figuras que cuentan con una vida holgada económicamente, pero que no pertenecen a las capas más altas de ese estamento privilegiado e incluso otros que no se incluyen en él. Así hacen su aparición en esa piedad particular hidalgos, vecinos ricos, gremios y cofradías, patronatos de la baja nobleza, etc.

Entre las instituciones o establecimientos encontrados en esta época que se incluían en los que ofrecían la caridad encontramos hospitales para: forasteros; mujeres, hombres o militares enfermos; calenturas y heridos; enfermedad de gálico -sífilis-; convalecientes incurables, tanto masculinos como femeninos; mujeres públicas; para dementes; leprosos; enfermos de tisis; viejos pobres; hospicio de niños o de niñas; para ciegos; etc. (Feria Lorenzo, D. J. 2017: 74 y ss).

El siglo XVIII, y bajo la capa e influencia de la Ilustración, participa de una acción utilitarista de la beneficencia. La crítica hacia la visión ociosa de la caridad, encerrada en la limosna, esgrime argumentos para orientar los recursos hacia la creación de instituciones capaces de encerrar a mendigos y pobres. En ellas se intentará formar a estas personas en oficios útiles a la comunidad para conseguir una reinserción activa y provechosa, tanto para ellas como para el resto de la sociedad. Todavía, en estos momentos finales del Antiguo Régimen, estas iniciativas las tenemos que enmarcar, incluso también, dentro de la acción de eclesiásticos ilustrados, que apuestan por los cambios, y de recursos que proceden de ámbitos particulares (Carasa Soto, P. 2007: 146).

El cambio de siglo no significó que en los inicios del ochocientos se produjeran transformaciones muy acusadas en las instituciones benéficas o hacia los cuidados en salud en un sentido más cercano a la actualidad. Tan solo se dieron tímidos avances en la regulación formativa de las profesiones sanitarias que se orientan a unas mayores competencias y a una diferenciación de funciones más actualizadas en función de los cambios y mejoras que se habían producido con la Ilustración (Feria, Teresa y Guerra, 2018). Hecho que contribuirá progresivamente a unas mayores cotas de calidad en la atención sanitaria. La palabra sociedad en la modernidad significaba reunión o compañía, desde el setecientos y con un origen ilustrado, se produce un progresivo distanciamiento de la religión, en palabras de Carasa Soto (2007), un “ataque a la sacralización y al individualismo del imaginario social”. Las acciones humanas pasan a considerarse colectivas, sociales, en definitiva, y los poderes públicos pueden intervenir en ellas e incluso modelarlas, controlarlas y cambiarlas. La pobreza y la asistencia siguen el mismo camino, tanto desde el punto de vista de las instituciones como desde la misma concepción de los distintos términos. El pobre, necesitado de caridad, pasa a verse colectivamente bajo el concepto de pauperismo, como algo que afecta a una parte amplia de la sociedad. La beneficencia sigue la misma dinámica, la filantropía y la caridad religiosa de las clases adineradas y de la Iglesia dejan de ser las bienhechoras de la pobreza, para iniciarse la creación de una atención institucionalizada socialmente, dependiente del Estado, basado, ya en el siglo XX, en el principio de justicia redistributiva.

## **LAS DENUNCIAS DE CORRUPCIÓN EN EL DEBATE DE LA LEY DE BENEFICENCIA**

Las alusiones a los abusos e irregularidades en la gestión de los establecimientos de caridad fue un tema que reiteradamente se mencionó en el debate parlamentario de la ley de beneficencia de 1822. Estas instituciones de ayuda a los desfavorecidos de la sociedad, tanto si estaban administradas por la iglesia o por manos laicas, fueron centros de malversación de fondos y de abandono de las mínimas condiciones de humanidad que podían darse en los siglos modernos y en el comienzo del XIX, a juzgar por los comentarios de la mayoría de los diputados del Parlamento.

Estas delaciones en el hemiciclo de las Cortes podemos agruparlas principalmente en tres categorías: las que tienen lugar en los establecimientos de caridad por una mala administración y gestión de sus recursos económicos; otras que están referidas a la gestión de los concejos o ayuntamientos que, en la nueva organización de la beneficencia, se pretende que sean los órganos de supervisión de estos centros; y, por último, y no directamente referida a la gestión de los recursos, la de la dejadez de supervisión de los grupos humanos que se dedican al cuidado de los menesterosos en el seno de estas instituciones. Esta última, consideramos que es otra forma de irregularidad, pues la calidad de la atención es importante tenerla en cuenta cuando se trata del cuidado de grupos humanos. Aun a sabiendas que los cuidadores no reúnen las condiciones necesarias para la actividad que se les encomienda se deja a enfermos y a niños en manos de estas personas, quizás por la miseria de salario con las que se les paga, que puede significar un ahorro en los gastos, con el consiguiente incremento en el montante obtenido para el malversador.

Ya en el inicio de la misma discusión en la Cámara, se hace alusión a una Circular de 10 de mayo de 1820, en la que se solicita a los Ayuntamientos que reúnan datos acerca del “estado y de sus rentas y recursos”, de los establecimientos de beneficencia, corrección y caridad (Diario

de Sesiones del Congreso de los Diputados, en adelante DSCD. 11 de julio de 1820: 45). Era tal la situación en la que se ven estas casas benéficas que, en otra Circular de 30 de julio de 1821, en la que se pide se remedie este estado, se reconoce que las causas de la situación deplorable, entre otras, es el desorden habido en su administración (Gaceta de Madrid 222, 6 de agosto de 1821:1195-1196).

El objetivo de la recogida de información previa no fue otro que partir de la realidad, para elaborar un sistema o reglamento para el funcionamiento igualitario, en todo el territorio, de toda aquella diversidad de instituciones que se incluían dentro de la beneficencia. A principios de agosto, en la siguiente reunión parlamentaria para tratar sobre los lugares de caridad, encontramos la primera denuncia de irregularidades en ellos. En un informe de la Junta provisional de 8 de julio de ese mismo año, se dice que: “en la administración de semejantes establecimientos hay muchos vicios que corregir y una necesidad absoluta de rectificar su administración”. Y a renglón seguido, se cita en el mismo hemicycle que, según la Constitución de 1812, en su artículo 321, se ponen a cargo de los Ayuntamientos el control de la gestión de los hospitales, y al de las Diputaciones el cuidado de los establecimientos piadosos y de beneficencia según el artículo 335 de la misma. Por tanto, si existían estas irregularidades, aquí se denuncia también la dejadez, por parte de los consistorios y diputaciones del control para que estas anomalías en la gestión no se produjeran. Parece evidente que la alusión al control o rectificación de la administración de los distintos lugares para el cuidado de los menesterosos, enfermos, niños, dementes y toda esa serie de personas necesitadas, tiene relación principalmente con lo económico. En este sentido, se podría pensar en una posible connivencia en las irregularidades sobre el control en la gestión.

En este sentido no sabemos qué fue lo mejor, pues también Ruiz de Luzuriaga (1821) denuncia las irregularidades en el control por parte de los Ayuntamientos. Gasco, diputado participante en la discusión, inicia su intervención con unas alabanzas a las nuevas Corporaciones constitucionales, elegidas por el voto popular, alejados del antiguo sistema feudal y del nepotismo de la sociedad estamental. Es otra de las corruptelas que vamos a citar, la utilización del amiguismo, del favorecimiento de puestos que obtienen diversos ingresos fáciles para la familia, amigos o por otros intereses en beneficio propio en la época anterior a la liberal del Trienio, pero que también los parlamentarios de éste aluden a los abusos ocurridos en ellos. Fraudes que en los inicios del liberalismo no desaparecieron de la noche a la mañana, los sistemas de control en ellos fueron estableciéndose paralelamente al desarrollo de la administración estatal de esta nueva forma de gobierno. Incluso hemos encontrado obras publicadas que denuncian estos hechos, como la que se ha citado al inicio de este párrafo sobre las identificadas en el Ayuntamiento de Sevilla. Sitúa Gasco, en la línea de la Constitución doceañista, a las corporaciones municipales en el centro del control y supervisión de los establecimientos de beneficencia (DSCD. 16 de noviembre de 1821: 796 y ss).

Martel, religioso, liberal convencido, catedrático de filosofía en Salamanca, diputado y miembro de la comisión de beneficencia, apuesta por la hospitalidad domiciliaria para evitar los abusos e irregularidades en la gestión benéfica. Expone que, para la comisión, uno de los objetivos ha sido el de establecer una buena administración, por el temor “de que se repitan los fraudes escandalosos y otros vicios que ha tenido presentes” en estas instituciones. Sigue argumentando que viendo el estado de hospitales y hospicios se observa cómo los individuos se olvidan de las obligaciones, de ahí la necesidad de las leyes para evitar el abuso de los encargos, pues

*“[...] por desgracia los hombres abusamos hasta de lo más sagrado en las funciones que nos están encomendadas, y precisamente en los establecimientos de beneficencia es donde observa la comisión abusos más criminales, de tal manera que cuando en España hay una infinidad de fondos destinados a objeto tan piadoso, todos casi están distraídos para otros fines”* (DSCD. 16 de noviembre de 1821: 798 -199).

Otro religioso, el obispo auxiliar de Madrid, Luis Gregorio López del Castrillo, diputado también, afirma que sería bueno que en la reforma hospitalaria no existieran esas grandes instituciones, o a lo sumo, alguno de pequeño tamaño para las personas que no pudieran estar en sus casas por su indigencia o por la enfermedad que puedan tener o contraer. Apostaban por edificios de un tamaño reducido, ya que estos no tendrían los inconvenientes que poseen esos “grandes establecimientos en que jamás se cumplía el verdadero instituto de sus creaciones” (DSCD. 18 de agosto de 1820: 563). De ellos dice Echeverría que, “por grande que sea el celo del gobierno, hay siempre abuso, pues tiene que encargar su cuidado a empleados mercenarios, que miran al enfermo con un desprecio y abandono criminal, atendiendo solo a sus propios intereses”. En esa línea afirma que los vicios de estas instituciones son inherentes a la naturaleza de estos establecimientos, y como Martel, apuesta por la hospitalidad domiciliaria como sustitución de ellos (DSCD. 17 de noviembre de 1821: 813 y 814).

El 8 de noviembre de 1821 en la discusión sobre la conveniencia de la unión de la beneficencia y la sanidad, hecho que finalmente no se dio, se pedía que no se multiplicaran las Juntas de beneficencia sin necesidad, pues afirmaban que, a mayor número de establecimientos de cualquier especie, “peor servidos estarán, más devorados sus fondos y peor socorrida la humanidad”, en clara alusión a la malversación de su economía (DSCD. 8 de noviembre de 1821: 660).

Al día siguiente, Lucas Ignacio Alamán Escalada, diputado de Nueva España, concretamente de Guanajuato (México), refiriéndose a los puntos de semejanza entre ambos ramos de sanidad y beneficencia, afirmaba que estas últimas necesitan de personas que pudieran realizar una gestión fiable y segura, “personas ejercitadas en la cuenta y razón y acostumbradas a la economía”, para que se termine con las “lapidaciones que hay generalmente en la administración de los fondos” de estos establecimientos. En su argumentación declara que las Juntas de Beneficencia deberían estar formadas por los individuos más acomodados de los pueblos, así los errores cometidos serán por descuido, pero nunca por “enriquecerse a costa de los pobres” (DSCD. 9 de noviembre de 1821: 678). Alamán marca en sus propuestas la denuncia y la posible solución, en el convencimiento de que la riqueza necesariamente implica la rectitud por la ausencia de necesidad, un aspecto que como se ha podido comprobar a lo largo del devenir histórico no se convierte en condición absoluta para no delinquir en aspectos económicos. Muy al contrario, la opulencia, en muchas ocasiones, aparece como un incentivo para la falta de saciedad económica en una búsqueda constante de acaparamiento de dinero, propiedades y toda clase de patrimonio y capital por el simple hecho de atesorar riquezas.

La Junta de beneficencia de la ciudad de Granada hace presente una exposición sobre el mal estado en que se encontraba, por falta de fondos, el hospital llamado de los Reyes y sus dependencias para: dementes, unciados, hospicio, casa cuna o de expósitos, etc. (DSCD. 6 de diciembre de 1821: 1122). Días más tarde de la exposición de la Junta granadina, se entabla una discusión que creemos necesario referir, por las alusiones a la corrupción que, de nuevo, se

hace en el debate, refiriéndose a la misma ciudad de Granada. Girado comenta que, ¿cómo es posible que el Sr. Obispo y párrocos de la ciudad se sienten a la mesa sabiendo que los enfermos y niños del hospital están a punto de irse a la calle? Martel contesta que los clérigos ya han hecho muchos sacrificios en la diócesis, nos preguntamos si intentaba realizar una justificación de la actitud religiosa, a lo que López refiere que, al igual que en Zaragoza, que él ha visitado, los prelados deben bastante a estas instituciones (DSCD. 15 de diciembre de 1821: 1289). Pensamos que siempre han existido, y hasta en la actualidad se puede apreciar, justificaciones de este tipo ante situaciones que son terriblemente evidentes sobre los abusos y corruptelas como las que describe este diputado.

Al margen de estos ejemplos que traemos a colación podemos concluir que la utilización de las instituciones benéficas en provecho propio fue una constante en la España moderna y en los inicios de la contemporaneidad. En este sentido y al hilo del argumento se puede señalar que en los inicios del liberalismo no se erradicaron estas prácticas irregulares y abusivas, pero las pusieron a la luz progresivamente de cara a la sociedad.

Otro de los temas tratados fue la conveniencia del control de las casas de expósitos. Para los diputados liberales la supervisión de estas instituciones era un aspecto de vital importancia para el país. La necesidad de brazos fuertes para el trabajo, y el incremento del número de habitantes que esto conlleva, significaban un posible aumento económico para el Estado. El diputado Ramonet dice que el deber del gobierno es asegurar que las familias sean autosuficientes, es decir, que por medio del trabajo puedan cubrir sus propias necesidades. Continúa su alegato y afirma que, el hombre tiene el derecho de vivir del fruto de su trabajo, y esto debe ser una obligación de la sociedad, exceptuando “la infancia, la enfermedad y la extrema vejez” (DSCD. 17 de noviembre de 1821: p. 822). Deja entrever, de nuevo, como en su discurso se plasma la formación de estos diputados, en su intervención cita a Malthus y “el primer volumen del estado de los pobres de Sir F. M. Eden”. Ramonet continúa refiriéndose a los escritos de Eden, y dice: “Creo que el uso constante de entretener con los gastos del público los niños expósitos es lo que hace que se abandone un gran número en los dos países más opulentos de Europa, la Francia y la Inglaterra” (DSCD. 17 de noviembre de 1821: 819). Volvemos a escuchar, como en otros apartados citados, hablar de la situación de estas instituciones y su enorme mortalidad, Martel decía que, “las casas de expósitos [...], en vez de cunas son sepulcros donde perecen de cada 100 niños, 96, por la mala administración y por el desorden de su organización” (DSCD. 16 de noviembre de 1821: 799). Esta situación también aparecía reflejada en obras que llegaron al Congreso y que fueron enviadas a la comisión de beneficencia, así el texto anónimo *Modo de sostener y educar los niños expósitos y legítimos desamparados sin notable recargo de la Nación* (Anónimo. Un amante de la Nación. 1820: 816 y 819).

Ramonet en su intervención, realiza todo un alegato sobre la protección de los niños: el gasto excesivo que generan al Estado las casas de expósitos, las dotaciones y el mantenimiento de nodrizas, guardas, ropas, edificio, etc. Refiere que según cálculos de algunos escritores de opinión de la época, afirman que de cada 1000 infantes mueren entre 600 y 700 en los cinco primeros años de vida. Achaca la falta de higiene como una de las causas de estas muertes, por la que proliferan enfermedades como la tiña y la sarna, además de la poca profesionalidad de las mujeres que los cuidan, que aceptan estos cometidos por necesidad, y la “mayor parte lleva consigo el defecto del mal humor y el de la pereza”. La falta de moralidad y educación

de estos chiquillos genera un círculo vicioso de personas, que al llegar a adultos se convierten en individuos de la más baja condición social igual que las cuidadoras con las que han estado (DSCD. 17 de noviembre de 1821: 816 y ss.). No podemos argumentar aquí que la dotación humana de cuidadores/as lo podamos incluir en la malversación de caudales públicos, pero no deja de ser una dejadez por parte de los gestores de estas instituciones. La formación de trabajadores para desempeñar unos mínimos cuidados y educación de calidad podemos considerarlos como otra forma de irregularidad y abuso, que aparece denunciada por estos diputados cuya formación exige otras formas de organización de estos establecimientos. Evitar las muertes de los infantes comienza a ser una responsabilidad estatal a ojos de estos parlamentarios, que exigen un profundo cambio de la misma sociedad.

La preocupación por la infancia de los liberales con la regulación de la beneficencia y el control de las casas de expósitos no es un fenómeno español en exclusividad. Italia, por ejemplo, a partir de la unificación del país en 1871, inicia la regularización y laicización de la gestión de estos establecimientos de protección de la maternidad y de la infancia, en el seno de los movimientos liberales para que pasaran a control estatal (Bongarzone, A. 2013: 110-111).

La formación de las clases humildes es otro de los pilares del discurso del debate, la educación contribuirá, como en las superiores, a conseguir la prudencia necesaria para contenerse en los límites del matrimonio. Para ello cita la que aparece en los escritos de *La riqueza de las naciones* de Adam Smith y también habla del sistema pedagógico lancasteriano. La educación y el trabajo como eje del mantenimiento de las familias y clases inferiores, lo que facilitará con el tiempo la disminución de gastos del Estado en la beneficencia (DSCD. 17 de noviembre de 1821: 816 y 819).

Adam Smith reconoce que es una necesidad social elevar el nivel intelectual y moral para realizar un avance real hacia la prosperidad, y a unas condiciones de vida óptimas. La educación constituye, en su pensamiento, uno de sus principales pilares; el conocimiento y su uso práctico permiten una vivencia más plena y provechosa que redundante, “en un beneficio para la familia, y, por extensión, para la sociedad” (Rengifo Niño, S. A. 2009: 102). Smith postulaba que la educación infantil debía centrarse en la escritura, lectura y la aritmética, formación que posteriormente les permitiría incorporarse a los puestos de trabajo, y que para él era responsabilidad de Estado (Sanabria Muñevar, F. 2010: 50).

Toda esta discusión pone de manifiesto la importancia que, para la mayor parte de los parlamentarios del Trienio, hombres ilustrados y con una alta formación, tenía la educación. No olvidemos que en la cámara estaba discutiéndose también la primera ley educativa del país, que comprendía una formación en tres niveles: primaria, la segunda formación y la universitaria.

La discusión de esta ley de Beneficencia se cierra con el tema de la financiación económica de los establecimientos a partir de su publicación. Las comisiones de Hacienda y Beneficencia reunidas para resolver dos reclamaciones remitidas a las Cortes de las Juntas de Murcia y Córdoba para la financiación, por el estado lamentable en el que se encuentran, exponen, que mientras no se conozcan los recursos que le son destinados y el déficit que arrastran proponen un proyecto de Decreto para el mantenimiento de estas instituciones. No recoge esta normativa un arreglo presupuestario que pueda mantenerse en el tiempo, obedece más bien a un híbrido de la financiación anterior. Es decir, el sistema recaudatorio del Antiguo Régimen, que aún



persistía en estos primeros años del XIX: la cruzada, bienes desamortizados de los jesuitas, el 10% de propios, el producto del fondo pío benefical, etc.

Es necesario, por último, poner de manifiesto que la participación en la discusión parlamentaria de los sanitarios fue mínima: de 42 diputados que intervinieron en la misma, tan solo dos eran médicos. La mayoría fueron religiosos y abogados, 24 repartidos al 50%, los últimos fueron mayoritarios en las Cortes del XIX, mientras que los primeros parece que socialmente eran los que más tenían que opinar sobre el tema en cuestión. No podemos olvidar que la beneficencia marchaba aún bajo el paraguas de la iglesia en España (Atienza López, 2010; García Oro, 2000). También es necesario decir que, pese a esto, había un sector de la jerarquía católica que criticaba la situación, a juzgar por la participación de los clérigos en el debate.

## CONCLUSIONES

La financiación económica de la beneficencia en la normativa legal que sale a la luz en estas Cortes del Trienio no soluciona el gran problema de la asistencia social a la pobreza, ni la malversación de fondos en sus establecimientos que existían en esta época en España. Los eclesiásticos fueron, aunque no lo únicos, los que mayoritariamente, desde los inicios de la Edad Media, gestionaron estas instituciones. Pero también, como hemos podido comprobar en el debate, dentro de sus filas existieron clérigos que veían los abusos cometidos en el seno de estos establecimientos y así lo denunciaron en el hemicycle del Congreso. Si nos fijamos en la financiación y en la participación de sanitarios en la discusión parlamentaria de la beneficencia podemos concluir que, aunque se dio un paso en la creación de una ley para estos establecimientos y para organizar la pobreza e indigencia, la caridad persistía como concepto sobre el que giraba la asistencia sanitaria, al margen de las denuncias sobre las corruptelas que lo impregnaban. La acusación de las irregularidades en la administración de estas instituciones se desarrolló ampliamente por la mayoría de los parlamentarios del primer gobierno liberal de España. Las rémoras de corrupción, tanto en ellos como en los concejos o Ayuntamientos, así como en la falta de personal cualificado para el desempeño de los cuidados a los menesterosos, siguió siendo una realidad a principios del siglo XIX. Realidad que perduraba en siglos de abuso en la gestión y la administración de estas instituciones como aspectos que todavía permanecían de la época anterior. La existencia de estas formas de organización eran vistas, por la mayoría de la sociedad, como algo habitual, lo verdaderamente importante fue la denuncia de la situación por un sector de la comunidad, los parlamentarios, que nos orientan sobre iniciativas de cambio en el control económico y en la calidad y competencia de los cuidadores.

## NOTAS

Bertrán realiza el análisis con definiciones encontradas en obras como: Nicot, J. (1606): *Thresor de la langue françoise, tant ancienne que moderne.*; Covarrubias, S. (1610): *Tesoro de la lengua castellana o española*; Furetière, A. (1690): *Dictionnaire universel contenant généralement tous les mots françois, tant vieux que modernes. et les termes de toutes les sciences et des arts.*; Littré, E. (1872): *Dictionnaire de la Langue française.*

## FUENTES

- “Corrupción”. *Diccionario de 1817-2001 Academia usual*. rae.es. Recuperado de <http://web.frl.es/ntllet/SrvltGUILoginNtlletPub>
- “Beneficencia”. *Diccionario de 1817-1925- 2001- Academia usual*. rae.es. Recuperado de <https://apps2.rae.es/ntllet/SrvltGUILoginNtlletPub>
- Gaceta de Madrid número 222, de 6 de agosto de 1821, p. 1195-1196.
- Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados de España (en texto DSCD): 11 de julio de 1820. Apéndice 2º. Establecimientos de beneficencia, p. 45.
- Constitución de 1812. Congreso de los Diputados. Constituciones españolas 1812- 1978, p. 94. Disponible en [https://www.congreso.es/docu/constituciones/1812/ce1812\\_cd.pdf](https://www.congreso.es/docu/constituciones/1812/ce1812_cd.pdf)

## BIBLIOGRAFÍA

- Anónimo. Un amante de la Nación (1820). *Modo de sostener y educar los niños expósitos y legítimos desamparados sin notable recargo de la Nación*. Pamplona: Imprenta de Joaquín Domingo.
- Atienza López, Á. (2010). Nobleza, poder señorial y conventos en la España Moderna. La dimensión política de las fundaciones nobiliarias. En Sarasa, E.; Serrano, E. (ed.). *Estudios sobre señorío y feudalismo. Homenaje a Julio Valdeón*. Zaragoza: Institución Fernando El Católico (C.S.I.C.). Excma. Diputación de Zaragoza, p. 235-269.
- Barrera Aymerich, M. (1990). Religión y asistencia social en el Antiguo Régimen. Las mandas pías de los testadores de Castelló y Borriana durante los siglos XVII y XVIII. *Revista de Historia Moderna*, nº 13, p. 115-140.
- Bertrán, M. (2011). Viejas preguntas, nuevos enfoques: la corrupción en la administración colonial española. En Andújar Castillo, F y Felices de la Fuente, M. (ed.). *El poder del dinero. Ventas de cargos y honores en el Antiguo Régimen*. Madrid: Siglo XXI. Biblioteca Nueva, pp. 46-62.
- Bongarzone, A. (2013). El honor y la sexualidad: historias de mujeres y de infancia abandonada entre el siglo XIX y XX. *Arenal. Revista de historia de mujeres*, vol. 20, nº 1, p. 109-127.
- Burdiel, I. (2018). La revolución del pudor: escándalos, género y política en la crisis de la monarquía liberal en España. *Historia y Política*, 39, pp. 23-51.
- Bustos Gisbert, R. (2007). Corrupción de los gobernantes, responsabilidad política y control parlamentario. *Teoría y Realidad Constitucional*, UNED, nº 19, pp. 135-160.
- Carasa Soto, P. (2007). Lo privado y lo público en el sistema asistencial: El triángulo Iglesia - Ayuntamiento - Estado en la beneficencia española. En Abreu, L. (ed.). *Asistencia y caridad como estrategias de intervención social: Iglesia, Estado y Comunidad (siglos XV-XX)*. Bilbao: Universidad del País Vasco, p. 141-171.
- Diego Bautista, O. (2005). *La ética y la corrupción en la política y la administración pública*. Tesis Doctoral. Universidad Internacional de Andalucía. Sede Iberoamericana Santa María de la Rábida. Disponible en <https://dspace.unia.es/handle/10334/45>
- Engels, J. I. (2018). «De lo antiguo a lo nuevo» La historia de la corrupción política en Europa. Estado de la cuestión y debates actuales de investigación. En Riquer, B.; Pérez Francesch, J. L.; Rubí, G.; Ferrán Toledano, L. (dirs) (2018). *La corrupción política en la España Contemporánea*. Madrid: Marcial Pons Historia, pp. 25-46.
- Engels, J. I. (2019). La «modernidad» de la corrupción. En Peña Guerrero, M. A. y Bonaudo, M. *Historia cultural de la corrupción política. Prácticas, escenarios y representaciones contemporáneas*. Rosario (Argentina): Protohistoria Ediciones, pp. 19-33.

- Establier Pérez, H. (2012). Novela anticlerical y traducción en el Trienio Liberal. Diderot, Lewis y Radcliffe en España. *Dicenda. Cuadernos de Filología Hispánica*, vol. 30, pp. 67-92.
- Felices de la Fuente, M. (2012). Venta y beneficio de cargos en la España Moderna: consideraciones en torno al concepto de venalidad. En Stumpf, R. y Chatur Vedula, N. (ed.). *Cargos e ofícios nas Monarquias Ibéricas: provimento, controlo e venalidade (séculos XVII e XVIII)*, Braga (Portugal): Centro de História de Além-Mar, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas/Universidade Nova de Lisboa, Universidade dos Açores, pp. 199-211.
- Feria Lorenzo, D. J. (2017). *Ilustración y Liberalismo: la legislación española sobre cuidados de salud (1749-1855)*. (Tesis Doctoral no publicada), Universidad de Huelva. Disponible en <http://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/14776>
- Feria Lorenzo, D. J.; Teresa Morales, C. y Guerra González, J. E. "Las competencias formativas de la Enfermería y de las profesiones sanitarias en la sociedad estamental". En *Poder e influencia de las enfermeras en la historia*. Actas del XVI Congreso Nacional y XI Internacional de Historia de la Enfermería, Palma de Mallorca, 29-31 de octubre de 2018, pp. 632- 644.
- García Oro, J. y Portela Silva, M. J. (2000). Felipe II y el problema hospitalario: reforma y patronato. *Cuadernos de Historia Moderna*, nº 25, monográfico, 2000, pp. 87-124.
- Higueruela del Pino, L. (1980). Los libros prohibidos durante el Trienio Liberal (1820-1823). *Boletín Millares Carlo*, vol. 2, pp. 407-456.
- Jiménez Estrella, A. (2012). Poder, dinero y ventas de oficios y honores en la España del Antiguo Régimen: un estado de la cuestión. *Cuadernos de Historia Moderna*, nº 37, pp. 259-272.
- Lara Ródenas, M. J. (2019). El dinero de las misas. Corrupción económica en el clero de Huelva durante el Antiguo Régimen. En Peña Guerrero, M. A.; Bonaudo, M. *Historia cultural de la corrupción política. Prácticas, escenarios y representaciones contemporáneas*. Rosario (Argentina): Protohistoria Ediciones, pp. 53-75.
- Largo Carrasco, P. L. (1820). *Discurso canónico sobre el origen, progresos y reforma de los cabildos de las iglesias catedrales*. Madrid: Imprenta de Álvarez.
- Rengifo Niño, S. A. (2009). La educación en Adam Smith: otra riqueza de las naciones. *Filosofía UIS*, vol. 8, nº 2, p. 89-106.
- Ros de Medrano, M. (1793). *Historia de las rentas de la Iglesia de España desde su fundación hasta el siglo presente*. Vol. 1. Madrid: Imprenta de la viuda de Ibarra, pp. 6-7.
- Ruiz de Luzuriaga, J. (1821). *Tercera manifestación de los abusos criminales de este excelentísimo Ayuntamiento Constitucional (por antifrasis) y segundo rapapolvo contra el secretario municipal*, Sevilla: Imprenta a cargo de Anastasio López.
- Sánchez Lora, J. L.: "Retórica, oralidad y lectura en la Edad Moderna", en *Cuadernos de Historia Moderna*, nº 1, 2002.
- Sanabria Muñevar, F. (2010). Enseñando mutuamente: una aproximación al método lancasteriano y a su apropiación en Colombia. *Historia de la Educación Colombiana*, vol. 13, nº 13, p. 47-76.
- Sempere, J. (1822). *Historia de las rentas eclesiásticas de España*. Madrid: Imprenta de I. Sancha.
- Villoria, M. (2013-2014). Corrupción pública. *Eunomía, Revista en Cultura de la Legalidad*, nº 5, p. 159-167.

# Maria José Bezerra (Maria Soldado): Una Enfermera Negra Brasileña Invisibilizada

## *Maria José Bezerra (Maria Soldado): A Brazilian Black Nurse Invisibilized*

### Maria José Bezerra (Maria Soldado): Una Enfermeira Negra Brasileña Invisible

ROUDOM FERREIRA MOURA, TERESA CRISTINA GIOIA SCHIMIDT

#### Roudom Ferreira Moura

Universidade de São Paulo. Brasil.  
rfmoura@saude.sp.gov.br  
<https://orcid.org/0000-0002-0685-4627>  
<http://lattes.cnpq.br/5980191805817282>

#### Teresa Cristina Gioia Schmidt

Universidade de São Paulo. Brasil.  
teresa.schmidt@gmail.com  
<https://orcid.org/0000-0002-7196-3563>  
<http://lattes.cnpq.br/2494511878700460>

#### Correo principal:

rfmoura@saude.sp.gov.br

Fecha recepción: 23/11/2023

Fecha aceptación: 11/02/2024

**Financiación:** Este trabajo no ha recibido financiación.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflicto de intereses.



**Licencia:** Este trabajo se comparte bajo la licencia de Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons (CC BY-NC-SA 4.0): <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

© 2024 Roudom Ferreira Moura, Teresa Cristina Gioia Schmidt

#### Resumen:

**Introducción:** Maria José Bezerra, Maria Soldado, mujer negra nacida en la ciudad de Limeira, São Paulo, heroína y símbolo de la Revolución Constitucionalista de 1932, fue una enfermera de guerra reconocida por su fuerza, valor, patriotismo y abnegación.

**Objetivo:** historiar la trayectoria vital personal y profesional de Maria José Bezerra. Metodología: Investigación biográfica realizada a partir de registros bibliográficos y documentales.

**Resultados:** Maria José Bezerra sirvió como enfermera miembro de la Legión Negra en la Guerra Civil de la Revolución Constitucionalista de 1932, destacando por sus logros, con una contribución activa a la construcción de la historia del país.

**Conclusión:** La invisibilidad negra traduce la injusticia, la incoherencia de los derechos y también los actos que tratan de deshonorar al individuo en sus aspectos individuales y colectivos. El estudio de la trayectoria de esta mujer luchadora se constituye como una estrategia para dar voz, fuerza y sentido a hacer pública la historia de una representante de la población negra, y también debería incluirse en los currículos académicos.

**Palabras clave:** Historia de la enfermería; biografía; racismo; enfermería.

#### Abstract:

**Introduction:** Maria José Bezerra, a black woman born in the city of Limeira, São Paulo, hero and symbol of the 1932 Constitutionalist Revolution, was a war nurse recognized for her strength, courage, patriotism and abnegation.

**Objective:** To historicize Maria José Bezerra's personal and professional life trajectory.

**Citación:** Moura, R.F., Schmidt, T.C.G. (2024). Maria José Bezerra (Maria Soldado): Uma Enfermeira Negra Brasileira Invisibilizada. *Cultura de los Cuidados*, (68), 179–188. <https://doi.org/10.14198/cuid.19034>



**Methodology:** Biographical research based on bibliographic and documentary records.

**Results:** Maria José Bezerra acted as a nurse member of the Black Legion in the Civil War of the Constitutionalist Revolution of 1932, stood out for her achievements, with active contribution in the construction of the country's history.

**Conclusion:** Black invisibility translates as injustice, inconsistency of rights, and even acts that try to discredit the individual in their individual and collective aspects. The study of the trajectory of this woman fighter constitutes a strategy to give voice, strength and meaning to make public the history of a representative of the black population, and the theme should also be included in academic curricula.

**Keywords:** History of Nursing; biography; racism; nursing.

#### **Resumo:**

**Introdução:** Maria José Bezerra, a Maria Soldado, uma mulher negra nascida na cidade de Limeira, São Paulo, heroína e símbolo da Revolução Constitucionalista de 1932, foi uma enfermeira de guerra reconhecida pela força, coragem, patriotismo e abnegação.

**Objetivo:** Historicizar a trajetória de vida pessoal e profissional de Maria José Bezerra.

**Metodologia:** Pesquisa biográfica realizada a partir de registros bibliográficos e documentais.

**Resultados:** Maria José Bezerra atuou como enfermeira membro da Legião Negra na Guerra Civil da Revolução Constitucionalista de 1932, destacou-se pelos seus feitos, com contribuição ativa na construção da história do país.

**Conclusão:** A invisibilidade negra traduz a injustiça, incoerência de direitos e, ainda, atos que tentam desabonar o indivíduo em seus aspectos individuais e coletivos. O estudo da trajetória dessa mulher lutadora constitui-se como estratégia de dar voz, força e sentido de tornar público a história de uma representante da população negra, devendo ainda ser inclusa a temática nos currículos acadêmicos.

**Palavras-chave:** História da Enfermagem; biografia; racismo; enfermagem.

## INTRODUÇÃO

A biografia e trajetória de vida, introduzem debates essenciais sobre a estrutura social, ação individual, construção política e identitária das diversas profissões, inclusive, a do profissional da Enfermagem. O conhecimento e o uso de estudos dessa natureza constituem ferramentas contributivas ao ensino da história da Enfermagem no âmbito da graduação e pós-graduação. Os resultados dessas pesquisas requerem ser divulgados e valorizados nas entidades de classe, nas escolas de formação profissional, na realização de eventos e na socialização do conhecimento por meio de periódicos específicos (Padilha, Nelson & Borenstein, 2011).

No entanto, a contribuição de atores sociais e seus conhecimentos produzidos podem ser refutados pelo grupo e/ou classe dominante visto a intencionalidade em pano de fundo que objetivam impedir representações não corroborativas com o ideal estabelecido no imaginário social hegemônico. Nesse sentido, a modificação de trajetórias, eliminação de singularidades, negação de fatos históricos, invisibilidade de sujeitos e preconceitos são formas de ocultar e/ou macular uma identidade (Campos & Oguisso, 2008).

No mundo e no Brasil, a historiografia da Enfermagem extingue as enfermeiras negras da sua narrativa, invisibilizando-as. Esta invisibilidade fundamenta-se nas relações de poder, gênero e raça, ao atender os interesses do patriarcado, que se caracteriza como heteronormativo, elitista e branco. Nessa lógica, a exclusão de personagens da história da enfermagem mascara uma compreensão fidedigna sobre a construção desta profissão (Low & Oguisso, 2014).

A escrita da História da Enfermagem produzida por uma historiografia tradicional, que manipulava, distorcia e analisava fatos históricos para atender os interesses da classe dominante, inviabiliza, até os dias atuais, o acesso de informações sobre a construção de uma identidade negra na enfermagem. Apesar disso, observa-se que é inegável a importância e destaque do cuidado por mulheres negras no mundo e no Brasil ao longo dos tempos (Pinheiro, 2015).

No Brasil, o racismo sempre esteve presente na origem da Enfermagem profissional, fato historicamente comprovado ao analisar os critérios de admissão de alunos junto à Escola de Enfermeiras, pertencente ao Departamento Nacional de Saúde Pública. A referida escola, chamada de Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) situada no Rio de Janeiro/RJ, fundada em 1923, conhecida como escola padrão de referência para Enfermagem. Ressalta-se que o impedimento de mulheres negras na EEAN era concebido de forma diplomática e estratégica, pois, legalmente elas não poderiam ser impedidas de frequentar o sistema de educação por serem cidadãs brasileiras, porém, a exclusão era feita controlando os critérios de “qualificação”, os quais sempre desclassificavam as candidatas negras (Campos & Oguisso, 2008).

A condição feminina aliada ao traço negro afrodescendente desqualificava a participação da mulher negra, uma vez que trazia à tona a representação de ser escrava, praticante do sexo venal, doméstica, depreciada em seus padrões moral e de beleza (Campos & Oguisso, 2008).

A raça/cor é um elemento norteador das práticas de racismo e seus desdobramentos nas práticas de segregação racial e invisibilidade do povo negro (Amaro, 2005). A história revela que na EEAN havia três alunas que possuíam outras características fenotípicas de negro (sem especificar), porém com pele branca. Isso porque, a cor de pele parda/preta resgatava a imagem de imoralidade e de doença vinculada forçosamente as cuidadoras negras, assim, pretendia-se

criar a imagem branca, pura, dócil e de elevado *status* social da Enfermagem no Brasil (Campos & Oguisso, 2008). Diante da pressão por minorias dos segmentos sociais, notoriamente a imprensa, o Departamento de Saúde considerou o ingresso de uma candidata negra como estratégia de apaziguar a opinião pública e não comprometer a imagem de uma escola de ensino superior de enfermagem fundamentada em princípios científicos (Campos & Oguisso, 2008; Campos, 2015).

Em 1926, a admissão da primeira mulher negra na EEAN gerou conflitos na escola, com argumento de suspeita que sua entrada havia sido indicada pela imprensa e pelo incomodo das demais estudantes, por serem contra a entrada de mulheres negras. Em Conselho de Estudantes, as futuras enfermeiras diplomadas decidiram pôr fim a qualquer tipo de manifestação contra a permanência da mais nova estudante, ou, qualquer ato de desrespeito, exigindo a condição de que não fosse admitida outra mulher negra, desvelando a ideologia racista que fundamentava a EEAN. Durante um longo período a EEAN não admitiu estudantes negras, estas passaram a fazer parte do corpo discente quando a escola deixou de ser dirigida pela Fundação Rockefeller, e passou a ser assumida por dirigentes brasileiras (Campos & Oguisso, 2008; Campos, 2012).

Diante destas representações impostas ao povo negro foi negada a profissionalização da mulher negra na enfermagem durante décadas. Entretanto, a fundação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), considerada a segunda escola oficial de enfermagem, em 1940, trouxe avanços para a inserção da mulher negra na graduação de enfermagem, caracterizando-se como um novo espaço formador da enfermagem brasileira. A partir da segunda turma, em 1943, a EEUSP possuía duas estudantes negras (Campos & Oguisso, 2008). Mesmo com tais avanços, a historiografia da Enfermagem Brasileira continua negando as enfermeiras negras como estratégia de torná-las ocultas. Tal circunstância é concretizada pelas relações de gênero, raça e classe, inferida no objetivo focal diante da manipulação e da idealização do profissional branco.

A identidade forjada neste contexto contempla enfermeiras brancas no compartilhamento de significados sobre sua profissão, conferindo-as representatividade. Nesta perspectiva romper com a historiografia tradicional da enfermagem e dar visibilidade as enfermeiras negras do Brasil se faz emergencial, haja vista, principalmente, pelo fato da enfermagem, também, ser negra. Resultados de pesquisa ratificam a feminilização da enfermagem (84,6%), retratando o perfil da enfermagem no Brasil, com 37,9% dos enfermeiros como negros (31,3% - pardos e 6,6% - pretos) enquanto, que técnicos e auxiliares negros são de 57,4% (44,5% - pardos 12,9% - pretos) (COFEN, 2015).

Em 2019, resultados do estudo confirmaram a presença da mulher negra na enfermagem profissional brasileira, reforçando a discriminação racial como uma ocorrência marcada e a relevância de fomentar debates críticos donde a igualdade de gênero, classe e etnia possam ser trazidos para a sociedade (Silva & Freitas, 2018).

Diante disso, este trabalho justifica-se no sentido de contribuir para a literatura em geral, em especial, a acadêmica de enfermagem, ao trazer a identidade da profissão a partir do afastamento das estruturas ideológicas, relações de gênero, raça e classe que a tentam adulterá-la.

Este estudo apresenta como objeto de investigação o recorte da biografia de Maria José Bezerra, a Maria Soldado, mulher negra e enfermeira que se destacou por atuar de maneira articuladora, resolutiva, criativa e transformadora na guerra civil da Revolução Constitucionalista de 1932. Nesse sentido, seu objetivo é historicizar a trajetória de vida pessoal e profissional de Maria José Bezerra sob a perspectiva de gênero, raça e classe.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo histórico social de abordagem qualitativa a partir de registros bibliográficos e documentais. Na enfermagem, a biografia tem sido utilizada para destacar o desenvolvimento de uma determinada área profissional; orientar a criação de teorias, bem como, investigar os avanços sociais e políticos da profissão (Padilha, Nelson & Borenstein, 2011).

Para investigação foram utilizados como fonte, o acervo de postagens e de imagens da Sociedade Veteranos de 32 – MMDC e as publicações científicas disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com seus respectivos indexados que versavam sobre a temática da Presença de Enfermeiros Brasileiros Negros em Guerras. Para tal, utilizou-se dos Descritores em Ciências da Saúde (DeSC): História da enfermagem, Mulher negra e biografia combinados para busca com o indicador booleano “AND”.

Devido alguns estudos não serem indexados de forma adequada para localização a partir dos DeSC supracitados, assim como pela quantidade de estudos encontrados sobre o tema, optou-se por utilizar, também, o Google e o Google acadêmico (que é uma ferramenta do servidor Google para pesquisa de trabalhos científicos). A busca no Google se deu pelo nome Maria José Bezerra. No Google acadêmico se deu pela utilização dos descritores supracitados de mesma combinação.

Após o referido levantamento, as informações foram organizadas conforme cronologia de maneira a atender aos objetivos propostos.

A pesquisa biográfica por meio da análise documental de dados secundários não exige o cumprimento legal de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. Portanto, os princípios estabelecidos pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos foram cumpridos (Brasil, 2013).

## RESULTADOS

### *Maria José Bezerra, a Maria Soldado, no Contexto sócio-histórico do Brasil*

Maria José Bezerra viveu em um contexto sócio-histórico importante para o país, o qual se faz necessário apresentar para compreender os paradigmas do período.

A República Velha (1889-1930) foi marca da política do café com leite, onde os presidentes, indicados pelos estados de Minas Gerais e São Paulo se sucediam no poder. Em 1929, lideranças de São Paulo rompeu a aliança e indicou o paulista Júlio Prestes à candidatura da presidência com o apoio de 17 estados. Em resposta, o governador de Minas, indicou o gaúcho Getúlio Vargas e João Pessoa como vice com o apoio do Rio Grande do Sul e Paraíba. Em 1 de maio em 1930, Júlio Prestes venceu as eleições, mas não assumiu, visto a ocorrência do Golpe de Estado, conhecido como o Golpe de 30 (03 de outubro de 1930) do qual despôs o Presidente da República Washington Luís, sendo o mesmo exilado (Campos, 2015).

O Golpe de Estado aconteceu por ação de um grupo armado que se formou diante da crise econômica de escala mundial, vivida em decorrência da quebra da bolsa de valores de New York em 1929. Tal fato abateu todas as economias que tivesse alguma participação nos mercados



internacionais, conforme foi o caso do Brasil, devido às exportações de café. O período ficou conhecido como Revolução de 30 e pôs fim à República Velha (Fausto, 2010).

Em 09 de julho de 1932 teve início a Revolução Constitucionalista, conhecida como Revolução de 1932/Guerra Paulista, com intuito de retirar Getúlio Vargas, conseqüentemente, reconstitucionalizar o país. A guerra civil ocorreu nos estados de São Paulo, Mato Grosso do Sul e Rio Grande do Sul. Durou 87 dias, terminando em 04 de outubro de 1932 com a derrota dos paulistas e com milhares de feridos e mortos. Importante salientar que em julho de 1934 houve a promulgação da Nova Constituição (Fausto, 2010; Fernandes, 2000; Villa, 2010).

A historiografia da Revolução Constitucionalista de 1932, traz a descrição de um batalhão intitulado de “Legião Negra ou Pérolas Negras”, composto por 3500 pessoas voluntárias, majoritariamente, homens e mulheres negras, e em parte por índios. Os soldados negros que compuseram a legião, em sua maioria, foram oriundos da Frente Negra Brasileira (FNB), entretanto, esta, enquanto instituição, se manteve isenta no movimento revolucionário uma vez que os ideias da revolução constitucionalista atendiam aos interesses da elite paulista branca (Pereira & Valente, 2014).

Interessante mencionar, que os voluntários negros viviam em condições degradantes e parte deles possuía a esperança pela melhoria da qualidade de vida a partir dos ideais de ascensão social. A maioria desse grupo decidiu ingressar na guerra civil, por razão do acesso imediato de uma situação social melhor para suas famílias, donde seus filhos receberiam moradia, alimentação, assistência educacional e de saúde, além de um salário para combater (Low, 2013).

Os soldados negros combatiam em linha de frente, alguns destes, sem treinamento, munição e outras provisões de guerra. Eram usados pelos paulistas brancos, uma vez que estes compunham a elite mentora e financiadora do movimento donde a classe média se colocava em menor quantidade na luta. Observa-se aqui uma das características do racismo, vista a ideia de sujeição de como as pessoas negras eram submetidas (Munanga, 2004). Diante desse contexto, de desvalorização da vida de pessoas negras, a Legião Negra foi dizimada e seus heróis esquecidos pela historiografia, um exemplo foi Maria José Bezerra (Campos, 2015; Low, 2013).

Maria José Bezerra viveu num contexto histórico da Missão Parsons, movimento ideológico racista liderado pela elite dominante branca de médicos e advogados. O referido movimento fundamentado, principalmente, na teoria de Darwin defendia a eugenia, difundindo a visão da qual pessoas negras traziam uma força biológica de hereditariedade promotora do corrompimento social e de fonte das doenças. Sendo assim, os negros eram caracterizados como indisciplinados, ignorantes, viciosos, violentos, criminosos, promíscuos e transmissores de doenças. Por sua vez, as mulheres negras eram consideradas como instrumento de sexo banal, promíscuo e difusor de doenças. A prova estava diante de suas habitações e espaços socioculturais, uma vez que sediavam a degeneração social e de saúde. Nesse contexto, a eugenia se estabelecia como política de Estado (Campos, Oguisso & Freitas, 2007; Mascarenhas, Melo & Silva, 2016).

A Missão Parsons era cientificamente difundida e se tornou uma política de Estado na República Velha estendida com seus resquícios até os dias atuais, ratificada ao contribuir na estruturação do racismo. Os registros revelam que as ações da missão favoreceram uma reforma sanitária, criação de políticas públicas, associações, congressos dos quais a limpeza social estava embutida (Campos, Oguisso & Freitas, 2007; Mascarenhas, Melo & Silva, 2016). Por conta disso, o processo de higienização e habitações populares (os chamados cortiços)

foram destruídos nas cidades, as ruas e avenidas remodeladas e higienizadas sem negros. Nesse momento histórico, houve o incentivo maciço da imigração europeia como estratégia de embranquecimento do Brasil, tornando-o um país socialmente superior. Afinal de contas, a meta da eugenia era acabar com as condições sociais degradantes trazidas pelo povo negro, principalmente pela miscigenação evidenciada pela cor da pele e traços anatômicos. Salienta-se aqui a forte intenção de exclusão da mulher negra na sociedade, inclusive dentro das profissões, como a enfermagem por exemplo (Campos & Oguisso, 2008).

### *Maria Jose Bezerra, a Maria Soldado – Biografia*

Maria José Bezerra, negra, filha de escravos, nasceu em Limeira/SP, no dia 9 de dezembro de 1885. Viveu em São Paulo/SP e trabalhou como cozinheira para a família Penteado Mendonça até participar da Guerra Civil da Revolução Constitucionalista de 1932. Seus feitos e posicionamento político favoreceram ser alistada como “enfermeira”. Atuou como integrante da Legião Negra, na linha de frente de batalha de fuzil na mão, combatendo no setor Sul do Estado de São Paulo, precisamente nas cidades de Buri, Ligiana e Itararé (BRASIL, 2015).

Sua participação notória diante da causa constitucionalista permitiu a conquista de ser conhecida como “Maria Soldado” (Figura 1). Interessante ratificar as mulheres presentes na Guerra, majoritariamente negras assumiam papel para atuarem como enfermeiras em hospitais de sangue, nos postos de emergência das brigadas e frente de batalha. Contudo, o alistamento como enfermeira era condicionado à realização de cursos intensivos de saúde e de cuidados de enfermagem. Pelo destaque do seu exercício ao cuidado humano, recebeu o título de enfermeira pela imprensa e honras diante de um temporário reconhecimento social (Ferreira & Campos, 2014).

Figura 1 – Maria José Bezerra, a Maria Soldado.



Fonte: Acervo da Sociedade Veteranos de 32 - MMDC.

Pesquisadores ao estudar as imagens produtoras do ser enfermeira, identificou ao longo dos tempos que é a mulher aquela responsável pelo cuidado de doentes e feridos e isso se dá independentemente da formação profissional. Contudo, sem qualquer tipo de reconhecimento social ou *status* de profissão, seus resultados apontaram que mesmo elas sendo religiosas, o cuidado se constituía no imaginário social como a abnegação e servidão. Portanto, pode-se afirmar que tal concepção de identidade dada a mulher dotada do exercício de cuidar se constituía a partir de seu gênero (Campos & Oguisso, 2008).

O gênero se estabelece como construção social historicamente situada na perspectiva de produção a partir do corpo. Neste sentido, à mulher é atribuído o cuidar e esse mérito não lhe é conferido enquanto pessoa, ou, profissional, mas é atribuído à religiosidade. Entretanto, ela se torna produtora ao manter trabalhadores e soldados vivos e saudáveis (Connell, 2015; Munanga, 2004).

Maria José Bezerra, ao defender a Revolução Constitucionalista na linha de frente da batalha, obteve reconhecimento pela sociedade e jornais da época. Exemplo é a nota impressa no Jornal Gazeta em 5 de setembro de 1932.

*“Uma mulher de cor, alistada na Legião Negra, vencendo toda sorte de obstáculos e as durezas de uma viagem acidentada, uniu-se aos seus irmãos negros em pleno entrincheiramento na frente do Sul, descrevendo a página mais profundamente comovedora, mais profundamente brasileira, da campanha constitucionalista, ao desafiar a morte nos combates encarniçados e mortíferos para o inimigo, MARIA DA LEGIÃO NEGRA! Mulher abnegada e nobre da sua raça”* (SÃO PAULO, 1932).

Após a Revolução de 1932, Maria José Bezerra voltou à sua vida de empregada doméstica, mas sempre se manteve presente nas manifestações estudantis contra a Ditadura. Terminou sua vida vendendo doces e salgados no Hospital das Clínicas de São Paulo/SP (Ferreira & Campos, 2014).

A historiografia do Brasil e da Enfermagem não produziram relatos ou descrições que contasse a história desta mulher negra, ao contrário, preferiu-se deixá-la no último extrato das camadas sociais, ocupando um lugar de invisibilidade e negligência.

Em 1957, com o Jubileu de Prata do movimento constitucionalista, Maria José Bezerra foi escolhida como “Mulher Símbolo de 32”, a mais alta honraria que uma mulher podia almejar, o que demonstrava a admiração e respeito dos ex-combatentes. Como heroína da Revolução, seus restos mortais repousam no panteão dos heróis da Revolução, simbolizado pelo grande e imponente obelisco no Parque do Ibirapuera na cidade de São Paulo (Campos, 2015; Low, 2013).

Maria Jose Bezerra faleceu na cidade natal em 11 de fevereiro em 1958, foi encontrada morta num quartinho de um prédio na Rua Consolação da cidade de São Paulo. Uma heroína caída em esquecimento, assim como todos os demais indivíduos negros que lutaram pela pátria e um estado de negligente reconhecimento (Low & Oguisso, 2014).

Sem dúvidas, seu posicionamento político e suas ações num contexto social de exclusão, tensão política e reconfiguração política do Brasil evidenciaram o cuidado, a essência da enfermagem. A evidência do cuidar conferiu visibilidade a profissão de enfermagem que nesta época inicializa sua profissionalização e jornada político-social para o reconhecimento pela sociedade brasileira (Low & Oguisso, 2014; BRASILa, 2015; Oguisso, Campos & Moreira, 2011).

Em 2015, o vereador Wilson Nunes Cerqueira apresentou o Projeto de Lei nº 99 que dispunha sobre a perpetuação do nome de Maria Soldado (Maria José Bezerra) em uma das ruas, avenidas, praças, ou, logradouros públicos no Município de Limeira. Este Projeto foi aprovado pela Lei 5.539, de 04 de agosto de 2015 (BRASILb, 2015).

Apesar de Maria José Bezerra ter contribuído de forma heroica para a História Brasileira e da Enfermagem, ela permanece invisibilizada na cidade de Limeira/SP e nos currículos de

cursos técnicos e superior de Enfermagem. O que se percebe é a valorização das enfermeiras brancas, como a inglesa Florence Nightingale e a brasileira Ana Justina Ferreira Nery.

## CONCLUSÃO

A história pessoal e profissional da enfermeira negra Maria José Bezerra foi resgatada, descrita e discutida sob a perspectiva de gênero, raça e classe. Apesar de invisibilidade social, sua narrativa histórica demonstrou relevante desempenho, com papel contributivo na construção da identidade da enfermagem no Brasil.

O recorte temático da pesquisa permitiu extrapolar a história de vida da mulher negra, tornada enfermeira e com trajetória de destaque na guerra, mas sobretudo por desvelar dentro da enfermagem a relevância de estudos sociais. Mesmo diante do reconhecimento social e profissional negado por questões racistas e de gênero, os resultados do estudo possibilitaram compreender como a mulher negra ocupou um lugar importante no cuidado ao longo dos tempos no Brasil.

Torna-se necessário neste contexto dar voz na historiografia da profissão, revelando a importância de enfermeiras negras na construção da identidade da enfermagem, sem excluí-las das discussões críticas e do estudo acadêmico. Ao assumir essa postura se rompe com grande parte da forjada historiografia patriarcal, branca e elitista

Houve dificuldade em coletar, reunir e confrontar dados sobre a referida enfermeira, vista a escassez de estudos e matérias dado o racismo estrutural. Acredita-se que este trabalho buscou instigar a produção científica sobre a temática estabelecendo as relações entre os tempos históricos ao conceber o racismo como fenômeno social que perpassa os tempos. Reafirma-se a importância dos estudos de resgate de memória individual ou coletiva das enfermeiras negras.

## REFERÊNCIAS

- Amaro, S. (2005). A questão racial na assistência social: um debate emergente. *Revista Serviço Social & Sociedade*, 26(81), 58-81.
- Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (2013). Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 13 jun. 2013.
- Brasil a. Projeto de Lei nº 99, de 8 de maio de 2015. (2015, 8 de maio). Requer que o nome de “Maria Soldado” seja perpetuado em uma das ruas, avenidas, praças ou logradouros públicos no município de Limeira. Câmara Municipal de Limeira, Recuperado de: <http://siave.limeira.sp.leg.br/Documentos/ListarArquivosPdf/59183>.
- Brasil b. Lei nº 5.539, de 08 de agosto de 2015. (2015, 08 de agosto) Perpetua o nome de “Maria Soldado” (Maria José Bezerra) em uma das ruas, avenidas, praças ou logradouros públicos no município de Limeira. Câmara Municipal de Limeira Recuperado de: <http://siave.limeira.sp.leg.br/Documentos/ListarArquivosPdf/59183>.
- Campos, P.F.S, Oguisso, T. e Freitas, G.F. (2007). Cultura dos cuidados: mulheres negras e formação da enfermagem profissional brasileira. *Cultura de los Cuidados*, 11(22), 33-39.

- Campos, P.F.S. (2012). Programa Enfermagem do SESP: formação e identidade profissional brasileira pós-1930. *Cadernos de História da Ciência*, 8(1),77-90.
- Campos, P.F.S. (2015). As enfermeiras da Legião Negra: representações da enfermagem na revolução constitucionalista de 1932. *Faces de Eva. Estudos sobre a Mulher*, 33,53-65.
- Campos, P.F.S. e Oguisso, T. (2008). A Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e a reconfiguração da identidade profissional da Enfermagem Brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(6), 892-898. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000600017>.
- Connell, R. (2015). Gênero e corporificação na sociedade mundial. *Revista Lusófona de Estudos Culturais*, 3(1), 281-287. <https://doi.org/10.21814/rlec.96>
- Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. (2015). Relatório Final da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde: Fiocruz.
- Faustino, O. (2011). *A Legião Negra - A luta dos afro-brasileiros na Revolução Constitucionalista de 1932*. São Paulo: Selo Negro.
- Fausto, B. (2010). A revolução de 1930: historiografia e história. Rio de Janeiro: Companhia das Letras.
- Fernandes, M.A. (2000). *A Cena Muda*. São Paulo: Ateliê Editorial.
- Ferreira, J.U.G., Campos, P.F.S. (2014). Pérolas Negras: a participação de mulheres negras na Revolução Constitucionalista de 1932. *Revista Trilhas da História*, 3(6),121-148.
- Low, L. (2013). *Enfermeiras negras na revolução constitucionalista de 1932*. (tese de doutoramento). Universidade de São Paulo: São Paulo.
- Low, L., Oguisso, T. (2014). Mary Seacole e Maria Soldado: enfermeiras negras que fizeram história. *Cultura de los Cuidados* 18(38), 64-70. <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.38.9>
- Mascarenhas, N.B., Melo, C.M.M., Silva, L.A. (2016). Gênesis do trabalho profissional da enfermeira no Brasil (1920-1925). *Revista Escola de Enfermagem Anna Nery*, 20(2),220-227. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160029>
- Munanga, K. (2004). Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. Seminário Nacional de Relações Raciais e Educação, Rio de Janeiro. Recuperado de <https://www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2014/04/Uma-abordagem-conceitual-das-nocoes-de-raca-racismo-identidade-e-etnia.pdf>
- Oguisso, T., Campos, P.F.S. e Moreira, A. (2011). Enfermagem pré-profissional no Brasil: questões e personagens. *Enfermagem em Foco*, (2),68-72.
- Padilha, M.I., Nelson, S. e Borenstein, M.S. (2011). As biografias como um dos caminhos na construção da identidade do profissional da Enfermagem. *História Ciências e Saúde – Manguinhos*, 18(supl.1):241-52. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702011000500013>
- Pereira, A.J.B.B. e Valente, A.L.E.F. (2014). O negro na Revolução Paulista de 32 – Entrevista com Raul Joviano do Amaral. *Revista USP*, (102), 101-109. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i102p101-109>
- Pinheiro, C.W. (2015). O cuidado das amas-de-leite e o protagonismo do negro na história da enfermagem: uma luta por equidade. *Here-História da enfermagem: revista eletrônica*, 6(1), 124-34.
- São Paulo (Estado). Participação da mulher na Revolução de 32 é marco importante para legado feminino no país. *Jornal A Gazeta*. 05.09.1932. Recuperado de: <https://www.migalhas.com.br/quentes/204015/participacao-da-mulher-na-revolucao-de-32-e-marco-importante-para-legado-feminino-no-pais>.
- Silva, T.A. e Freitas, G.F. (2018). Perfil sociodemográfico, socio-culturales y académicos de estudantes de enfermería en una institución de educación privada. *Cultura de los cuidados*, 12(52), 129-141. <https://doi.org/10.14198/cuid.2018.52.12>
- Villa, M.A. (2010). *A revolução de 1932 Constituição e cidadania*. São Paulo: Imprensa Oficial.

# La labor del Protomedicato en la salud pública en el virreinato del Perú

## *The work of the Protomedicato in public health in the viceroyalty of Peru*

## O trabalho do Protomedicato na saúde pública no vice-reinado do Peru

PAULA ERMILA RIVASPLATA VARILLAS

### Paula Ermila Rivasplata Varillas

Universidad Nacional Federico Villarreal,  
Lima, Perú.  
rivasplatavarillas@gmail.com  
<https://orcid.org/0000-0001-7036-6436>

**Fecha recepción:** 08/12/2023

**Fecha aceptación:** 11/02/2024

**Financiación:** Este trabajo no ha recibido financiación.

**Conflicto de intereses:** La autora declara no tener conflicto de intereses.



**Licencia:** Este trabajo se comparte bajo la licencia de Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons (CC BY-NC-SA 4.0): <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

© 2024 Paula Ermila Rivasplata Varillas

### Resumen:

El objetivo de la presente investigación es conocer el papel que cumplió el Protomedicato en la salud pública en el virreinato del Perú. La metodología utilizada fue la narración histórica siguiendo el método heurístico y hermenéutico, utilizando fuentes primarias documentales de archivos históricos peruanos y españoles. El resultado obtenido fue confirmar que el Protomedicato veló por la salud de los vecinos y que tenía carácter administrativo judicial y sus funciones principales fueron regularizar la labor de los que ejercieran cualquier tipo de atención sanitaria, otorgando licencias, fijando aranceles y vigilando el trabajo realizado en las boticas y la calidad de los medicamentos, a través de visitas periódicas. La conclusión determina que hubo mejoras sanitarias como consecuencia de la gestión del Protomedicato en el virreinato del Perú, proponiendo medidas salubres e, incluso, disponía la movilización de personal médico a través del virreinato y participaba ante cualquier consulta de otras entidades coloniales, como el cabildo, referentes a salud pública, como eliminación de acequias, declaración de pestes, y otros.

**Palabras clave:** Protomedicato; salud pública; virreinato; Perú.

### Abstract:

The objective of this research is to know the role that the Protomedicato played in public health in the viceroyalty of Peru. The methodology used was historical narration following the heuristic and hermeneutic method, using primary documentary sources from Peruvian and Spanish historical archives. The result obtained was to confirm that the Protomedicato looked after the health of the neighbors and that it had a judicial administrative nature and its

**Citación:** Rivasplata Varillas, P. E.(2024). Maria José Bezerra (Maria Soldado): La labor del Protomedicato en la salud pública en el virreinato del Perú. *Cultura de los Cuidados*, (68), 189–200. <https://doi.org/10.14198/cuid.26145>



main functions were to regularize the work of those who carried out any type of health care, granting licenses, setting tariffs and monitoring the work carried out in pharmacies and the quality of medicines, through periodic visits. The conclusion determines that there were health improvements as a consequence of the management of the Protomedicato in the viceroyalty of Peru, proposing health measures and even ordered the mobilization of medical personnel throughout the viceroyalty and participated in any consultation from other colonial entities, such as the council, referring to public health, such as elimination of ditches, declaration of pests, and others

**Keywords:** Protomedicine; public health; viceroyalty; Peru.

**Resumo:**

O objetivo desta pesquisa é conhecer o papel que o Protomedicato desempenhou na saúde pública no vice-reinado do Peru. A metodologia utilizada foi a narração histórica seguindo o método heurístico e hermenêutico, utilizando fontes documentais primárias de arquivos históricos peruanos e espanhóis. O resultado obtido foi confirmar que o Protomedicato zelava pela saúde dos vizinhos e que tinha caráter administrativo judicial e suas principais funções eram regularizar o trabalho de quem realizava qualquer tipo de assistência à saúde, concedendo licenças, fixando tarifas e acompanhamento do trabalho realizado nas farmácias e da qualidade dos medicamentos, através de visitas periódicas. A conclusão determina que houve melhorias na saúde como consequência da gestão do Protomedicato no vice-reinado do Peru, propondo medidas sanitárias e ainda ordenou a mobilização de pessoal médico em todo o vice-reinado e participou de qualquer consulta de outras entidades coloniais, como o conselho, referentes à saúde pública, como eliminação de valas, declaração de pragas, entre outros

**Palavras-chave:** Protomedicina; saúde pública; vice-reinado; Peru.

## INTRODUCCIÓN

El Real Protomedicato del Perú con sede en Lima se estableció formalmente en 1570 durante el reinado de Felipe II, aunque antes de esa fecha ejercieron protomédicos provisionales. Los cabildos y las reales audiencias controlaron la labor médica cuando no había protomédico sustituto ni oficial (Rivasplata, 2018, pp.108-120). El Protomedicato estaba conformado por el protomédico general del virreinato que era, también, el presidente del tribunal, los alcaldes examinadores de medicina y de cirugía, un asesor letrado, el fiscal, el escribano, el alguacil mayor y el portero que por lo regular era el mismo soldado que se destinaba para auxiliar las necesidades del Protomedicato. Ninguno de estos tenía sueldo señalado y solo percibía la renta de ochocientos pesos de la cátedra de Prima de medicina, y las entradas monetarias, provenientes de las visitas a boticas y de los exámenes de médicos que eran pocos y de los cirujanos que apenas eran tres o cuatro al año. A fines del siglo XVIII, el costo de los exámenes ascendía a setenta pesos y las visitas de las boticas cada dos años podían llegar a veinte, contribuyendo cada una cincuenta y cuatro pesos, los cuales eran distribuidos entre todos los miembros del Protomedicato (AGI. Lima 686, Carta n° 80, 29/10/ 1788).

Las principales obligaciones del protomedicato fueron la verificación de títulos, y la concesión de licencias para ejercer a los médicos, cirujanos, barberos, sangradores, boticarios y otros que daban servicios de salud, previa demostración de sus conocimientos y experiencia a través de un examen. Otros de sus deberes fueron controlar la calidad de los medicamentos vendidos en las boticas para evitar vender medicamentos añejos, alterados u obsoletos y homogenizar sus precios, presentando al cabildo un memorial con las tasas, por las que deberían venderse y las penas a los infractores que fluctuaba entre una multa al destierro. El Protomedicato visitaba cada dos años las boticas de la ciudad de Lima, teniendo facultad para repetir esta diligencia siempre que lo tuviera por conveniente. También, debía comprobar que las medicinas simples y compuestas que se elaboraban y vendían en las boticas fueran de la calidad requerida y de reciente elaboración, obligando que estuvieran bien surtidas las boticas y mandando cerrar las que no eran asistidas de boticarios examinados (AGI. Lima 663, Carta n° 287 del Virrey Jáuregui a José de Gálvez, 16/11/1783).

El Protomedicato controlaba el ejercicio de la salud pública, al asesorar en temas de salubridad y al velar que los vecinos fuesen atendidos por profesionales cualificados y tenía jurisdicción privativa de todas las causas criminales que se formaran contra los médicos, cirujanos y sangradores por los delitos que cometiesen en sus respectivos oficios (Laval, 2003:117). También, visitaba hospitales y sancionaba las infracciones y reincidencias y podía nombrar tenientes en las ciudades principales del Virreinato para que ejercieran las funciones que le competían (AGI. Lima 686, Carta n° 80 del virrey Croix a Antonio Porlier, 30/03/1789). Además, los protomédicos eran al mismo tiempo catedráticos de Prima de Medicina en la Real Universidad de San Marcos (AGI, Lima 411, 26/05/1722, s/f).

A finales del siglo XVI, ante la urgente necesidad que había de examinar las licencias y los títulos de los médicos y cirujanos, y verificar las destrezas de las demás personas que curaban sin las debidas certificaciones, el cabildo a través del procurador mayor de la ciudad Luis Rodríguez de Serna solicitó al virrey Martín Enríquez de Almansa una solución a la demanda y nombró a dos protomédicos Álvaro Torres y Martín Enríquez el 1 de septiembre de 1582 (Zavala, 2010, p. 153). De esta manera, el superior gobierno respondió



rápida a la petición, pues no hacer la inspección y control de los que practicaban la curación, ocasionaría perjuicio a la salud pública. Asimismo, las boticas debían ser visitadas por las autoridades, lo que no se estaba haciendo, con el objetivo de verificar la presencia de boticarios responsables de elaborar medicinas esenciales y comprobar que no se vendiesen “corrompidas”. En ese caso, debían ser derramados públicamente, para que no las usaran y castigar a los boticarios que en sus boticas las hubieran vendido (AHLM. Libro de cédulas y provisiones 2 (S. XVI-XIX), 1582, f. 13v).

Los protomédicos debían contribuir con el avance del conocimiento médico y difundir resultados, publicando temas de sanidad, medicina y salud pública. Este fue el caso de Juan de Vega, médico de cámara del virrey conde de Chinchón, que en 1633 recibió el título de protomédico del reino del Perú, y ocupó la cátedra “De prima de medicina” en la Universidad de Lima, que volvió a abrir el mencionado virrey en 1634 (Bromley, 1963) (AHLM. Libro 7 de cédulas y provisiones (1631-1634), f. 92 v). Según el médico Gaspar Caldera de Heredia, en su libro póstumamente editado “Tribunal medicum, magicum et politicum” (1658), atribuye al protomédico Juan de Vega la introducción de la quina como elemento terapéutico de la malaria, al llevar consigo gran cantidad de polvo y de corteza a Sevilla, diciendo que había hecho con ellos diversas pruebas con éxito en la Universidad de Lima (López Piñero, 2007: 282). La quina era conocida como corteza o polvo de Vega o del Cardenal de Lugo. Si bien Juan de la Vega hizo conocida la quina como remedio para la malaria, fue más, ampliamente, difundida por los jesuitas en España y Roma (López Piñero, 2007, pp. 288-299).

## METODOLOGÍA

Las fuentes primarias utilizadas fueron los libros de sesiones capitulares del cabildo limeño colonial y los libros de cédulas y provisiones reales que están resguardados en el Archivo Histórico de Lima Metropolitana (AHLM). Otro repositorio utilizado fue el Archivo General de la Nación del Perú, en Lima, Perú (AGN) y el Archivo General de Indias en Sevilla, España (AGI). Por ejemplo, en los cedularios, se han encontrado, entre otros documentos, algunos nombramientos de protomedicatos, como el de Pedro de Requena que tenía un título del rey que le hacía merced del Protomedicato del Perú, ciudad de Panamá y el puerto del Callao. El documento fue transcrito en el libro de cédulas, provisiones y ordenanzas en 1665 (AHLM. Libro de cabildo 28 (1664-1669), 6/11/1665, f. 44r; AHLM. Libro de cédula y provisiones 17, 1688-1692, f. 412v). Las consultas del cabildo limeño sobre temas de salud pública al Protomedicato están presentes en estos libros capitulares de la capital del virreinato. Toda esta información ha pasado por un proceso heurístico y hermenéutico para comprender la importancia del Protomedicato del Perú en la salud pública colonial.

El cuadro adjunto visualiza los documentos seleccionados que conformaron el corpus documental que permitió la presentación de los resultados de la investigación.

Archivo Histórico de Lima Metropolitana, Perú (AHLM)	
Serie documental libros de cédulas y provisiones reales	Serie documental libros cabildos de la municipalidad de Lima metropolitana. Correspondencia, instrucción salud y farmacia
<p>AHLM. Libro de cédulas y provisiones 2 (S. XVI-XIX),1582, f.13v; AHLM. Libro de cédulas y provisiones 4 (1606 a 1614), s/f; AHLM. Libro de cédulas y provisiones 11(1653-1659),8/02/1653, f.3r; AHLM. Libro de cédulas y provisiones 17 (1688-1692), f. 432 v; AHLM. Libro de cédulas y provisiones 19 (1705- 1716), 1705, f.403v; AHLM. Libro de cédulas y provisiones 24 (1644-1649), 17/06/1652, f. 201r –v; 2/11/1652, f. 239 v; 10/03/1653, s/f; AHLM. Libro de cédulas y provisiones, 26(1788-1798), f.119r; AHLM. Libro de cédulas y provisiones 27, (1798-1820), f.82v; 16 y 26 /11/1802. s/f; AHLM. Libro de cédulas y provisiones 28(1782-1786), s/f.</p>	<p>Siglo XVII: AHLM. Libro de cabildo de Lima 26 (1655-1659), 23/02/1656, f.41r; AHLM. Libro de cabildo de Lima 28(1664-1669), 26/01/1665, f. 22 r.</p> <p>Siglo XVIII: AHLM. Libro de cabildo 38 (1784-1793), 9/06/1791, s/f; AHLM. Libro de cabildo 39 (1793-1801); 25/09/1794, s/f; 21/08/1795, s/f; 21/08/1795, s/f; 12/02/1796, s/f; 24/12/1799, s/ f14/01/1800, s/f.</p> <p>Siglo XIX: AHLM. Libro de cabildo 40 (1801-1805), 8/01/1802, s/f; 19/11/1802, s/f; 15/11/1802,s/f.</p> <p>AHLM. Correspondencia, junta municipal, instrucción salud y farmacia (1813-1823), 12/04/1821, s/f.</p>
Archivo General de la Nación, Lima, Perú (AGN)	
AGN. CA-GC4, legajo 30, expediente 53, fs. 27, 03-03-1802	
Archivo General de Indias, Sevilla, España (AGI)	
AGI, Lima 411, 26/05/1722, s/f; AGI. Lima 663, Carta nº 287 del Virrey Jáuregui a José de Gálvez, 16/11/1783; AGI. Lima 686, Carta nº 80, 29/10/ 1788; 30/03/1789; AGI. Indiferente,429,L39, 28/08/1648, f. 60v-61r; AGI. Lima 676, 2/02/91787, s/f.	

## DESARROLLO

### *El papel del Protomedicato en la vigilancia de la salud pública*

Una de las labores de la institución estudiada fue examinar los conocimientos y habilidades de los pretendientes a cirujanos, barberos, boticarios y otros que no tenían una certificación física, como títulos. En 1609, el pretendiente a boticario Bernardo Gil era natural de la Ciudad de los Reyes y tenía 25 años al solicitar su examen al protomédico, este lo describió físicamente para confirmar que se trataba de aquella persona y no otra, indicando que era pequeño y con una señal de herida en la mano derecha y con tres lunares en el rostro. El trabajo de este boticario ya era conocido en la ciudad, pues lo había practicado con boticarios examinados por más de seis años y era hábil en el oficio. El protomédico mayor Iñigo de Hornero con asistencia del boticario Luis Nieto Maldonado examinaron a Bernardo Gil en el arte de boticario, teniendo como testigo al cirujano Luis de Molina. Al candidato le hicieron muchas preguntas y repreguntas en latín y romance sobre la elección

y elaboración de las drogas, compuestos y medicinas. Incluso, leyó un libro de latín de Juan Mesué, médico sirio nestoriano de la Antigüedad tardía, sobre los compuestos de las medicinas, bastante consultado entre los eruditos en la materia en la Lima del siglo XVI (Rabí, 2006, 176). Finalmente, aprobó el examen y, de este modo, obtuvo licencia para poder ejercer su oficio libremente en todos los reinos y señoríos españoles durante toda su vida, pudiendo tener tienda y botica pública, sin que nadie le impidiese ejercer su oficio. De este modo, recibió la licencia, título y carta de examen (AHLM. Libro de cedula y provisiones 4 (1606 a 1614), s/f). El 18 de noviembre de 1609, Bernardo Gil juró ante la biblia y la cruz, usar bien y fielmente el arte de boticario y que elaboraría las medicinas bien y no daría veneno y que periódicamente repartiría medicinas entre los pobres, a modo de limosna. Este juramento lo hizo ante el protomédico, los testigos y el fiscal de juzgado del Protomedicato (Newson, 2017, p. 39) (AHLM. Libro de cedula y provisiones 4 (1606 a 1614), 1624, f.161r).

Los barberos solían tener tienda antes de examinarse por seis meses. En 1665, el maestro barbero Juan Enríquez solicitó licencia al cabildo para tener una tienda barbería en la calle arzobispal por seis meses y pasado aquel tiempo poder examinarse del mencionado oficio, según ordenanzas. Pagaba el derecho de la media annata que era un impuesto creado por Real cédula en 1631. Este impuesto obligaba al beneficiario al pago de la mitad de los emolumentos correspondientes al primer año (AHLM. Libro de cabildo de Lima 28(1664-1669), 26/01/1665, f. 22 r). Pero en el siglo XVIII, el cabildo ordenó que ninguna persona abriese tienda de oficio sin que fuese previamente examinado (AHLM. Libro de cedula y provisiones 19 (1705- 1716), 1705, f.403v).

En 1648, la Metrópoli instó al virrey Conde de Salvatierra para que diese las ordenes necesarias a los jueces y justicias de su distrito a fin de que no ejerciese la medicina ni cirugía, en lugares de españoles, ninguna persona que no presentara pruebas fidedignas de haber dado y aprobado el examen. El Consejo de las Indias sabía que muchas personas ejercían la medicina y cirugía sin haber rendido el examen y obtenido la aprobación. De esta manera, transgredían las leyes, resultando en inconvenientes, por lo que debían dar las ordenes necesarias para que los jueces y justicias de la gobernación, no consintiesen que ninguna persona ejerciera la medicina ni la cirugía, sin que primero diesen exámenes. La ejecución de lo referido solo era aplicado en los lugares en que fuesen asistidos españoles, sin que para ello fuesen comprendidos los de los indios. Este mandado fue enviado al presidente de la Audiencia de Chile, al presidente del Audiencia de Santa Fe, al Presidente del Audiencia de Charcas, al Presidente del Audiencia de Tierra Firme y al presidente del Audiencia de Quito (AGI. Indiferente, 429, L39, 28/08/1648, f. 60v-61r).

En caso que el pretendiente a ejercer su oficio ya tuviera un examen realizado en la Metrópoli, entonces aquella carta examen en que constaba su licencia para ejercer debía ser entregado al cabildo para su verificación, la que posteriormente era devuelta, sin necesidad de volver a examinarse ante el Protomedicato. Por ejemplo, en la sesión capitular del 23 de noviembre de 1656, se vio una carta de examen despachada por Juan Lozano que era el sangrador de cámara de rey y barbero general, alcalde examinador mayor de todos los barberos flebotomistas del reino, realizada en Sevilla el 25 de mayo de 1646. Este documento declaraba por maestro examinado en el arte de barbero flebotomiano a Manuel Rodríguez, pudiendo poner tienda pública en todas las ciudades, villas y lugares del reino. El barbero

lo presentó al cabildo limeño que lo revisó, comprobando el contenido de la carta examen, en el que se le declaraba examinado, por lo que se le dio licencia para que la pudiese usar en Lima y en las demás partes que le pareciera con tienda pública y contara con oficiales y aprendices, sin incurrir en pena alguna. El cabildo le devolvió la carta examen (AHLM. Libro cabildo de Lima 26 (1655-1659), 23/02/1656, f.41r). Otro caso similar ocurrió en 1695 cuando el cirujano, licenciado Manuel Antonio de Miranda presentó un título de haber sido examinado y aprobado en Granada el 6 de junio de 1687 y pedía que fuese asentado en los libros de cédulas y provisiones reales y, después devolverle el documento original. Este cirujano era natural de la ciudad de Antequera, diócesis de Málaga, y según su permiso para ejercer, era de elevada estatura, calvo con varias heridas en la frente y en las manos. En la Metrópoli había practicado el arte de cirugía y algebra por cinco años. Al llegar al reino del Perú, presentó su licencia para ejercer su oficio, al haber aprobado el examen sobre la anatomía del cuerpo humano y la curación de las heridas y llagas y en todo lo demás relativo a su arte en Granada. Además, curó algunos enfermos de diferentes heridas y llagas. Las autoridades fueron testigos de su habilidad y suficiencia, por lo que aprobaron el examen y le entregaron licencia para que pudiese ejercer la cirugía en todas las ciudades villas y lugares de los reinos y señoríos del rey español. Sin embargo, tenía que obedecer ciertas restricciones, el cirujano no podía ordenar ni ejecutar la realización de sangrías, pues era una atribución que solo el médico podía ordenar, siendo un sangrador quien extrajera la sangre. Cualquier autoridad debía dejar que ejerciera su oficio, sin impedimento alguno (AHLM. Libro de cedula y provisiones 17 (1688-1692), f. 432 v).

El Protomedicato participaba ante cualquier debate público que tratara de salud pública. Por ejemplo, a mediados del siglo XVIII, el cabildo debatió la necesidad de cerrar las acequias interiores porque provocaban más problemas que beneficios como generación de basura. El cabildo consultó al Protomedicato sobre su parecer al respecto en 1766 durante el gobierno del virrey Amat y Junyent, y su dictamen fue que las acequias interiores eran perjudiciales a la salud pública (AHLM. Libro de cabildo 39 (1793-1801), 12/02/1796, s/f). Los vecinos afectados por destrucción de propiedad por acequias y cañerías rotas solicitaban la participación y dictamen del Protomedicato porque podían en peligro la salud de los vecinos y de los hospitales aledaños, por las enfermedades a generarse (AGN. CA-GC4, legajo 30, expediente 53, fs. 27, 03-03-1802).

Durante toda la colonia, las autoridades ediles y del Protomedicato insistieron en respetar las normas de cuidado de la salud. Así, el 5 de mayo de 1791, el cabildo ordenó no dar licencia para abrir tienda de barbero, sin aprobación del Protomedicato (AHLM. Libro de cédulas y provisiones, 26(1778-1798), f.119 r). El barbero Juan de Mata Céspedes lo obtuvo al presentar su título al cabildo. Sin embargo, carecía de la aprobación del protomédico, por lo que tuvo que cerrar la tienda inmediatamente, hasta que esta autoridad le diese la orden de la apertura. Este auto fue copiado en los libros de cabildo y notificado al protomédico general. En la sesión capitular del 9 de agosto de 1791, el cabildo consultó al protomédico general sobre el cierre de la tienda de barbería del mencionado barbero(AHLM. Libro de cabildo 38 (1784-1793), 9/06/1791, s/f).

El 8 de enero de 1802, el cabildo trató un expediente enviado por el barbero Joaquín de los Sainos sobre que otro no examinado desocupara una tienda que ocupaba en la calle de los Plateros y se le diese el lugar al denunciante. El cabildo informó el caso al procurador de

la ciudad para que se informase y emitiese una resolución. Llama la atención que no fuese consultado al Protomedicato (AHLM. Libro de cabildo 40 (1801-1805), 8/01/1802, s/f).

Una de las labores del protomédico era realizar un balance de las enfermedades, pestes que afectaron al virreinato y las acciones tomadas. Por ejemplo, el protomédico general don Bernabé Ortiz de Landaeta informó al arzobispo virrey Diego Morcillo Rubio de Auñón de Robledo la propagación de la peste de 1722 que afectó el sur del virreinato, Cuzco, Charcas y Potosí. El virrey informó a la Metrópoli con certificaciones del Protomedicato, las acciones realizadas (AGI, Lima 411.Lima 26/05/1722, s/f). Asimismo, el protomédico Miguel Tafur informó que en el año de 1821 destacaron las tercianas, disenterías, las anginas ulceradas, catarros endémicos, las viruelas, y que era necesario concienciar a algunos padres de la importancia de la vacuna, pues no permitían vacunar a sus hijos contra la viruela por ignorancia, y que los párrocos y confesores debían cooperar a eliminar este temor por la vacuna, que aún subyacía en el pueblo (AHLM. Correspondencia, junta municipal, instrucción salud y farmacia (1813-1823), 12/04/1821, s/f).

### *Labores del Protomedicato en salud pública que compartían con otras instituciones coloniales*

El cabildo era una entidad más antigua que el Protomedicato, el que se fundó en 1477 en la Metrópoli de la monarquía hispánica, y muchas de sus actividades ya las asumía el ayuntamiento y continuó realizándolo, como la visita a boticas y la elaboración de ordenanzas gremiales de actividades vinculadas a la salud humana (Guerra, 1999, 38). Estas constituciones eran realizadas por orden del cabildo limeño que lo delegaba a un especialista en la materia. Por ejemplo, en 1652, los cirujanos y barberos de la ciudad de Lima habían solicitado que las autoridades realizaran sus ordenanzas para el buen uso del oficio. Finalmente, el virrey García Sarmiento de Sotomayor, conde de Salvatierra, instó al cabildo a elaborar las ordenanzas, que la comisión delegó a Juan de Figueroa que era barbero y regidor perpetuo del cabildo limeño el 17 de agosto de 1652 (AHLM. Libro de cédulas y provisiones 24 (1644-1649), 17/06/1652, f. 201r –v). Casi tres meses después, el 2 de noviembre, el cabildo examinó los capítulos de la ordenanza y fue remitida al procurador general de la ciudad para que la presentara al virrey para su confirmación y ordenara su publicación. Las ordenanzas serían guardadas en los libros cedularios del cabildo (AHLM. Libro de cédulas y provisiones 24 (1644-1649), 2/11/1652, f. 239 v). Esta ordenanza indicaba que algunos aprendices del oficio de cirujanos y barberos que por cualquier causa fueren despedidos de los maestros u oficiales con los que estaban trabajando y aprendiendo, al dejar de asistir a sus tiendas, no podían practicar sus oficios en casa alguna porque perjudicaban a sus maestros, al quitarles caseros. Al cabo de un año y un día después podían tener tienda que debían estar en un radio de cuatro cuadras de distancia de los oficiales que se despidieron o que les despidieron. Los maestros exigían el examen a los nuevos aspirantes de estos oficios, para prevenir que ejercieran personas no experimentadas en el oficio, evitando errores especialmente en el uso de las sangrías (AHLM. Libro de cédulas y provisiones 11 (1653-1659), 8/02/1653, f. 3r). El 10 de marzo de 1653, el procurador general de la ciudad Joseph de los Ríos pidió el cumplimiento de las ordenanzas y el cabildo permitió que se cumpliera, publicara y pregonara públicamente (AHLM. Libro de cédulas y provisiones 24 (1644-1649), 10/03/1653, s/f). Acto seguido, los maestros cirujanos y barberos Antonio Álvarez Cortes, Bartolomé de Ortega y Juan de Aguirre presentaron petición para examinar a los nuevos

barberos. Así, el Protomedicato y el cabildo velaban por el bienestar y salud de la población, por lo que ambas autoridades realizaban visitas a las boticas, para inspeccionar los productos expedidos y sus precios (Tejeda et al, 2014, p. 50).

Otra institución de tardío surgimiento a raíz de las reformas borbónicas fue la policía que realizó tareas de vigilancia de la salud pública (Rivasplata, 2017, p. 271). A finales del siglo XVIII, las reformas borbónicas impactaron positivamente en el bienestar general con “el Nuevo reglamento de policía agregado a la instrucción de alcaldes de barrio” de 1786 realizado por el superintendente de Lima Jorge de Escobedo (AGI. Lima 676, 2/02/91787, s/f). Su ejecutor fue el teniente de policía José María de Egaña quien cumpliendo esta normativa, dispuso que las camas, ropas y demás muebles de los que morían de enfermedades contagiosas fueran quemadas. El teniente trabajaba en forma mancomunada con los alcaldes de barrio quienes le proporcionaban información de las causas de mortandad en la ciudad y si alguna era, sobre todo, contagiosa. Asimismo, los médicos debían informar sobre posibles brotes de peste, tan pronto como fuese posible, porque era parte de su obligación para dar al protomédico el aviso oportuno (AHLM. Libro de cédulas y provisiones 28(1782-1786),s/f).

En la documentación primaria se encontró un caso a fines del siglo XVIII que muestra un ejemplo de como las intenciones del Protomedicato que tenía una perspectiva más amplia podían ser frenadas y paradas por otras instituciones más interesadas y localistas como el cabildo limeño. El protomédico general propuso el desplazamiento de médicos a diferentes puntos del virreinato por casos específicos. Pero, el cabildo y su procurador general intervinieron para frenarlo. Así en el 24 de diciembre de 1799, el procurador sugirió al virrey que el protomédico no propusiera para las provincias profesores que ocuparan puestos en la capital limeña. Es decir, que no debía enviarse a provincias a los cirujanos renombrados y más aventajados en su profesión que ocupaban puestos importantes en la capital, y se hallaban encargados de la asistencia a las principales familias, comunidades religiosas, conventos, monasterios, colegios y hospitales y casas de vecinos principales. Se refería específicamente a los bachilleres Puente y Valdez, quienes por lo general concurrían a las juntas y a los hospitales. El protomédico general del reino les propuso para el viaje a Chiloé en el próximo navío, lo que dio merito a que se acordase que se dirigiese la correspondiente consulta al virrey para que contuviese al protomédico general. Otros cirujanos deberían ir, teniendo presente la preferente atención que merecía esta capital y que la falta de profesor en aquellas provincias, puede suplirse con otros sujetos hábiles que no tuviesen tantas obligaciones (AHLM. Libro de Cabildos 39 (1793-1801), 24/12/1799, s/f). Ante el pedido del procurador, el 14 de enero de 1800, el cabildo presentó un expediente para no enviar al puerto de Chiloé a los cirujanos propuestos, para que estos vecinos no fuesen perjudicados (AHLM. Libro de Cabildos 39 (1793-1801), 14/01/1800, s/f).

Así vemos que el cabildo limeño asumía sus funciones en salud pública de la ciudad, denunciando falencias, que podían chocar con funciones de otras instituciones coloniales, como el Protomedicato. El 25 de septiembre de 1794, el cabildo manifestó un pedido del síndico procurador general en la necesidad que había en la capital de un profesor de medicina, proponiendo al médico y cirujano de la real armada Manuel José Loreto a fin de que se estableciera en la ciudad a beneficio de la causa pública (AHLM. Libro de Cabildos 39 (1793-1801), 25/09/1794, s/f).

De esta manera, la salud pública de la ciudad podía ser gestionada por varias autoridades de manera paralela y de manera independiente, imponiéndose unas sobre otras o en consenso entre ellas. Sin embargo, la consciencia que algunas costumbres debían ser erradicadas para preservar la salud general fueron asumidas paulatinamente entre las autoridades, como el entierro a extramuros de la ciudad. Así, en 1795, una denuncia proveniente del alcalde sobre lo nocivo que era colocar cadáveres en la puerta de la capilla de la cárcel de la ciudad y que, únicamente, debían permitirse aquellos casos que exigían de reconocimiento judicial. Ordenaron que el alguacil mayor estuviera vigilante del cumplimiento de esta orden (AHLM. Libro de Cabildos 39 (1793-1801), 21/08/1795, s/f).

De todas las enfermedades que sufría el vecindario limeño, el de la viruela era bien notoria, causando estragos entre su población. Sus efectos en aquel año de 1802 no solo se habían visto en esta capital sino también en las haciendas y poblaciones inmediatas y las de Chancay y Huaura. En los veintitrés barrios limeños de que se había tomado razón había ascendido el número de los enfermos de viruelas a 1700 y de estos en peligro estaban 460. Este crecido número de muertes obligaba sin duda, a tomar precauciones para evitar la propagación (AHLM. Libro de Cabildos 40 (1801-1805), 19/11/1802, s/f).

Ante esta situación, el cabildo deliberó y acordó que hiciera un informe al virrey, justificando el rechazo de la inoculación en la ciudad de Lima, utilizando la disertación escrita e impresa en Madrid del año 1784 del médico Francisco Gil de los riesgos que provocaría un proceso mal hecho que constaba en la real orden de 15 de abril de 1785 (Gil, 1784, 174) (AHLM. Libro de Cabildos de Lima 40 (1801-1805), 15/11/1802, s/f). El cabildo temía la expansión de la viruela en la ciudad y produjera estragos, transmitiéndose de persona enferma a sana. Por lo que debían tomarse medidas, para evitar consecuencias negativas. El cabildo sugirió al virrey utilizar las casas y hospitales de campo fuera de la ciudad donde pudiesen estar los inoculados y permanecer hasta su restablecimiento porque consideraban que era la única manera de practicarla, sin riesgo ni daño de terceros. Por eso, las autoridades francesas no aceptaron la inoculación, que también había sido suspendida en Alemania. Los ingleses y austriacos eran los más entusiastas, aunque con reservas. El cabildo pedía al virrey que comunicara la correspondiente orden al protomédico general del reino para que todos los profesores médicos se abstuvieran a inocular dentro de la ciudad y que lo ejecutaran únicamente en el campo y siempre fuera de población. De esta manera, el virrey y el cabildo se opusieron al trabajo del Protomedicato de la inoculación del fluido contra la viruela por el riesgo que conlleva su manipulación.

## CONCLUSIONES

El Protomedicato desempeñó un papel social, administrativo y jurídico como tribunal, pues uno de sus deberes era sentenciar pleitos sobre salud pública y obligar a que cumplieran las normas legales del ejercicio profesional. Controló que los médicos, cirujanos y boticarios cumplieran con las normas legales del ejercicio profesional, la estricta delimitación de las atribuciones de cada uno de los oficios sanitarios, los exámenes de reconocimiento o de revalidación de títulos, la licencia para la práctica a los profesionales salidos de las universidades, previas pruebas de competencia que debían rendir, la inspección de

hospitales y boticas, la fijación de honorarios profesionales, el control del curanderismo y las multas por infracciones o reincidencias, el diagnóstico de los casos sospechosos de contagio y la adopción de medidas preventivas y curativas en caso de epidemias, la vigilancia de los preceptos higiénicos en los alimentos y otras actividades más, entre las cuales figuran funciones de policía sanitaria y aún de tipo médico legal, ratifican a las claras el saldo positivo de los protomedicatos. El Protomedicato compartió algunos roles y disensiones o desacuerdos con instituciones locales, como el cabildo. A fines del siglo XVIII, trabajo en forma mancomunada con una institución reformista de reciente fundación, la intendencia de policía.

## BIBLIOGRAFÍA

- Bromley, J. (1963). *Libros cabildos de Lima. Libro Vigésimo segundo*. Años 1631-1633. Lima: Consejo Provincial de Lima. Impresores Torres Aguirre.
- García, U. (2003). La implantación de la viruela en los andes, la historia de un holocausto, *Revista Peruana Medicina Experimental, Salud Publica*, 20(1), 41-50. Recuperado de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342003000100009](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342003000100009).
- Gil, F. (1784). *Disertación físico-médica en la cual se prescribe un método seguro para preservar a los pueblos de las viruelas hasta lograr la completa extinción de ellas en el reino*. Madrid: Imprenta de don Joaquín Ibarra. Recuperado de <https://liburutegibiltegi.bizkaia.eus/handle/20.500.11938/77410>
- Gómez-Gallo, A. (2003). La medicina en el descubrimiento de América, *Gaceta Médica Mexicana*, 139(5), 519-522. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2003/gm035m.pdf>
- Guerra, F. (1999). Felipe II y el protomedicato de las Indias, *Mar Océana: Revista del humanismo español e iberoamericano*, (4), 35-44.
- Guillén, J. J. (2022). La epidemia de viruela de 1794-1795 en Chiapas y Guatemala, *Revista Pueblos y fronteras digital*, (17), 1-30. Recuperado de <https://www.scielo.org.mx/pdf/rpfd/v17/1870-4115-rpfd-17-e556.pdf>.
- Laval, E. (2003). El protomedicato en el desarrollo de la salubridad en Chile durante la Colonia y la República, *Revista chilena de infectología*, (20), 117. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182003020200043>
- López, J. M. (2007). *Medicina e Historia natural en la sociedad española de los siglos XVI y XVII*. Valencia: Universitat de Valencia.
- Mera, A. (2020). La continuidad de la prevención de la viruela en el Perú: medidas del Superior Gobierno (1806-1820) al Gobierno del Protectorado (1822), *Mercurio Peruano. Revista De Humanidades*, (533), 18-31. Recuperado de <https://revistas.udep.edu.pe/mercurioperuano/article/view/2550>
- Newson, L. A. (2017). *Maaking medicines in early colonial Lima, Peru: apothecaries, science and society*. Leiden: Brill.
- Rabí, M. (2006). La formación de médicos y cirujanos durante los siglos XVI a XIX: Las Escuelas Prácticas de Medicina y Cirugía en el Perú, *Anales de la Facultad de Medicina*, 67(2), 173-183. Recuperado de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832006000200011](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832006000200011)



- Rivasplata Varillas, P. (2018). *Salud Pública en Lima colonial, 1535-1821*. Lima: Universidad Cayetano Heredia.
- Rivasplata Varillas, P. (2017). La labor de José María de Egaña como alcalde de barrio y teniente de policía en Lima a fines del siglo XVI, *Chronica Nova*, (43), 267-298. Recuperado de <https://revistaseug.ugr.es/index.php/cnova/index>
- Tejeda Rosales, M. et al. (2014). Supervisión de boticas durante los siglos XVI y XVII. *Revista mexicana de ciencias farmacéuticas*, 45(3): 45-53. Recuperado de <https://www.scielo.org.mx/pdf/rmcf/v45n3/v45n3a5.pdf>
- Zavala Batlle, Abraham. (2010). El Protomedicato en el Perú. *Acta Médica Peruana*, 27(2), 151-157. Recuperado de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172010000200013&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172010000200013&script=sci_abstract)

# Espiritualidad, vocación y sentido. Recursos generales de resistencia para profesionales de enfermería según la figura de San Juan de Dios

## *Spirituality, vocation, and meaning. General resistance resources for nursing professionals according to the figure of Saint John of God*

## Espiritualidade, vocação e significado. Recursos gerais de resistência para profissionais de enfermagem segundo a figura de São João de Deus

Laura Martínez Rodríguez, Gerardo Díaz Quiros, Almudena Arroyo Rodríguez, Cecilio Eseverri Chavarri, Aaron Muñoz Devesa

### Laura Martínez Rodríguez

Universidad de Barcelona. España.  
laura.martinezr@ub.edu  
<https://orcid.org/0000-0002-1300-249X>

### Gerardo Díaz Quiros

Fundación San Juan de Dios. España.  
fsjd.director@sjd.es  
<https://orcid.org/0000-0002-0655-5926>

### Almudena Arroyo Rodríguez

Universidad de Sevilla. España.  
almudena.arroyo@sjd.edu.es  
<https://orcid.org/0000-0001-9193-7170>

### Cecilio Eseverri Chavarri

Universidad de Lleida. España.  
cecilio.eseverri@sjd.es  
<https://orcid.org/0009-0004-8968-3916>

### Aaron Muñoz Devesa

Servicio Murciano de Salud. España.  
amdevesa@ucam.edu  
<https://orcid.org/0000-0003-4861-6704>

### Correspondencia:

almudena.arroyo@sjd.edu.es

Fecha recepción: 03/12/2023

Fecha aceptación: 21/02/2024

Financiación: Este trabajo no ha recibido financiación.

### Resumen:

Este artículo tiene como objetivo elaborar una reflexión hacia aquellos elementos que actuaron como recursos espirituales en el proceso de formación de San Juan de Dios como enfermero y elaborar una serie de aportaciones actuales para reforzar el sentido de coherencia de las enfermeras post pandemia. Se utilizó la metodología historiográfica aplicada a historia de la enfermería para la reconstrucción de la memoria profesional, tomando como referencia y ejemplo la figura de San Juan de Dios y se recogieron los elementos siguiendo la herramienta de valoración espiritual FICA. Los textos muestran a Juan de Dios con un sentido de coherencia interna que se hizo posible a través de los recursos psico-espirituales de la época. Éstos facilitaron encontrar y desarrollar la vocación propia y la motivación para desarrollarla y alcanzar la autorrealización. La propuesta es contemplar en la profesionalización enfermera un cuidado por *paraklesis*, que implica presencia personal, actitud dialogal y palabra sapiencial, luminosa y alentadora siguiendo el modelo de San Juan de Dios, y su relación con el modelo de valoración espiritual FICA.

**Palabras Clave:** Enfermería; espiritualidad; profesionalización; San Juan de Dios; Sentido de coherencia; Modelo FICA.

### Abstract:

This article aims to elaborate a reflection on the elements that were spiritual resources during the formation of Saint John of God as a nurse.

It is also to elaborate a series of current contributions to reinforce the nurses'sense of coherence within post-pandemic context. The historiographical methodology applied to nursing history

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflicto de intereses.



**Licencia:** Este trabajo se comparte bajo la licencia de Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons (CC BY-NC-SA 4.0): <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

© 2024 Laura Martínez Rodríguez, Gerardo Díaz Quiros, Almudena Arroyo Rodríguez, Cecilio Eseverri Chavarri, Aaron Muñoz Devesa

**Citación:** Martínez Rodríguez, L., Díaz Quiros, G., Arroyo Rodríguez, A., Eseverri Chavarri, C., Muñoz Devesa, A. (2024). Espiritualidad, vocación y sentido. Recursos generales de resistencia para profesionales de enfermería según la figura de San Juan de Dios. *Cultura de los Cuidados*, (68), 201–214. <https://doi.org/10.14198/cuid.26439>



was used for the reconstruction of professional memory, taking the figure of Saint John of God as a reference and example. The texts show John of God with a sense of internal coherence. It was possible through the psycho-spiritual resources of the time. These made it easier for him to find and develop his own vocation and the motivation to develop it and achieve self-realization. Our proposal is to contemplate in nursing professionalization a care for paraklesis, which implies personal presence, dialogical attitude and wise, luminous and encouraging word following the model of Saint John of God and its relationship with FICA evaluation Model.

**Keywords:** Nursing; spirituality; professionalization; Saint John of God; sense of coherence; FICA Model.

#### Resumo:

Este artigo tem como objetivo elaborar uma reflexão sobre os elementos que atuaram como recursos espirituais no processo de formação de São João de Deus como enfermeiro e elaborar uma série de contribuições atuais para reforçar o sentido de coerência das enfermeiras pós-pandemia. Foi utilizada a metodologia historiográfica aplicada à história da enfermagem para a reconstrução da memória profissional, tendo como referência e exemplo a figura de São João de Deus, e os elementos foram coletados seguindo a ferramenta de avaliação espiritual FICA. Os textos mostram São João de Deus com um sentido de coerência interna que se tornou possível por meio dos recursos psico-espirituais da época. Estes facilitaram encontrar e desenvolver a vocação própria, bem como a motivação para desenvolvê-la e alcançar a autorrealização. A proposta é contemplar na profissionalização da enfermeira um cuidado por paraklesis, que implica presença pessoal, atitude dialógica e palavra sapiencial, luminosa e encorajadora, seguindo o modelo de São João de Deus e sua relação com o modelo de avaliação espiritual FICA.

**Palavras-chave:** Enfermagem; espiritualidade; profissionalização; São João de Deus; Sentido de coerência; Modelo FICA.

## INTRODUCCIÓN

El ejercicio profesional de los últimos años, agudizado por el contexto de pandemia, pone de manifiesto que el fenómeno de las transiciones sanitarias ha modificado sustancialmente los escenarios y circunstancias en las que se desarrolla el ejercicio profesional enfermero (Jovell, 2001). Las tensiones de todo tipo y en varios frentes, visibilizadas y acrecentadas durante la pandemia por COVID19, situaron a la profesión en un contexto de cambio incesante e incertidumbre que socavó en los profesionales tanto de forma individual como colectiva, la motivación y el anhelo de la vocación y sentido de coherencia para con su ejercicio profesional (Drummond y Carey, 2020; Roman, Mthembu y Hoosen, 2020).

Daba cuenta de ello el informe del Consejo General de Enfermería elaborado en enero de 2022, en el que se recogía que el 33% de los profesionales reconocía haber sufrido depresión, el 67,5% haber tenido episodios graves de ansiedad, concluyendo que las enfermeras estaban “extenuadas, desmotivadas y, muchas de ellas, a punto de “abandonar la profesión”, puesto que el 46.5% consideraba la posibilidad de dejar la profesión y el 28.4% manifestaba que no volverían a estudiar la carrera si pudiesen dar marcha atrás.

De modo paradójico, y en sentido positivo, emergió entre el colectivo enfermero una creatividad extraordinaria orientada a suplir las carencias de un sistema que, a pesar de subrayar desde hacía décadas en el plano teórico la importancia de una atención bio-psico-socio-espiritual, marginó o rechazó de plano la atención psíquica, su dimensión social y, muy especialmente, la espiritual durante la pandemia (CGE, 2023). Cabría pensar que cierto reconocimiento social y la atención prestada por los medios a iniciativas y propuestas de gran sensibilidad hubiesen contribuido a mitigar la crisis de sentido, pero no parece que haya sido así a la luz de los datos referidos. Con todo, se evidencia que las enfermeras son el colectivo más frágil y vulnerable del sistema de salud. Diferentes estudios internacionales previos a la pandemia ya identificaban a la enfermería como una profesión con un riesgo alto de generar en el colectivo angustia emocional relacionada con la tensión de trabajo, ansiedad y depresión (Adriaenssens, Gucht y Maes, 2015), estimando que una de cada cinco enfermeras abandonaba el ejercicio profesional al sufrir altos niveles de estrés laboral (Fornes-Vives, García-Banda, Frías-Navarro et al., 2019).

A decir verdad, no resultan extraños estos datos cuando nos aproximamos de forma reflexiva y crítica al contexto en el que el ejercicio profesional se lleva a cabo, en los que destacan, sobre todo, factores de orden general (Pardell Alentà, 2003).

Primeramente, cabe mencionar, con más ahínco después de la vivencia de la pandemia, que vivimos y trabajamos en las sociedades del riesgo (Beck, 1998) en las que la actuación del profesional requiere cada vez más de una especialización para dar respuesta rápida y efectiva a un individuo angustiado que demanda seguridad como paciente (Rocco y Garrido, 2017). Se suma a este riesgo percibido una segunda característica: la sociedad líquida (Bauman, 2000) en la que el manejo de la incertidumbre como cuidados se traduce en la necesidad de proporcionar crecientes herramientas y referentes al individuo desorientado (Torrents, Ricart, Ferreira et al., 2013; Lince-Gómez, Arcos-Bravo, y Gómez-Urrego, 2022). Complementa, en tercer lugar, la dinámica de la sociedad de la información (Castells, 1998) en la que la velocidad en la que aparece y circula la información, accesible por parte de todos, trae como consecuencia, entre otros muchas efectos, la pérdida inevitable del contacto humano en aras

del distanciamiento social, y de una pérdida de poder o reconocimiento que existió en el ejercicio profesional pasado cuando el profesional era el depositario y garante del corpus de conocimiento propio y que actualmente se diluye sin garantías de certeza hacia la multitud de personas que acceden, a veces sin criterio, a información cualificada y que engendra, a su vez, complejidad en los fenómenos de salud, que es necesario pensarlos en términos de desorden del conocimiento (Zhang, 2020) y cuestionamiento de la identidad personal y profesional (Huaynates, 2021). Y, por último, una sociedad burocrática (Crozier 1964) que somete al profesional al desgaste burocrático de las organizaciones y aleja a la enfermera de la asistencia sistematizada generando la desvalorización profesional percibida (Defaz Urgilés y Gualpa Orellana, 2022), como si fueran el Doble, personaje gris y burócrata de Dostoievski al que el sistema parecía haberle extirpado el alma para trasplantarle procesos dirigidos a la reproducción de un sistema y orden social obsoleto y anodino.

En un análisis más micro, enfocado sobre las condiciones laborales, encontramos interminables jornadas, difíciles condiciones de trabajo, rotaciones y turnicidad, constante sobrecarga de trabajo, conflictos interpersonales, formación inadecuada, falta de apoyo social y laboral, escasez de personal, poco reconocimiento en la remuneración o exposición a la morbilidad y la mortalidad (Chou, Li, y Hu, 2014; Mark y Smith, 2012; Sarafis et al., 2016).

Un escenario hostil para un profesional que actúa muchas veces en forma de escudo del Capitán América protegiendo a las personas, envolviéndolas en un entorno propicio de cuidados y tratando de neutralizar el impacto negativo sobre ella misma, sin que lo exterior devaste aquella luz original que arde como expresión de la vocación (Hernández Ortega, 2018; Perilla Portilla, 2022) y del compromiso social que renueva cada día, en cada gesto de cuidado y en cada mirada atenta (Esquirol, 2006).

Esto nos conduce directamente al cuidado y desarrollo de la dimensión espiritual desde una visión salutogénica (Lindström y Eriksson, 2011) a partir del fortalecimiento de recursos generales de resistencia (RGR) o activos de salud basados en el sentido, desde las aportaciones pioneras de Aaron Antonovsky (1996) y por tanto reforzando el sentido de vocación y relacionado con el cuidado y autocuidado (Colomer-Pérez, Chover-Sierra, Gea-Caballero y Paredes-Carbonell, 2020; Schmuck, Hiebel, Rabe et al., 2021).

Entendemos por espiritualidad (WHO, 1990):

*«aquellos aspectos de la vida humana que tienen que ver con experiencias que trascienden los fenómenos sensoriales. No es lo mismo que religioso, aunque para muchas personas la dimensión espiritual de sus vidas incluye un componente religioso. El aspecto espiritual de la vida humana puede ser visto como un componente integrado junto con los componentes físicos, psicológicos y sociales. A menudo se percibe como vinculado con el significado y el propósito y, para los que están cercanos al final de la vida, se asocia comúnmente con la necesidad de perdón, reconciliación y afirmación de los valores».*

En el ámbito de salud la espiritualidad es entendida como un fenómeno multidimensional, del que no existe un consenso en su definición y que presenta dificultades al aplicarlo a los cuidados pero que conforma parte de éstos de forma significativa. Compuesto por aspectos como la conexión (con uno mismo, con los otros, con el entorno o con Dios), la

autotranscendencia y la armonía, tienen como consecuencias en la salud de las personas aspectos como el sentido de vida, la moralidad, esperanza y la paz (Jaberí, Momennasab, Yektatalab, Ebadi y Cheraghi, 2019).

Los estudios muestran que las enfermeras con mayor motivación hacia el autocuidado y el “cuidado de los demás” generan niveles más altos de Sentido de Coherencia (SOC) y una fuerte vocación por el trabajo en salud, siendo este un factor protector del malestar, en cualquier dimensión de la persona.

La dificultad radica en la complejidad que supone generar RGR como activos de salud para fortalecer el SOC, cuando se limitan a aspectos emocionales, físicos y sociales, privando o haciendo desaparecer el ámbito fundamental de ejercicio, que se encuentra en aquello que conceptualizamos como dimensión espiritual. No en vano, la amputación de esta dimensión ontológica en el ser humano parece responder más a un esfuerzo de los sistemas de poder y gestión neoliberales que a un olvido propio de la evolución de las culturas.

La dificultad manifiesta por parte de los profesionales de enfermería para llevar a cabo la atención tanto para sí como para las personas atendidas nos sugiere, como poco, revisar las propuestas de algunos referentes históricos y tratar de articular algunas propuestas de futuro, con el único, pero firme propósito de proteger aquello que nos hace existencialmente humanos: el cuidado y la vocación para cuidar.

Elaborar estas propuestas, permiten a las enfermeras reforzar el proceso de profesionalización que se construye a partir de cuestiones tan profundas como el contrato social, el compromiso para con los suyos, un código de ética o la búsqueda y protección de los suyos, entre otros aspectos. Por otro lado, el refuerzo del SOC, promueve la profesionalización del colectivo enfermero al ser considerada como una comunidad moral basada en la pertenencia a una ocupación (Durkheim, 1928), en la que la relación de cuidados se establece como una relación moral (Gastmans, Dierckx de Casterle y Schotsmans, 1998) que pone el énfasis en el altruismo y vocación de servicio del profesional hacia la sociedad (Evetts, 2003).

En este sentido, cabe recuperar la figura de Juan de Dios, no sólo desde una perspectiva histórica, sino desde la visión de un enfermero con una espiritualidad que le permitió generar este SOC a través de valores absolutos de tal manera que dedicó su vida al cuidado. Esta capacidad de sentido no sólo lo llevó al ejercicio profesional, sino que se materializó en un modelo de cuidados que sigue vigente en la actualidad y que pone el acento en esta espiritualidad del ser humano como eje integrador de todo lo que el ser humano es y vive, y que permite cerrar el círculo en la actualidad apelando al autocuidado del profesional que es capaz de generar recursos y dotar de sentido su ejercicio profesional, promoviendo su salud integral y la capacidad de cuidar desde este enfoque a las personas (Hernán, Morgan y Ángel Mena, 2014).

Este artículo tiene como objetivo elaborar una reflexión hacia aquellos elementos que actuaron como RGR en el proceso de formación de San Juan de Dios como enfermero, desde una vida vivida y sentida con intensidad y a partir de ellos elaborar una serie de aportaciones en clave de actualidad que permitirían reforzar el SOC de la enfermería siguiendo los elementos propuestos por la herramienta FICA de evaluación de los recursos espirituales (Puchalski y Romer, 2000) utilizada durante la pandemia (Ferrell, Handzo, Picchi, Puchalski y Rosa, 2020).

## METODOLOGÍA

Para el desarrollo del estudio se ha utilizado la metodología historiográfica aplicada a historia de la enfermería como un mecanismo para la reconstrucción de nuestra memoria como profesión (Siles González, 2004).

Nos hemos centrado en la figura de San Juan de Dios como reformador de la enfermería.

Siguiendo la corriente de la Historia de las Mentalidades y el método biográfico moderno, hemos observado cómo los recursos generales de resistencia descritos por Antonovsky aparecen en el itinerario biográfico de San Juan de Dios y, a su vez, cómo él recrea a la Enfermería, permitiéndonos comprender cómo la cultura influye al individuo y viceversa (Ferrarotti, 1981).

Para determinar estos Recursos generales de resistencia se han revisado las siguientes fuentes documentales:

- Biografía de Castro (1995)
- Proceso de beatificación de San Juan de Dios (Martínez Gil, 2006)
- Pleito de propiedad del Hospital de Juan de Dios (Sánchez-Martínez, 1573)
- Cartas de San Juan de Dios (Martínez-Gil, 2002)

Los recursos generales de resistencia fueron identificados y organizados siguiendo la herramienta FICA para evaluación de los recursos espirituales de fortaleza. El marco de la herramienta FICA incluye cuatro dimensiones para abordar las necesidades espirituales y preocupaciones de las personas: Fe y creencias, importancia de la espiritualidad, comunidad e intervenciones. Esta herramienta resulta muy útil para construir una propuesta de autocuidado de los profesionales de enfermería a tenor de los elementos emergidos en San Juan de Dios como modelo (Ferrell, Handzo, Picchi, Puchalski y Rosa, 2020). La historia espiritual es un conjunto de preguntas diseñadas para invitar a las personas a expresar creencias espirituales para identificar sus problemas o preocupaciones espirituales (Borneman, Ferrell y Puchalski, 2010).

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### *Del homo patiens al sanador herido: el camino de Juan de Dios.*

La Enfermería de Juan de Dios es fruto de un sentido de coherencia interna que se hizo posible a través de los recursos psico-espirituales de la época que le facilitaron la salud espiritual, factor predisponente para encontrar y desarrollar la vocación propia y la motivación para desarrollarla y alcanzar la autorrealización. Sin embargo, antes de alcanzarla, Juan de Dios experimentó sucesos que le causaron sufrimiento por percepción negativa de sí mismo y de la realidad. Así, vemos que Juan de Dios padecía una herida emocional de injusticia desde la infancia al sacarle de la casa familiar por (probablemente) descendiente de judíos,

causándole una estructura mental rígida con un carácter autoexigente y perfeccionista por la creencia de que no era suficiente para sí y para el mundo (Muñoz-Devesa, 2022). A esto añadimos los fracasos de la guerra de Fuenterrabía y la noticia de la muerte de sus padres por su causa, ahondado en la herida, creando un gran sentimiento de culpa y de inutilidad que le hicieron creer que su vida no tenía sentido, por lo que optó por sacrificarse de modo expiatorio en pro de los demás, como vemos en Ceuta con la familia de exiliados portugueses entregándoles todo lo ganado con su trabajo y la culpabilidad por la conversión de su compañero al islam (Castro, 1995; Martínez-Gil, 2006). Sin embargo, durante este último tiempo estableció la justicia social como valor preeminente al ver la gran desigualdad social entre ricos y pobres, aunque de momento solo se aprecia cierta rebeldía hacia las clases dominantes (Muñoz Devesa et al., 2022).

Tras hacerse librero y establecer su librería en Granada, escuchó el sermón de Juan de Ávila en 1537. En él comparaba la esclavitud de la riqueza y de la honra frente a la libertad de la pobreza, a la vez que afirmaba el amor incondicional de Dios. Este recurso fue utilizado por Juan de Dios, facilitando la toma de conciencia de sus conflictos internos, e iniciando un camino de desarrollo personal con la ayuda de Juan de Ávila (Castro, 1995; Martínez-Gil, 2006). Las creencias limitantes que tenía de sí mismo, de los demás y de Dios, fueron transmutándose hacia creencias más salutogénicas (Antonovsky, 1996). Donde él creía que era malo, ahora se concibe como un ser perfecto en su imperfección; donde él creía que los ricos eran malos y las pobres víctimas a quienes salvar, ahora comprende que todos eran vulnerables, viendo a cada uno como potencialmente perfecto; donde él observaba un Dios juez y castigador, ahora lo concibe como compasivo y cuidador. Por lo tanto, vemos que con las herramientas psico-espirituales de la época, como son la oración de contemplación, la meditación, los rituales de la Iglesia Católica, la dirección espiritual, y sobre todo el cuidado del otro, fueron transformando su mente hacia creencias y valores estéticos.

El desarrollo de las capacidades espirituales permite a Juan de Dios encontrar el sentido a través de la vocación de cuidados. Este sentido adquiere una máxima expresión al generar un estilo de cuidados que se empieza a materializar en el hospital de la calle Gomeres y que empieza no sólo a forjarse como un modelo de cuidados, sino también como lo que podríamos conceptualizar actualmente como un itinerario profesionalizador que se articula desde el sentido de coherencia de enfermeros que cuidan y cultivan su vocación desde la dimensión espiritual (Amezcuá, 2019).

Así, tal como podemos apreciar en el ejemplo del padre de la Enfermería hispana, las enfermeras podrían encontrar un sentido a través del cuidado y autocuidado para su *ser*, *saber*, y *saber hacer*, de manera que su sufrimiento se vea aliviado y, a su vez, un camino de desarrollo personal que revierta en el cuidado en el momento presente actual. Por lo tanto, se hace necesaria una reflexión teórica, partiendo de datos objetivos biográficos, para comprender el hoy enfermero.

En este sentido podemos destacar algunos puntos a considerar en este itinerario profesionalizador basado en el sentido de coherencia que potencia la construcción salutogénica del profesional enfermero.



### *Del camino de San Juan de Dios a un modelo juandediano para cuidar.*

Como se ha puesto de relieve hasta ahora, el proceso espiritual que vivió Juan de Dios le llevó a reformar los cuidados que se brindaban en su época creando un modelo de cuidados de enfermería, que hoy conocemos como Modelo juandediano (Ventosa Esquinaldo, Arroyo Rodríguez y Gallardo Moraleda, 2013).

En cuanto a la génesis de este modelo, siguiendo a Fawcett en Kerouac et al. (2007) distinguimos entre un *modelo de la realidad* de un *modelo para la realidad*. Los modelos conceptuales son modelos para la realidad, en cuanto a que parten de imágenes mentales, representaciones abstractas que se crean para después comprobar con la realidad, verificar si son o no aplicables a un contexto real. Sin embargo, cuando hablamos de un modelo de la realidad, hacemos referencia a una maqueta, o imagen de algo que ya existe en la realidad. Los modelos conceptuales de enfermería son modelos para la realidad, han sido creados por las teóricas enfermeras como diferentes maneras de hacer enfermería, de prestar cuidados de enfermería, que después verifican si se adaptan o no a los contextos reales de cuidados mediante la investigación; sin embargo, el modelo de cuidados juandediano surge de la realidad, es un modelo de la realidad, creado a partir de una práctica de cuidados, de una forma de cuidar, la de Juan de Dios y su legado, actualmente San Juan de Dios y su Orden Hospitalaria.

Juan de Dios, tras el sermón del que fue su guía espiritual, Juan de Ávila, vive una conversión profunda que le lleva a entregarse a los demás, a entregar su amor por Dios a las personas más vulnerables de su época. Ya se han descritos los pilares de esta forma de entrega al cuidado de los necesitados en Ventosa et al. (2013). Con este artículo se sentaron las bases teóricas y conceptuales del modelo de cuidados juandediano, a la vez que se debatía sobre los intentos continuos de la academia de separación entre el hombre y el santo, y del consiguiente peligro de reduccionismo abstracto.

Los principios filosóficos de Juan de Dios, por tanto, los vemos centrados en: Caridad, Misericordia y Hospitalidad. En palabras de Ventosa (2010): Este Amor-Caridad, le conmueve su corazón y le lleva a tener Misericordia y esta la expresa en Hospitalidad. Comprendió que Caridad y Misericordia con el prójimo, el hermano, el otro, deber ser Hospitalidad expresada en bien y bien hecho.

La espiritualidad está presente en la forma de entender a la persona, la salud, el entorno y los cuidados de San Juan de Dios. La prestación de cuidados desde este modelo se realiza teniendo en cuenta a la persona como un ser holístico, integrado en un entorno, donde la espiritualidad guía los cuidados hacia la salud, bienestar social, incluso en el acompañamiento de la muerte. Es decir, la dimensión espiritual es en sí misma la guía del modelo desde su génesis. San Juan de Dios, hombre y santo, una forma de ser y vivir: una vida dedicada al cuidado (Ventosa et al., 2013). Este es el legado espiritual de Juan de Dios a la Enfermería profesional de hoy.

### *Cuidar[se]. Espiritualidad y poéticas para el misterio.*

La posibilidad de conjugar el verbo “cuidar” de manera reflexiva abre un horizonte interpretativo de mayor hondura, pudiendo jugar incluso a considerarlo “verbo recíproco”. En la dinámica de cuidado, cuidar a otro y cuidar *de* o *a* sí mismo marchan de forma interpenetrada, sobre todo, en aquellos cuidados que afectan a la dimensión espiritual de la persona.

La literatura indica que las personas que experimentan angustia espiritual grave tienden a tener una peor calidad de vida y mayor depresión y ansiedad (Borneman, Ferrell y Puchalski, 2010).

Si, como se ha dicho, los profesionales enfermeros viven con un alto riesgo de angustia emocional –espiritual diríamos nosotros, en tanto que esa angustia tiene su epicentro en aspectos que tienen que ver con el significado, el sentido y el propósito-, parece de todo punto necesario trabajar sobre estos aspectos; en primer lugar, reflexionando sobre ellos, siguiendo la propuesta de la herramienta FICA.

La forma de leer, plantear y abordar algunos asuntos condiciona poderosamente el resultado y puede tener el germen del fracaso. Aquello que formulemos como “problema” estaremos abocados a buscarle “solución”, a “resolverlo”. Sin embargo, hay aspectos relevantes de la existencia –o la existencia misma– que sólo cabe abordar como “misterio” (Chomsky, 1997):

*«Cuando abordamos un problema, puede que no sepamos su solución, pero tenemos intuición, un conocimiento cada vez mayor y ciertas ideas de qué andamos buscando. Cuando nos enfrentamos a un misterio, sin embargo, sólo podemos quedarnos mirando fijamente, maravillados y desconcertados, sin siquiera saber qué aspecto tendría una explicación».*

Si la vida misma en su conjunto es terreno de misterio, en el proceso de enfermedad éste puede emerger de manera poderosa, abocando al paciente a preguntas metafísicas (Marcel, 1971). En palabras de Manuel Gesteira (1991), el dolor “remite hacia un misterio, hacia una *terra incognita*”. El agente de cuidado no es ajeno a esta dinámica, que le afecta desde varios frentes. Por un lado, el contacto frecuente o constante con estas preguntas puede terminar por interrogarle también a él; por otro, ha de estar siquiera familiarizado con ellas para poder identificar y ayudar, para introducir estas necesidades en su praxis de cuidado.

A propósito de la idea de “necesidad”, no conviene perder de vista, que el contexto de enfermedad no es sólo terreno de necesidades espirituales, sino también de “oportunidades”. Quizá como nunca a lo largo de su vida el paciente encontrará tiempo, motivación y es de esperar que acompañamiento para el desarrollo de su dimensión espiritual; acompañamiento que en algunos casos puede pivotar sobre el líder reconocido por el paciente de una confesión religiosa determinada, pero que en otros casos tendrá un radio mayor, no regulado, pero que no por ello cabe dejar de atender. Es necesario alertar en este punto sobre la psicologización de la espiritualidad, tema de interés en la literatura reciente y que ya en la década de los sesenta del siglo XX llevó al nacimiento de psicología transpersonal (González, 2021).

Si la enfermera está abocada a moverse en el terreno del misterio, ha de contemplar que la poesía –entendida como una forma singular de mirar al mundo, capaz de reconocer lo que pasa desapercibido para otros–, traza un camino fecundo para este tránsito. Como señalara Dürkheim (1928), la naturaleza, las relaciones con los demás, el arte y el culto son formas privilegiadas de apertura al espíritu; objeto de atención y formación para el agente de cuidado, que puede nutrirse para nutrir.

Tendemos a pensar que la sensibilidad –en general y, también la sensibilidad enfermera– es una cuestión innata, *bondad del corazón* de la que algunos profesionales gozan. Sin embargo, también la sensibilidad se educa, se forma, se desarrolla, se ejercita. Si convenimos que son

necesarios profesionales sensibles, han de ponerse los medios, en la formación profesional reglada, en la formación continuada, en la informal y en las dinámicas de los centros de trabajo— para el desarrollo de esta sensibilidad general que camine hacia una madurez humana que, a su vez, capacite para una atención integral. Se trata, en alguna medida, de desarrollar todos los sentidos, con su construcción cultural inherente y su dimensión simbólica, para abrir cuando sea necesario una puerta a lo que está más allá de ellos; de la reflexión sobre la belleza y su búsqueda en las formas de la naturaleza y la creación humana; de la educación de la mirada para adentrarse en lo que está más allá de lo evidente; de la familiarización con el lenguaje musical y su aplicación en el cuidado; de la literatura como paisaje en el que buscar las palabras justas que otros han hallado y a nosotros pueden faltarnos.

Se trata, en el fondo, de contemplar en la profesionalización enfermera un cuidado por *paraklesis*, que implica presencia personal, actitud dialogal y palabra sapiencial, luminosa y alentadora (Gesteira, 1991), itinerario, por cierto, presente en el modelo original de San Juan de Dios.

## CONCLUSIÓN

El modelo de cuidados de San Juan de Dios destaca por contemplar a la persona de forma integral poniendo un especial acento, y dándole relevancia, a la dimensión espiritual. Es concebido como un *modelo de la realidad*, a diferencia de otros modelos conceptuales que conocemos y que surgen *para la realidad*, al ser construido a partir de unas prácticas y forma de atender a las personas.

Si trasladamos este modelo de cuidados a un modelo profesionalizador con un enfoque salutogénico emerge necesariamente la idea de cuidar(se) y de cuidar aquello que nutre el sentido: la vocación. Los RGR socioculturales (habilidad cognitiva, conocimientos, experiencia, apoyo social, capital cultural), los RGR psicoemocionales (afecto, empatía, fortaleza moral) y los RGR espirituales (Sentido de vida, sentido de transcendencia, sentido de misión, consciencia espiritual, oración) son los que mejor expresan el modelo desde una visión salutogénica.

Por lo tanto, podemos concluir que se establece como necesario el desarrollo de la dimensión espiritual para reforzar el sentido y la vocación. Su desarrollo no sólo actúa como factores protectores, sino que desde un enfoque salutogénico mejora la salud percibida. Al ser la enfermería concebida como una relación moral es necesario partir de una buena salud autopercebida para ofrecer cuidados de calidad. Podemos añadir además a esto, que a mejor desarrollo de la espiritualidad, mejores cuidados ofrecidos y por tanto mejor proceso de profesionalización enfermero.

Tabla 1: Herramienta FICA para evaluación de la historia espiritual en relación a los recursos generales de resistencia para profesionales de enfermería desde el modelo de San Juan de Dios.

Componentes del Modelo FICA (Borneman, Ferrell y Puchalski, 2010).	Elementos relacionados con el modelo de San Juan de Dios	RGR (Antonovsky, 1996; Rivera de los Santos, et al., 2011).
F (Fe y/o creencias)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Desarrollo de la vocación propia y la motivación para su desarrollo.</li> <li>-Búsqueda de la autorrealización como profesional e identificación de las fortalezas.</li> <li>-Vocación de cuidados bajo un “estilo” o “modelo” concreto que tenga sentido y alineado con la vocación-motivación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Recursos socioculturales: Habilidad cognitiva, conocimientos, experiencia, apoyo social, capital cultural.</li> <li>-Recursos psicoemocionales: autoestima, afecto, autoconfianza, empatía, fortaleza moral.</li> <li>-Recursos materiales: empleo o autoempleo, medio de pago.</li> <li>-Recursos espirituales: Sentido de vida, sentido de trascendencia, sentido de misión, consciencia espiritual.</li> </ul>
I (Importancia o influencia)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Crear un estilo de cuidado determinado alineado con la vocación-motivación.</li> <li>-Hospitalidad (Caridad-Misericordia)</li> <li>-Hacer el bien, bien hecho (profesionalización del bien)</li> <li>-Interacción profesional (aportaciones bidireccionales en la relación de cuidados espirituales)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Recursos socioculturales: Habilidad cognitiva, conocimientos, apoyo social, capital cultural.</li> <li>-Recursos materiales: hogar seguro, fuente energética.</li> <li>-Recursos espirituales: sentido de misión.</li> </ul>
C (Comunidad)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Cuidar del otro y cuidar de sí (continuum)</li> <li>-Alineación: significado-sentido y propósito.</li> <li>-Las necesidades espirituales como oportunidades.</li> <li>-Misterio (no se controla y conoce todo- Apertura y Flexibilidad)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Recursos socioculturales: apoyo social, capital cultural.</li> <li>-Recursos psicoemocionales, autoestima, afecto, autoconfianza, empatía, fortaleza moral.</li> <li>-Recursos físicos: Alimentación saludable, ejercicio físico regular, contacto con la naturaleza, hábitos saludables, autosanación.</li> <li>-Recursos espirituales: sentido de trascendencia, sentido de misión, consciencia espiritual, oración.</li> </ul>
A (Interacción)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Reconocer lo que pasa desapercibido (atención plena)</li> <li>-La relación de cuidados: nutrir y nutrirse.</li> <li>-Educar/formar en la sensibilidad: madurez humana, atención integral, cuidado y construcción de lo simbólico.</li> <li>-Reflexividad de los cuidados espirituales</li> <li>-Cuidados por paraklesis: presencia personal, actitud dialógica y palabra.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Recursos socioculturales: Habilidad cognitiva, experiencia.</li> <li>-Recursos psicoemocionales: afecto, empatía, fortaleza moral.</li> <li>-Recursos físicos: Alimentación saludable, contacto con la naturaleza, autosanación.</li> <li>-Recursos espirituales: Sentido de vida, consciencia espiritual, oración.</li> </ul>

## BIBLIOGRAFÍA

- Adriaenssens, J., De Gucht, V. y Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. *International journal of nursing studies*, 52(2), 649-661.
- Amezcuca, Manuel (2019). La Hermandad de la Capacha o el poder evocador de los símbolos. *Index de Enfermería* 28, (1-2) 5-7.
- Antonovsky, Aaron (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promo Intl.* 11 (1), 11-8.
- Bauman, Z (2000). *Liquid modernity*. Cambridge: Polity Press.
- Becerra Tena, K. V. y Vasquez Velasquez M.G. (2021). *Experiencia de los estudiantes de enfermería sobre el cuidado espiritual en tiempos de COVID-19*. Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas, Carrera de Enfermería.
- Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós.
- Borneman, T., Ferrell, B., y Puchalski, C. M. (2010). Evaluation of the FICA tool for spiritual assessment. *Journal of pain and symptom management*, 40(2), 163-173.
- Castells, M. (1998). *La era de la información*. 3 vols. Madrid: Alianza.
- Castro, Francisco. (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.
- Chomsky, N. (1977). *Reflexiones sobre el lenguaje*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Chou, L. P., Li, C.Y. y Hu S.C. (2014). Job stress and burnout in hospital employees: comparisons of different medical professions in a regional hospital in Taiwan. *BMJ open* 4(2), e004185.
- Colomer-Pérez, Natura; Chover-Sierra, Elena; Gea-Caballero, Vicente y Paredes-Carbonell, Joan J. (2020). Health assets, vocation and zest for healthcare work. A salutogenic approach to active coping among certified nursing assistant students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10), 3586. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17103586>
- Consejo General de Enfermería (15 de febrero de 2023). Recuperado de <https://www.consejogeneralenfermeria.org/>
- Consuegra-Fernández, M. y Fernández-Trujillo, A. (2020). La soledad de los pacientes con COVID-19 al final de sus vidas. *Revista de Bioética y Derecho*, (50), 81-98.
- Crozier M. (1964). *Le phénomène bureaucratique*. Paris: Editions du Seuil.
- Defaz Urgilés, D. A. y Gualpa Orellana, S.E. (2022). *Gestión de enfermería en el proceso de delegación del cuidado*. Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas, Carrera de Enfermería.
- De Almeida Filho, Antonio José (2016). “La investigación histórica: teoría, metodología e historiografía”. *Hist enferm Rev eletronica [Internet]* 7 (2), 383-4.
- Drummond, D. A., & Carey, L. B. (2020). Chaplaincy and Spiritual Care Response to COVID-19: An Australian Case Study--The McKellar Centre. *Health & Social Care Chaplaincy*, 8(2).
- Durkheim, Emile (1928). *La división del trabajo social*. 2ª ed. Madrid: Biblioteca Científico-Filosófica.
- Evetts, Julia (2003). The sociological analysis of professionalism: Occupational change in the modern world. *International sociology* 18 (2), 395-415. DOI: <https://doi.org/10.1177/0268580903018002005>
- Esquirol, Josep M. (2006). *El respeto o la mirada atenta. Una ética para la era de la ciencia y la tecnología*. Barcelona: Gedisa.
- Ferrarotti, Franco (1981). On the autonomy of the biographical method. *Biography and society: The life history approach in the social sciences*.

- Ferrell, B. R., Handzo, G., Picchi, T., Puchalski, C., y Rosa, W. E. (2020). The urgency of spiritual care: COVID-19 and the critical need for whole-person palliation. *Journal of pain and symptom management*, 60(3), e7-e11.
- Fornes-Vives, J.; García-Banda G.; Frias-Navarro, D. y Pascual-Soler, M. (2019). Longitudinal study predicting burnout in Spanish nurses: The role of neuroticism and emotional coping. *Personality and Individual Differences*, (138), 286-291.
- Gesteira, M. (1991). Christus medicus. Jesús ante el problema del mal. *Revista española de teología* 51, 253-300.
- Gastmans, Chris; Dierckx de Casterle, Bernadette y Schotsmans, Pablo (1998). Nursing considered as moral practice: a philosophical-ethical interpretation of nursing. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 8(1), 43-69. DOI: 10.1353/ken.1998.0002
- Gonzalez, Elías (27 de octubre de 2022). La psicologización de la espiritualidad. Cristianisme I Justícia. Fecha última modificación 27 de octubre de 2022. Recuperado de: <https://blog.cristianismeijusticia.net/2022/10/27/la-psicologizacion-de-la-espiritualidad>
- Hernández Ortega, Rubén Eliut (2018). La Praxis de Enfermería: Una Vocación con Sentido Axiológico y Humanista. *Revista Científic*, 3(9), 348-361.
- Hernán, Mariano; Morgan, Antony; Mena, Ángel Luis Eds. (2014). *Formación en salutogénesis y activos para la salud* [Internet]. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud y Bienestar Social. Recuperado de: <https://www.easp.es/project/formacion-en-salutogenesis-y-activos-para-la-salud/>
- Huaynates, G. B. (2021). De la teoría narrativa de la identidad a los principios del pensamiento complejo de Morín. *593 Digital Publisher CEIT*, 6 (4), 41-52.
- Jaberi, A., Momennasab, M., Yektatabab, S., Ebadi, A., & Cheraghi, M. A. (2019). Spiritual health: A concept analysis. *Journal of religion and health*, 58, 1537-1560.
- Jovell A. J. (2001). *El futuro de la profesión médica. Análisis del cambio social y los roles de la profesión médica en el siglo XXI*. Barcelona: Biblioteca Josep Laporte.
- Kerouac, Suzanne; Pepin, Jacinthe; Ducharme, Francine; Duquete, André y Major, Francine (2007). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Lince-Gómez, G. J., Arcos-Bravo, Stiven Fernando y Gómez-Urrego, Laura Daniela (2022). "Ansiedad en tiempos de pandemia "COVID 19" de los profesionales de enfermería de un hospital de tercer nivel de atención desde la mirada del modelo de Mishel, Armenia-Quindío". *Journal of Research of the University of Quindío*, 34.
- Lindström, Bengt y Eriksson Mónica (2011). *Guía del autoestopista salutogénico. Camino salutogénico hacia la promoción de la salud*. Girona: Documentia Universitaria. Girona.
- Lorenzo, D. (2018). La espiritualidad en la humanización de la asistencia sanitaria. *Revista iberoamericana de bioética*, 8.
- Marcel, G. (1971). *El misterio del ser*. Madrid: Edhasa. Mariño, M. J. (2021). La espiritualidad desafiada: Algunas reflexiones desde el mundo sanitario en tiempos Covid. *Revista de espiritualidad*, 320, 367-395.
- Mark, G., y Smith, A. P. (2012). Occupational stress, job characteristics, coping, and the mental health of nurses. *British Journal of Health Psychology*, 17 (3), 505 -521.
- Martínez-Gil, José Luis Ed. (2002). *San Juan de Dios: Fundador de la Fraternidad Hospitalaria*. Madrid: BAC.
- Martínez Gil, José Luis (2006). Proceso de beatificación de San Juan de Dios. *Biblioteca de autores cristianos/Serie maior*, 84.
- Muñoz-Devesa, Aaron (2020). "El camino de desarrollo personal a través del cuidado de San Juan de Dios". *Temperamentvm*, 16.

- Muñoz Devesa, Aaron; Morales-Moreno, Isabel; Bermejo Higuera, José Carlos y Galán González-Serna, José María (2022). "Hacia una sociedad más justa y equitativa a través de la enfermería renacentista de San Juan de Dios". *Cultura de los Cuidados*, Año XXVI (63).
- Pardell Alentà, H. (2003) ¿Tiene sentido hablar de profesionalismo, hoy? *Educación Médica*, 6(2), 7-24. DOI: <https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2018.3.9.19.348-361>
- Perilla Portilla, Freddy Elías (2022). El arte del cuidado, un llamado a la vocación de Enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 38 (2).
- Puchalski, C., Romer AL. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *J Palliat Med* 2000;3:129-137
- Rivera de los Santos, Francisco, Ramos Valverde, Pilar, Moreno Rodríguez, Carmen, & Hernán García, Mariano. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Revista Española de Salud Pública*, 85(2), 129-139. Recuperado en 31 de octubre de 2023, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272011000200002&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000200002&lng=es&tlng=es).
- Rodríguez, M. (2021). *Más allá del narcisismo espiritual*. Bilbao.
- Rocco, C. y Garrido, A. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad" *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(5), 785-795.
- Roman, N. V., Mthembu, T. G., & Hoosen, M. (2020). Spiritual care—'A deeper immunity'—A response to Covid-19 pandemic. *African Journal of primary health care and family medicine*, 12(1), 1-3.
- Sánchez-Martínez, J. Ed. (1573). *Pleito entre los hermanos del "ospital de Juan de Dios" y "los frailes e convento del monasterio de San Gerónimo"*. San Juan de Dios: Construcción y propiedad histórica (1543-1593). Granada: Archivo Museo San Juan de Dios.
- Sarafis, P., Rousaki, E., Tsounis, A., et al. (2016). The impact of occupational stress on nurses' caring behaviors and their health related quality of life. *BMC nursing*, 15(1), 1-9.
- Schmuck, Jonas, Hiebel, N., Rabe, M. et al. (2021). Sense of coherence, social support and religiosity as resources for medical personnel during the COVID-19 pandemic: A web-based survey among 4324 health care workers within the German Network University Medicine. *Plos one*, 16 (7), e0255211. DOI: 10.1371/journal.pone.0255211
- Serdarevich, Úrsula (2017). Enfermería. Una perspectiva historiográfica. *Investigación en enfermería: imagen y desarrollo*, 19(2), 83-95.
- Siles González, José (2004). "La construcción social de la Historia de la Enfermería". *Index de enfermería*, 13(47), 7-10.
- Tahghighi, M., Rees, C. S., Brown, J. A., Breen, L. J. y Hegney, D. (2017). What is the impact of shift work on the psychological functioning and resilience of nurses? An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 73 (9), 2065-2083.
- Torrents, R., Ricart, M., Ferreiro, M., López, A., Renedo, L., Lleixà, M. y Ferré, C. (2013). Ansiedad en los cuidados: una mirada desde el modelo de Mishel. *Index de enfermería*, 22(1-2), 60-64.
- Ventosa Esquinaldo, Francisco (2010). Conceptos y valores presentes en el pensamiento de San Juan de Dios constitutivos del Modelo Juandediano y su relación con el paradigma de la enfermería actual. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, 2 (1), 1314-1324.
- Ventosa Esquinaldo, Francisco; Arroyo Rodríguez, Almudena; Gallardo Moraleda, Carmelo (2013). Bases teóricas y conceptuales del Modelo de Cuidados Juandediano. *Temperamentvm*, 17.
- WHO (1990). Expert Committee on Cancer Pain Relief and Active Supportive Care World Health Organization.
- Zhang, B. (2020). Información y complejidad: el papel de la comunicación según el pensamiento complejo de Edgar Morin. *Ene*, 13 (50).

# La alimentación de los enfermos en los hospitales de la edad moderna, el caso de Vitoria (Álava, España)

*Feeding the sick in hospitals in the modern age, the case of Vitoria (Álava, Spain)*

A alimentação dos doentes nos hospitais na era moderna, o caso de Vitoria (Álava, Espanha)

MANUEL FERREIRO ARDIÓNS, JUAN LEZAUN VALDUVIECO

## Manuel Ferreiro Ardións

Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU). España.  
manuel.ferreiro@ehu.eus  
<https://orcid.org/0000-0002-6439-709X>

## Juan Lezaun Valduvico

<https://orcid.org/0000-0002-4247-420X>

## Correspondencia:

manuel.ferreiro@ehu.eus

**Fecha recepción:** 18/11/2023

**Fecha aceptación:** 19/02/2024

**Financiación:** Este trabajo no ha recibido financiación.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflicto de intereses.



**Licencia:** Este trabajo se comparte bajo la licencia de Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons (CC BY-NC-SA 4.0): <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

© 2024 Manuel Ferreiro Ardións, Juan Lezaun Valduvico

## Resumen:

El conocimiento sobre alimentación en los hospitales de la edad moderna en España está sustentado en documentación de muy pocos centros, mayoritariamente de grandes urbes, siendo necesarias nuevas aportaciones para ampliar la evidencia existente. A tal objeto se ha analizado la documentación del hospital Santiago de Vitoria, un hospital y una ciudad más representativos de la mediana peninsular.

Se ha hallado un inequívoco enfoque económico de la documentación sobre alimentos y la consignación de su adquisición solo recoge gastos extraordinarios, mayoritariamente alimentos destinados a la botica (80% de los asientos). La dieta basal solo nos es conocida por su descripción teórica, anotándose su gasto por número de raciones o su fracción. Se evidencia una supervisión triple en su preparación y administración, así como una cuidada prescripción médica de los alimentos en las dietas individualizadas.

En conclusión, los gastos no evidencian el consumo efectivo ni tampoco representan la dieta real, pues la inmensa mayoría de los alimentos consignados estuvieron destinados a la botica y no a la alimentación de los enfermos. Debe preguntarse si los estudios precedentes, que utilizan también datos de gastos, no han hecho una mala interpretación de estos extrapolando erróneamente una dieta magnífica cuando, en el caso vitoriano, tuvo una composición de clases populares.

**Palabras clave:** Alimentos; hospital; edad moderna; Vitoria.

## Abstract:

Knowledge of hospital food in modern-age hospitals in Spain is based on documentation from very few centers, mostly in large cities, and new contributions are needed to expand the existing evidence. To this end, the documentation of the Santiago de Vitoria hospital has been analysed, a hospital



**Citaci3n:** Ferreiro-Ardi3ns, M., Lezaun-Valdubieco, J.(2024). Maria Jos3 Bezerra (Maria Soldado): La alimentaci3n de los enfermos en los hospitales de la edad moderna, el caso de Vitoria (3lava, Espa3a). *Cultura de los Cuidados*, (68), 215–226. <https://doi.org/10.14198/cuid.26575>



and a city more representative of the peninsular median. An unequivocal economic focus has been found in the documentation on foodstuffs, and the record of their acquisition only includes extraordinary expenses, mainly foodstuffs destined for the apothecary's shop (80% of the entries). The basal diet is only known to us by its theoretical description, and its expenditure is recorded by number of portions or their fraction. There is evidence of triple supervision in its preparation and administration, as well as careful medical prescription of the food in the individualised diets.

In conclusion, the expenditures do not show the actual consumption, nor do they represent the real diet, since the vast majority of the food items recorded were destined for the pharmacy and not for the feeding of the sick. It must be asked whether previous studies, which also use expenditure data, have not misinterpreted these data by wrongly extrapolating a magnificent diet when, in the case of Vitoria, it was made up of the working classes.

**Keywords:** Food; hospital; modern age; Vitoria (Alava, Spain).

#### **Resumo:**

O conhecimento da alimenta33o hospitalar nos hospitais da Idade Moderna em Espanha baseia-se na documenta33o de um n3mero muito reduzido de centros, principalmente nas grandes cidades, e s3o necess3rias novas contribui33es para ampliar a evid3ncia existente. Para o efeito, analis3mos a documenta33o do hospital de Santiago de Vitoria, um hospital e uma cidade mais representativos da mediana peninsular. Na documenta33o relativa aos g3neros aliment3cios, encontramos um enfoque econ3mico inequívoco, sendo que o registo da sua aquisi33o apenas inclui despesas extraordin3rias, sobretudo g3neros destinados 3 botica (80% das entradas). A dieta basal s3o nos 3 conhecida pela sua descri33o te3rica, e a sua despesa 3 registada pelo n3mero de por33es ou pela sua fra33o. H3 ind3cios de uma tripla vigil3ncia na sua prepara33o e administra33o, bem como de uma cuidadosa prescri33o m3dica dos alimentos nas dietas individualizadas. Em conclus3o, as despesas n3o mostram o consumo real nem representam a dieta real, uma vez que a grande maioria dos alimentos registados se destinava 3 farm3cia e n3o 3 alimenta33o dos doentes. 3 de perguntar se estudos anteriores, que tamb3m utilizam dados de despesas, n3o ter3o interpretado mal estes dados, extrapolando erradamente uma dieta magnífica quando, no caso de Vit3ria, era constituída pelas classes populares.

**Palavras-chave:** Alimenta33o; hospital; idade moderna; Vitoria (3lava, Espanha).

## INTRODUCCIÓN

El historiador Antonio Eiras defendía en 1993 que, frente a los hospitales franceses de la edad moderna, los cuales tendrían “una dieta representativa de la alimentación popular, más o menos diferente en volumen energético pero similar en su composición” (Eiras, 1993), los hospitales españoles, ofrecían “un tipo específico de alimentación hospitalaria rica y protectora del organismo enfermo, calculada para una finalidad curativa y dietética dentro de los criterios médicos de la época” (Eiras, 1993). Esta afirmación se ha mantenido en el tiempo a pesar de sustentarse en la comparación de solo cuatro grandes hospitales generales españoles y, además, con características y fechas no homogéneas (dos utilizan datos de 1812, periodo bélico crítico y tardío cronológicamente respecto a la edad moderna). No obstante, desde entonces, nuevos estudios sobre hospitales históricos han reafirmado las buenas cualidades de la alimentación hospitalaria en la España moderna; si bien ha de señalarse que, en general, estos trabajos no tienen a la alimentación como objeto principal a investigar. Por lo que, aunque la incluyen entre sus resultados, ni por metodología, variables o calidad de sus fuentes podría asumirse que se ha alcanzado una evidencia científica de mayor calidad que la que ofreciera Eiras.

Así, marginando los trabajos sobre hospitales exclusivamente de acogida, los militares y los de los virreinos de ultramar, y centrándonos en los peninsulares que reúnen características propias para ser considerados como hospitales generales o de curación, se encuentran afirmaciones como que “la comida proporcionada por el Hospital de las Cinco Llagas de Sevilla era rica, armónica, cara, variada y succulenta, cubriendo las tres necesidades básicas de proteínas, hidratos de carbono y grasas” (Rivasplata, 2014), o que en el hospital General de Valencia “la mayor parte del gasto de la institución es producido por la compra de alimentos” (López, 1996), por citar dos ejemplos de hospitales emblemáticos de grandes urbes como los estudiados por Eiras. También se defienden las bondades alimenticias en hospitales más pequeños, probablemente representando mejor la realidad hospitalaria peninsular (Delgado, 2008; Pérez, 2013), aunque tanto en unos como en otros las fuentes de datos son indirectas, a partir de gastos en alimentos, infraestructuras u ordenanzas sin que exista un análisis específico de los alimentos consumidos y su potencial valor nutricional. De similar manera, algunas investigaciones sobre órdenes religiosas hospitalarias que, con los hermanos obregonos y de Juan de Dios en cabeza, fueron el principal activo en muchos de aquellos centros, sugieren una cuidada atención a la alimentación; si bien las aseveraciones fundamentales provienen del marco teórico de sus manuales (García, 2008; Ventosa, 2012).

En cualquier caso, el conjunto de estas aportaciones continúa siendo escaso para el número de hospitales que contó el país durante el antiguo régimen y con una sobrerrepresentación de centros emblemáticos, quizá no representativos de la mediana. Lo que unido a lo señalado anteriormente deja a afirmaciones recurrentes en la historiografía hospitalaria del tipo “la alimentación era uno de los mayores instrumentos al alcance de la ciencia médica para incidir en la salud individual y colectiva” (Santo Tomás, 2018), carentes de una evidencia contrastada sobre su realidad efectiva en los hospitales modernos peninsulares.

Teniendo en cuenta lo expuesto, nuestro grupo de investigación consideró que para alcanzar una evidencia con un alto grado de fortaleza resultaba necesario aumentar el número de investigaciones y que estas tuvieran a la alimentación hospitalaria como objetivo principal aportando datos cuantitativos y cualitativos basados en la medida de lo posible en

consumos efectivos. De esta forma, y tras realizar en febrero de 2022 una cata del potencial documental del hospital de Santiago Apóstol en la ciudad de Vitoria, se estimó que, por las características del hospital y la ciudad durante la edad moderna, así como por la cuidada documentación conservada, su investigación podría aportar información relevante sobre la alimentación hospitalaria en un centro que podría representar mejor al hospital moderno tipo en la península que la mayor parte de los estudiados por otros autores.

El presente texto reúne los principales resultados de la investigación realizada, así como los problemas encontrados y sus conclusiones, con los objetivos de conocer cuál fue la dieta real de los enfermos en el hospital Santiago de Vitoria durante la edad moderna y ampliar la evidencia sobre la cuestión en la España peninsular.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de análisis descriptivo a partir de la revisión de documentación primaria perteneciente al fondo documental histórico del hospital Santiago Apóstol de la ciudad de Vitoria (Álava, España).

El hospital cumple ya en el siglo XVI con las características principales para ser considerado un hospital general o de curación en el sentido moderno (*nosocomium* o *aegrotorum hospitium*) (Diccionario de Autoridades, 1734) superando la condición de hospital de acogida (*domibus hospitalitatis* o *peregrinorum vel pauperum hospitium*) (Diccionario de Autoridades, 1734) con la que había sido fundado en 1419, si bien mantendrá hasta el siglo XIX una habitación específica para acoger por la noche a vagabundos y peregrinos. Esta condición de hospital general moderno puede darse por efectiva a partir de 1556 cuando el centro, tras pasar de manos particulares a depender del municipio unos años antes, se reconstruye siguiendo una arquitectura palaciega con claustro característica de aquellos hospitales y aglutina las rentas de otros dos centros en un proceso de reducción hospitalaria culminado en 1590 (Ferreiro y Lezaun, 2008). Además, se reorganizará la asistencia médica y de cirugía menor (no tendrá cirujano mayor hasta 1736), se dotará de salario a los hospitaleros (que previamente sobrevivían de las limosnas) y se primará la asistencia a los vecinos enfermos frente a peregrinos y transeúntes foráneos (Ferreiro y Lezaun, 2008). Aunque de manera transitoria, entre 1592 y 1595 y entre 1605 y 1608 el hospital será gestionado por los hermanos de Juan de Dios (Ferreiro y Lezaun, 2015), siendo para algunos autores la aparición de esta y otras órdenes religiosas hospitalarias durante el XVI fundamental para el inicio de la reforma hospitalaria moderna (Amezcuá, 2017). El hospital no se vio afectado por los procesos de desamortización ni exclaustración del XIX, tomados frecuentemente como fin del modelo hospitalario moderno, aunque en nuestro caso se ajusta mejor la legislación de la Beneficencia Pública decimonónica.

Por su parte, la ciudad de Vitoria representa bien, por tamaño y población, a las villas predominantes en el ámbito castellano durante la edad moderna. Tras un gran desarrollo medieval, perdió durante la crisis bajomedieval el papel dinamizador de la región que había alcanzado, cesó su expansión y hasta el siglo XVIII se mantuvo en un profundo estancamiento.

La documentación primaria utilizada es la conservada del hospital Santiago Apóstol de la ciudad de Vitoria. Esta se halla depositada en un fondo especial, que lleva su nombre, del

Archivo Histórico Provincial de Álava (AHPA), tras fusionarse en 2019 con el Archivo del Territorio Histórico de Álava (ATHA) en el que permanecía y fue inventariado (Corres y Ruiz de Apodaca, 1997). Recoge la documentación conservada entre 1428 y 1976, repartida en 60 cajas más 363 libros, y clasificada en 4 partes (Fundación y gobierno, Administración de propiedades, Contabilidad, y Movimiento de enfermos). Se cuenta además con las primeras ordenanzas conocidas del hospital de 1764 (Ayuntamiento de Vitoria, 1764).

El periodo revisado se acotó a dos fechas emblemáticas que cubren prácticamente toda la edad moderna iniciándose en 1556, fecha de reconstrucción del hospital con características de hospital general, y 1821, fecha en que se traslada a un nuevo edificio coincidiendo con el inicio del Trienio Liberal que, al año siguiente, pondría en marcha el proyecto de Ley de Beneficencia Pública (Ferreiro y Lezaun, 2008).

## RESULTADOS

El primer elemento que se infiere de la revisión del conjunto documental es su inequívoco enfoque económico, siendo este el verdadero motor que impulsó durante los siglos el mantenimiento de un archivo en el hospital. En este sentido, aunque se incluyeron los libros del apartado de movimientos de enfermos, su propósito fundamental fue la gestión y atribución de gastos, siendo el resto de las informaciones nada relevantes para los objetivos de esta investigación, pues no se conservan, como a priori se esperaba, los libros de tratamiento que escribía el hospitalero con las indicaciones médicas sobre las dietas específicas de cada enfermo, y que podría haber sido la fuente de datos más precisa sobre lo que realmente ingerían los pacientes.

Los datos sobre alimentación que han podido utilizarse provienen esencialmente de la parte de Fundación y gobierno, básicamente las ordenanzas de 1764 y 1821, así como de la parte de Contabilidad de los libros de cuentas generales 52 a 57 (inicia en 1592, no conservándose los previos) y los libros de cuentas de gastos menores 258 a 260 (se inician en 1743, no existiendo previamente, y se interrumpen en 1815).

A partir de ellos, los principales resultados obtenidos pueden distribuirse en cinco apartados: características de los datos; dieta basal; gestión y administración de los alimentos; gastos extraordinarios; y botica.

### *Características de los datos*

La continuidad ordinal de los libros por años es solo aparente, pues se dan lagunas de importancia en algunos periodos, probablemente debido a crisis mayores, en que no hay anotaciones. No obstante, dada la amplitud temporal del estudio (1556-1821) no se considera que afecten al valor de los resultados obtenidos.

La calidad de la información documental es muy variable, sobresaliendo la de los años iniciales, que se corresponde con la gestión de los hermanos de Juan de Dios, y dándose un claro declive a partir de 1694 que no se subsana hasta que aparecen en 1743 los libros de gastos menores. Los asientos no tienen una sistemática uniforme y los detalles del gasto en

alimentos tienden a ser mayoritariamente indeterminados (“Por gallinas”, por ejemplo) frente a la concreción de algunas anotaciones (“por seis otnas de pan”, por ejemplo). Las variaciones se dan incluso para el mismo anotador, el hospitalero (denominado también síndico), siendo las diferencias en el tiempo entre un hospitalero y otro evidentes. En este sentido, la pulcritud de los hermanos juandedianos no se repite en ningún otro hospitalero civil posterior. Así mismo, mientras que en aquellos los apuntes son por cada compra y más detallados, en el resto son mensuales y con menos detalle.

El hallazgo clave es el hecho de que apenas constan asientos de gastos pertenecientes a los alimentos que constituían la dieta basal u ordinaria del hospital y, los que existen, pertenecen a los hermanos de Juan de Dios, que apenas estuvieron seis años en el mismo costeando ellos mismos los gastos con las limosnas que recogían sin que el ayuntamiento tuviera que abonar nada. Fuera de las anotaciones de la orden hospitalaria, una vez que es el ayuntamiento quien abona el coste de las dietas, los gastos relacionados con la dieta ordinaria desaparecen y simplemente se anotan en forma numérica las raciones o su fracción que se habían administrado ese mes y que tenían ya un precio prefijado. En consecuencia, la consignación de gastos en alimentos que figuran en los libros es debida, durante prácticamente todo el periodo, a necesidades extraordinarias o bien destinados a la botica para fines no nutricionales. Es decir, los libros de gastos conservados no permiten establecer el contenido real de la dieta basal del hospital, aunque sí sus variaciones extraordinarias, dependiendo el acercamiento a la dieta de su descripción teórica en las ordenanzas.

### *Dieta basal*

La dieta basal teórica probablemente no varió mucho en el tiempo de la que se describe en las ordenanzas de 1764, pues no solo la señala como la de costumbre, sino que se seguirá manteniendo en las ordenanzas de 1821. Consistía en: “el desayuno que està en costumbre, como es el de las sopas de aceite, ò de caldo del puchero”, mientras que “las Raciones asignadas para cada Enfermo para medio día, que es la de un quarteron de Carnero, y otro de Baca con los garbanzos, aya de hacer guisar tantas medias libras, como enfermos huviesse” y, para cenar, lo que sobrase del mediodía “las deberà reservar, disponiendo, que con él se haga gigote para la noche, y se dê à los enfermos [que se pudiera] omitiendo dêr el huevo que se acostumbra [para cenar]” (Ayuntamiento de Vitoria, 1764). Tomándola estrictamente, esta dieta proporcionaría aproximadamente 2471 kilocalorías con una distribución de macronutrientes de 60.1% de hidratos de carbono, 17.6% de proteínas y 22.2% de grasas.

Según se extrae de las anotaciones, esta dieta podía ser completa (ración), solo alguna de las tomas (media ración), solo el caldo del puchero a lo largo del día o bien solo huevo. Al respecto, el caldo era muy estimado, asegurándose su consistencia y aporte calórico realizando el puchero con “tantas medias libras [de carne], como enfermos huviesse, aunque alguno, ò algunos de ellos no las coman, à fin de que el caldo salga con la substancia correspondiente, el que ha de tener de reserva todo el dia para los enfermos que necesiten de este puro alimento, subministrándolo con alguna frecuencia, ó según lo pida la necesidad” (Ayuntamiento de Vitoria, 1764).

En esta descripción no se menciona al pan ni al vino ni tampoco otros ingredientes que probablemente acompañaban el puchero, caso de manteca o tocino y verduras, u otros productos como fruta. No obstante, resulta impensable que el pan no formara parte de la dieta ordinaria

ni que el cocido no llevara otros ingredientes vegetales y grasos que los descritos, máxime cuando el hospital contaba con su propio granero, árboles frutales y huerta, además de recibir numerosas rentas de sus propiedades en especie. Del vino, sin embargo, las anotaciones de raciones sugieren que solo se administraba por indicación médica y no de manera generalizada: “Este día la ración de tres enfermos, al uno manda el medico se le de vino”, en 1597, o “Por el vino que en todo el mes se dio a los enfermos que lo nezesitaron”, en 1746, por ejemplo.

### *Gestión y administración de los alimentos*

La alimentación dada a los enfermos era supervisada por tres fuentes: mayordomo, administrador y hospitalero. La impresión es que los dos primeros solo computaban el número de raciones, así como su cantidad y calidad aparente (es decir, si incorporaban los ingredientes estipulados en las ordenanzas y la cantidad debida por enfermo), mientras que era el tercero quien ejecutaba las compras, su cocinado y el ajuste a las órdenes médicas. En algunos periodos era el propio hospitalero quien de su salario debía costear la alimentación ordinaria de los enfermos y, en otros, lo abonaba el concejo municipal. Ello parece estar relacionado con diversos métodos para intentar evitar el fraude.

Al médico se le exigía que “antes de dâr principio [a la visita] ha de hacer que el Syndico Hospitalero, ò Assistentes en las Quadras, vaya con la Tabla que está dispuesta, para que en ella se anote el Medicamento, que ordenasse, como tambien el Alimento que se le deberá dâr, sin que sin esta circunstancia pase à segundo Enfermo [...] y concluidas las visitas de las Quadras, ha de hacer que en cada una le lea el Asistente lo que para cada Enfermo ha Recetado, para la mayor seguridad, de que no se padezca equivocacion” (Ayuntamiento de Vitoria, 1764). Este celo por la prescripción alimenticia se complementa con el hecho de que se prohibía “que con pretexto de visitar los Enfermos llevan cosa de comida, ó bebida” conminando al hospitalero a que “los deberán registrar, y [...] no permitir el que entren”. La alusión a compras de alimentos por “mando del medico” es frecuente y ocasionalmente aparece incluso la pauta: “A un enfermo, dos huevos del día, uno sorbido por la mañana y el otro batido en el caldo por estar muy flaco”, por ejemplo.

### *Gastos extraordinarios*

Marginando los destinados a la botica, que se comentan en el siguiente epígrafe, los gastos extraordinarios de alimentos con finalidad nutricional son de tres tipos: variaciones en la dieta, variaciones por festividades y dietas individualizadas.

Las variaciones en la dieta ordinaria son gastos ocasionales, básicamente aves y pescado (esporádicamente, cabrito y cordero), que modificarían o sustituirían las cantidades de vaca y carnero del cocido. En el caso de las aves se citan mayoritariamente como ave y ocasionalmente se determina que se trata de gallina, pollo, polla, capón, palomino o pichón. En el caso del pescado, este aparece como fresco o seco y, ocasionalmente, nombrando la especie (merluza y sardinas los más citados, pero también besugo). Casi todos los meses se compra (o mata en el propio hospital) aves, siendo mucho más esporádica la adquisición de pescado.

Los gastos en alimentos por festividades son las anotaciones más frecuentes entre los destinados a la ingesta ya que, con variaciones entre los años, vienen a referirse modificaciones

en la dieta hasta en 20 festividades/año. Son mayoritariamente gallinas, pero también se cita pescado, conservas, jalea, chocolate, pasas o vino de Valencia.

Finalmente, las dietas individualizadas son anotaciones poco frecuentes, ya que la mayor parte de estas dietas en realidad eran fragmentaciones de la dieta ordinaria, por lo que no suponían un gasto extraordinario y simplemente se anotaba cuantitativamente el número de raciones (que es la que predomina), medias raciones, caldo o de huevo sin que aparezcan asientos de gastos para ello. Las anotaciones que sí señalan compras específicas para enfermos concretos suelen aludir al enfermo en cuestión bien por su nombre, bien por el número de cama o bien por su dolencia, siendo raro que se acompañe del propósito de tal dieta; si bien en algunos casos puede inferirse la finalidad médica cuando se alude la dolencia (“Dos huevos ademas del ordinario al enfermo de las cámaras”, por ejemplo).

### *Botica*

Se trata del resultado más inesperado y, por su alta frecuencia, el más sorprendente: la mayor parte de los alimentos citados en la documentación revisada tuvieron por destino la botica y no la cocina. Dado que su consignación en los libros de gastos no siempre es clara no puede calcularse una proporción exacta, pero una estimación que nos parece correcta sería la de que, exceptuando las anotaciones de los hermanos de Juan de Dios, al menos un 80% de los asientos de gastos en alimentos tuvieron por finalidad un preparado medicamentoso no nutricional, mayormente para conformar emplastos de una gran variedad compositiva.

En el periodo a estudio se han identificado 331 citas correspondientes a 42 conjuntos de productos alimenticios que inequívocamente se adquirieron para una finalidad terapéutica no nutritiva. Los huevos y el pan son los más versátiles, ya que directamente o en forma de bizcochos eran la base de los emplastos (la cifra más contundente la encontramos en 1800, en cuyo mes de enero señalan haber aplicado 281 emplastos a media libra de pan cada emplasto). No obstante, el producto con mayor cantidad de citas de gasto con certeza de su destino a la botica es el vino, que se adquiría en una amplia variedad (de Valencia, blanco, generoso, tinto, rancio, de Tudela, de Málaga y clarete). La mayor parte de las citas encontradas referidas a la adquisición de leche lo son así mismo para su uso no nutricional. Resulta llamativo el uso de animales, aves y, característicamente, carnero o sus vísceras (redaño y liviano) para distintas terapias. Diferentes aceites y manteca, que raramente aparecen citados para la preparación culinaria son, sin embargo, anotados frecuentemente como gasto para ungüentos.

## DISCUSIÓN

Comparada la documentación del hospital Santiago de Vitoria con colecciones descritas en otros trabajos, se observan bastantes elementos comunes en la gestión administrativa de los antiguos hospitales y los procesos relacionados con la alimentación; si bien, a nivel de los libros conservados y por las características de los datos que son capaces de ofrecer otros autores, resulta claramente inferior la de nuestro centro a ejemplos de grandes hospitales, caso de los de Valencia (López, 1996), Sevilla (Rivasplata, 2014) o Santiago (Eiras, 1993). Esto sugiere que a mayor importancia del hospital mayor fue la capacidad o el celo documental y,

en consecuencia, mayor la posibilidad de su estudio hoy, lo que claramente supone un sesgo sobre la realidad acontecida en la mayor parte del sistema hospitalario moderno español, que poco se asemejó a la de aquellos grandes centros.

En cualquier caso, incluso en esos grandes hospitales la base documental que da soporte a los estudios referidos está basada en libros de gastos. En consecuencia, si en nuestra investigación se evidencia que los gastos con alguna etiqueta alimenticia raramente estuvieron destinados a la ingesta nutricional habitual, siendo por el contrario para ingestas extraordinarias y, más frecuentemente, para su uso en la botica, cabe cuestionarse sobre la fiabilidad de los datos ofrecidos por aquellos trabajos cuando en ninguno se advierte de la posibilidad de una interpretación errónea del destino de los alimentos, dando por sentado que todos iban a parar al interior de los estómagos en lugar de sobre ellos en forma de emplastos, por ejemplo, y concluyendo erróneamente que “todos los gastos realizados en concepto de compra de los diferentes alimentos consumidos, que permiten en gran medida la reconstrucción de la dieta” (López, 1996).

En nuestro hospital, el conocimiento de la dieta ordinaria proviene de las ordenanzas, siendo por tanto una imagen teórica, fija y, además, relativamente tardía (1764) que, tal como se documenta, tenía variaciones ocasionales en la proteína animal y que probablemente lo hiciera también respecto al tipo de legumbres. Esto último puede inferirse de la dieta que ofertaba por las mismas fechas (1777) el hospicio de la ciudad. En este, orientada a los pobres que desarrollaban un trabajo en sus talleres y, en consecuencia, con un requisito calórico mayor, se estipulaba “que en la olla comun se le considere á cada uno de los pobres ocho onzas de baca, quatro para medio dia, y quatro para la noche, con un poco de tocino, y habas blancas, ó negras, berdura, nabos, calabaza, ó lo que sea mas proporcionado al tiempo” (hospicio de Vitoria, 1777). Es decir, menos variedad cárnica pero más oferta vegetal que en el hospital y, expresamente a diferencia de en este, con inclusión de tocino.

Ha de añadirse que en la dieta del hospicio sí se menciona al pan de manera directa y, además, en cantidades considerables: para los asilados que trabajaban, la ración diaria de pan era de 32 onzas (dos libras), mientras que para los expósitos y huérfanos era la mitad (hospicio de Vitoria, 1777). Como se ha señalado, es impensable que el pan no estuviera en la dieta del hospital y cabe pensar que al menos la cantidad fuera parecida a la de los expósitos del hospicio. Si añadimos estas cantidades y aceptamos la presencia frecuente de vino en las comidas -aunque no de manera generalizada-, la dieta del hospital llegaría a las 3.000 kilocalorías diarias, muy por encima de las 2.000  $\pm$ 10% que Livi Bacci estimó como umbral para el soporte del equilibrio entre nutrición, infección y mortalidad en poblaciones históricas (Livi, 1988). También estaría por encima de las calculadas por Eiras para sus cuatro grandes hospitales (que oscilan entre 2338 y 2856, vino incluido) (Eiras, 1993).

Aun con estas cifras, habría que ponderar la importancia dada a los caldos en las ordenanzas, no en vano un instrumento básico en la administración alimenticia en los hospitales históricos fue el pistero (Miralles, 2012), lo que recuerda que estamos hablando de personas enfermas, quizá moribundas, muy lejos de tolerar la ración ordinaria de cocido de garbanzos. Al mismo tiempo, la pauta de caldos y huevos “por mandato medico” no deja de corroborar la existencia de una dieta individualizada en función del estado y la necesidad del paciente, tal como se aprecia en otros ejemplos descritos. Y, por tanto, sugiere una dietética hospitalaria dirigida desde la medicina con un propósito curativo, tal como defendía Eiras (1993).



Sin embargo, los resultados obtenidos no pueden apoyar la otra premisa de Eiras relativa a una pretendida superioridad alimenticia en los hospitales españoles frente a los franceses, en los que habría una alimentación popular, pues fuera de las dietas individualizadas, que son una minoría, la dieta ordinaria del hospital vitoriano, fuese esta ración entera o solo caldo, se componía precisamente de productos populares y resultaba, en general, monótona. Por tanto, la alimentación en el hospital Santiago de Vitoria se acercaría más a la idea de una “alimentación sobria pero reparadora [...] fundamentalmente energética para obtener la fuerza necesaria y, sólo secundariamente como nutrición” que Alzate concluye como característica general de la alimentación hospitalaria en los centros que estudia (Alzate, 2012), y que precisamente viene a corresponderse con lo que Eiras atribuye, minusvalorándola frente a lo que él concluye en sus cuatro grandes centros españoles, a los hospitales franceses y, en general, europeos de la edad moderna.

## CONCLUSIONES

La alimentación dada a los enfermos se regía por criterios médicos, acomodándose a las necesidades terapéuticas o paliativas de los enfermos, según el conocimiento del momento. La dieta ordinaria conocida es teórica, sin poder demostrarse su verdadera afinidad con la real. Su composición se corresponde con la del estrato popular, si bien resultaba hipercalórica y, con la duda de la cantidad de pan, similar a la de los trabajadores manuales del hospicio de la ciudad.

Al igual que en otros estudios, los datos sobre alimentación provienen fundamentalmente de fuentes indirectas (gastos y ordenanzas) y contextuales (funcionamiento interno), habiéndose encontrado que los gastos no solo no evidencian el consumo efectivo, sino que tampoco representan la dieta real, pues alrededor de un 80% de los alimentos consignados en los libros de cuentas estuvieron destinados a la botica y no a la alimentación de los enfermos.

Luego, aunque se aumenta el conocimiento y se refuerzan los datos positivos sobre la alimentación hospitalaria durante la edad moderna recogidos en otros hospitales españoles peninsulares, la evidencia existente sigue sin ser concluyente pero que, a tenor de los nuevos hallazgos, debería ser revisada.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alzate Echeverry, A.M. (2012). Comer en el hospital colonial: apuntes sobre la alimentación en tres hospitales neogranadinos a finales del siglo XVIII. *Historia crítica*, (46), 18-42. Recuperado de <https://doi.org/10.7440/histcrit46.2012.03>
- Amezcuá, M. (2017). Espíritu y reforma en los inicios del modelo de la hospitalidad en la España renacentista. *Temperamentvm*, (13), e2504. Recuperado de <http://ciberindex.com/c/t/e2504>
- Ayuntamiento de Vitoria. (1765). *Traslado notarial de los estatutos y ordenanzas para la gestión y buen gobierno del Hospital de Santiago de Vitoria que fueron realizadas a 18 de diciembre de 1764*. Vitoria: probablemente, Baltasar Manteli (imp.). Recuperado de <http://>

- [www.araba.eus/arabadok/doc?q=hospital+santiago+1764&start=4&rows=1&sort=score%20desc&fq=norm&fv=albala&fo=and&msstored\\_fld90=399472](http://www.araba.eus/arabadok/doc?q=hospital+santiago+1764&start=4&rows=1&sort=score%20desc&fq=norm&fv=albala&fo=and&msstored_fld90=399472)
- Corres Botella, R.M., y Ruiz de Apodaca López de Letona, M.I. (1997). *Hospital de Santiago: inventario de sus fondos (1428-1976)*. Vitoria: Diputación Foral de Álava. Recuperado de [https://web.araba.eus/documents/105044/4464356/Hospital+de+Santiago++Inventario+del+fondo\\_ocr.pdf/848e684e-07b3-980d-bc19-a857ed7a9378?t=1609246057717](https://web.araba.eus/documents/105044/4464356/Hospital+de+Santiago++Inventario+del+fondo_ocr.pdf/848e684e-07b3-980d-bc19-a857ed7a9378?t=1609246057717)
- Delgado Marchante, A. (2008). Fuentes Documentales del Hospital de Santiago de Cuenca recogidas en el Archivo Histórico Nacional. *Hiades*, (10), 321-330. Recuperado de [https://www.academia.edu/2528322/\\_2008\\_H%C3%80DADES\\_10\\_pp\\_321\\_330\\_ALMUDENA\\_DELGADO\\_MARCHANTE\\_Fuentes\\_Documentales\\_del\\_Hospital\\_de\\_Santiago\\_de\\_Cuenca\\_recogidas\\_en\\_el\\_Archivo\\_Hist%C3%B3rico\\_Nacional](https://www.academia.edu/2528322/_2008_H%C3%80DADES_10_pp_321_330_ALMUDENA_DELGADO_MARCHANTE_Fuentes_Documentales_del_Hospital_de_Santiago_de_Cuenca_recogidas_en_el_Archivo_Hist%C3%B3rico_Nacional) [https://www.ucm.es/seminariohistoriaenfermeria/file/sepithe-sevilla\\_2001-ebook\\_v-congreso\\_historia\\_enfermeria-vol-i](https://www.ucm.es/seminariohistoriaenfermeria/file/sepithe-sevilla_2001-ebook_v-congreso_historia_enfermeria-vol-i)
- Eiras Roel, A. (1993). La historia de la alimentación en la España moderna: resultados y problemas. *ohm: Obradoiro de historia moderna*, (2), 35-64. Recuperado de <https://doi.org/10.15304/ohm.2.526>
- Ferreiro-Ardións, M., y Lezaun-Valdubieco, J. (2008). *Historia de la Enfermería en Álava*. Vitoria: Colegio Oficial de Enfermería de Álava. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10810/24749>
- Ferreiro-Ardións, M., y Lezaun-Valdubieco, J. (2015). La fallida implantación de la Orden Juandediana en Vitoria en el siglo XVI. En M. Fernández, A.C. García y M.J. García (coord.), *Un siglo cuidando a la Sociedad, Centenario del reconocimiento oficial de la Enfermería en España* (pp. 547-552). Santander: Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10810/24772>
- García Martínez, A.C. (2008). Las constituciones manuscritas elaboradas por Bernardino de Obregón para la Congregación de los Enfermeros Pobres (¿1592-1598?). *Hiades*, (10), 203-254. Recuperado de (PDF) (2008) Las Constituciones manuscritas elaboradas por Bernardino de Obregón para la Congregación de los Enfermeros Pobres (¿1592-1598?) | Antonio Claret García Martínez - Academia.edu
- Hospicio de Vitoria. (1777). *Junta de Piedad*. Archivo Municipal de Vitoria, signatura HOSP-CAR 18-5.
- Livi Bacci, M. (1988). *Ensayo sobre la historia demográfica europea. Población y Alimentación en Europa*. Barcelona: Ariel.
- López Terrada, M.L. (1996). La asistencia hospitalaria en el siglo XVI, sus fuentes documentales. Libro de ponencias y comunicaciones del I Congreso Nacional de Historia de la Enfermería. Valencia: Fundación Uriach. Recuperado de [https://www.ucm.es/seminariohistoriaenfermeria/file/sepithe-valencia\\_1994-ebook\\_i-congreso\\_historia\\_enfermeria?ver](https://www.ucm.es/seminariohistoriaenfermeria/file/sepithe-valencia_1994-ebook_i-congreso_historia_enfermeria?ver)
- Miralles Sangro, M.T. (2012). *El pistero*. Madrid: Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de Madrid.
- Pérez Álvarez, M.J. (2013). El hospital de la Encarnación de Zamora en el siglo XVIII: reglamentación y evolución asistencial. *Revista de Historia Moderna*, (31), 73-89. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/RHM2013.31.04>
- Real Academia Española*. (1734). *Diccionario de la lengua castellana*, en que se explica el verdadero sentido de las voces, su naturaleza y calidad, con las frases o modos de hablar, los proverbios o refranes, y otras cosas convenientes al uso de la lengua [Diccionario de Autoridades]. Tomo IV. Recuperado de <https://apps2.rae.es/DA.html>
- Rivasplata Varillas, P.E. (2014). El trabajo femenino en la cocina y la panadería de un hospital sevillano del antiguo régimen. *Revista de Historia Moderna*, (32), 309-331. Recuperado de <https://doi.org/10.14198/RHM2014.32.13>

- Santo Tomás Pérez, M. (2018). Enfermedades, Guerras y Hambrunas: Respuestas sociales. En A.C. García, M.J. García, G. Gallego y R.M. Hernández. *Poder e influencia de las enfermeras en la Historia* (pp. 241-256). Palma de Mallorca: Col·legi Oficial d'Infermeria de les Illes Balears. Recuperado de [https://www.ucm.es/seminariohistoriaenfermeria/file/sepihe-palma\\_mallorca\\_2018-ebook\\_xvi-congreso\\_historia\\_enfermeria](https://www.ucm.es/seminariohistoriaenfermeria/file/sepihe-palma_mallorca_2018-ebook_xvi-congreso_historia_enfermeria)
- Ventosa Esquineldo, 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.

# Necessidades humanas básicas em gestantes de alto risco obstétrico analisadas sob a Teoria de Wanda Horta

## *Basic human needs in pregnant women at high risk obstetrician analyzed under the Wanda Horta Theory*

## Necesidades humanas básicas en gestantes con alto riesgo obstétrico analizado bajo la Teoría de Wanda Horta

ANTONIA REGYNARA MOREIRA RODRIGUES, MARIA ADELAIDE MOURA DA SILVEIRA, SIBELE LIMA DA COSTA DANTAS, ERYJOSY MARCULINO GUERREIRO BARBOSA, SAIWORI DE JESUS SILVA BEZERRA DOS ANJOS, DAFNE PAIVA RODRIGUES

**Antonia Regynara Moreira Rodrigues**  
Universidade Federal do Acre. Brasil.  
regynararodrigues@yahoo.com.br  
<https://orcid.org/0000-0001-7495-2328>

**Maria Adelaide Moura da Silveira**  
Universidade Estadual do Ceará. Brasil.  
adelaidesilveira1010@hotmail.com  
<https://orcid.org/0000-0001-7290-9991>

**Sibele Lima da Costa Dantas**  
Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos  
Maia. Brasil.  
sibelelima@yahoo.com.br  
<https://orcid.org/0000-0001-7196-3769>

**Eryjosity Marculino Guerreiro Barbosa**  
Universidade Estadual do Ceará. Brasil.  
eryjosity.guerreiro@uece.br  
<https://orcid.org/0000-0002-2675-7023>

**Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos**  
Universidade Estadual do Ceará. Brasil.  
saiwori.anjos@uece.br  
<https://orcid.org/0000-0001-7559-8471>

**Dafne Paiva Rodrigues**  
Universidade Estadual do Ceará. Brasil.  
dafne.rodrigues@uece.br  
<https://orcid.org/0000-0001-8686-3496>

**Contacto principal:**  
regynararodrigues@yahoo.com.br

### Resumo:

**Objetivo:** identificar as necessidades humanas básicas de gestantes de alto risco hospitalizadas com base na Teoria de Wanda Horta.

**Método:** pesquisa-cuidado realizada com dezesseis gestantes de alto risco hospitalizadas em maternidade de referência no Ceará entre setembro e novembro de 2019. As informações foram coletadas através de diário de campo e formulário para caracterização das gestantes e registros das necessidades humanas básicas. Os resultados foram analisados por estatística descritiva simples e abordagem compreensiva à luz do referencial de Wanda Horta.

**Resultados:** as gestantes apresentaram necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, sendo prevalentes: ausência de atividades de lazer, insegurança emocional, conhecimento deficiente, sono e repouso prejudicado e atividades físicas restritas por indicação de repouso.

**Considerações finais:** acredita-se que o raciocínio crítico e o julgamento clínico dos enfermeiros estiveram focados na individualidade das gestantes, identificando necessidades nos três níveis propostos pela teoria, apontando caminhos para qualificar a assistência de enfermagem às gestantes de alto risco.

**Palavras-chave:** Gravidez de Alto Risco; Gestantes; Enfermagem; Teorias de Enfermagem; Hospitalização.

### Abstract:

**Objective:** to identify the basic human needs of hospitalized high-risk pregnant women based on Wanda Horta's Theory.

**Method:** care research carried out with sixteen high-risk pregnant

**Fecha recepción:** 03/12/2023

**Fecha aceptación:** 17/02/2024

**Financiación:** Este trabajo no ha recibido financiación.

**Conflicto de intereses:** Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.



**Licencia:** Este trabajo se comparte bajo la licencia de Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons (CC BY-NC-SA 4.0): <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

© 2024 Antonia Regynara Moreira Rodrigues, Maria Adelaide Moura da Silveira, Sibebe Lima da Costa Dantas, Eryjoso Marculino Guerreiro Barbosa, Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos, Dafne Paiva Rodrigues

**Citación:** Moreira Rodrigues, A. R., Moura da Silveira, M. A., da Costa Dantas, S. L., Guerreiro Barbosa, E. M., Silva Bezerra dos Anjos, S. J., Paiva Rodrigues, D. (2024). Necesidades humanas básicas em gestantes de alto risco obstétrico analisadas sob a Teoria de Wanda Horta. *Cultura de los Cuidados*, (68), 227–240. <https://doi.org/10.14198/cuid.22009>



women hospitalized in a reference maternity hospital in Ceará between September and November 2019. Information was collected through a field diary and a form to characterize the pregnant women and records of basic human needs. The results were analyzed by simple descriptive statistics and a comprehensive approach in the light of the framework of Wanda Horta.

**Results:** the pregnant women presented psychobiological, psychosocial and psychospiritual needs, being prevalent: absence of leisure activities, emotional insecurity, poor knowledge, impaired sleep and rest, and restricted physical activities by indication of rest.

**Final considerations:** it is believed that the nurses' critical reasoning and clinical judgment were focused on the individuality of pregnant women, identifying needs at the three levels proposed by the theory, pointing out ways to qualify nursing care for high-risk pregnant women.

**Keywords:** Pregnancy high-risk; Pregnant Woman; Nursing; Nursing Theory; Hospitalization.

#### Resumen:

**Objetivo:** identificar las necesidades humanas básicas de las embarazadas de alto riesgo hospitalizadas con base en la Teoría de Wanda Horta.

**Método:** investigación asistencial realizada con dieciséis gestantes de alto riesgo hospitalizadas en una maternidad de referencia en Ceará entre septiembre y noviembre de 2019. Se recolectó información a través de diario de campo y ficha de caracterización de las gestantes y registros de necesidades humanas básicas. Los resultados se analizaron mediante estadística descriptiva simple y un enfoque integral a la luz del marco de Wanda Horta.

**Resultados:** las gestantes presentaron necesidades psicobiológicas, psicosociales y psicoespirituales, siendo prevalentes: ausencia de actividades de ocio, inseguridad emocional, escaso conocimiento, sueño y descanso perjudicados, y actividades físicas restringidas por indicación de descanso.

**Consideraciones finales:** se cree que el razonamiento crítico y el juicio clínico de los enfermeros se centraron en la individualidad de las gestantes, identificando necesidades en los tres niveles propuestos por la teoría, apuntando caminos para cualificar el cuidado de enfermería a las gestantes de alto riesgo.

**Palabras Clave:** Embarazo de alto riesgo; mujeres embarazadas; enfermería; teoría de enfermería; hospitalización.

## INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico que transcorre sem intercorrências para a maioria das mulheres, entretanto em 20% dos casos incide maior probabilidade de desfechos desfavoráveis relacionados às condições clínicas ou clínico-obstétricas e às condições pré-existentes que ameaçam a saúde materno-fetal, caracterizando a gestação como de alto risco (Brasil, 2012).

As complicações obstétricas prevalentes são infecções, perda de líquido amniótico, sangramentos, alterações metabólicas e de níveis pressóricos (Rodrigues et.al, 2017; Falavina et.al, 2018; Moura et.al, 2018), que alteram a evolução fisiológica da gestação e se associam a agravos como parto prematuro, baixo peso ao nascer, restrição de crescimento intrauterino, mortalidade perinatal, internações em leitos de terapia intensiva materna, neonatal e mortalidade materna, tanto no Brasil como no mundo (Salge et.al, 2017; Maittei & Carreno, 2017).

Esses diagnósticos, além de demandarem gastos para o setor saúde, exigem cuidados especializados, que contemplem recursos tecnológicos, insumos, materiais e equipes multidisciplinares capacitadas para o adequado manejo de doenças e agravos durante a gestação em todos os serviços que prestam assistência à gravidez de alto risco. Ademais, há que se alcançar também as subjetividades que permeiam o contexto de vida das mulheres diagnosticadas com gravidez de alto risco, pois para além dos aspectos fisiopatológicos, emergem os de cunho psicossociespiritual, que quando não percebidos pelos profissionais de saúde, podem tornar a assistência menos efetiva (Brasil, 2012).

Nesta perspectiva, o enfermeiro, apoiado pela resolução do Conselho Federal de Enfermagem Nº 516, de 23 de junho de 2016, torna-se responsável pela consulta de enfermagem obstétrica e pelos cuidados de enfermagem compatíveis com a complexidade de cada caso (Cofen, 2016). Bem como, evidenciou-se que o plano de cuidados individualizado, que considere as necessidades das gestantes e alicerçado no processo de enfermagem, foi considerado estratégia para o cuidado qualificado na gravidez de alto risco, resultando em satisfação para as gestantes (Rodrigues et.al, 2016).

Gestantes de alto risco possuem necessidades de saúde, demandas de cuidado e diagnósticos de enfermagem específicos e variados, o que requer dos enfermeiros instrumentalização para identificação precoce e para intervenções oportunas que garantam assistência de qualidade, previnam complicações e promovam a saúde materno-fetal (Teles et.al, 2019). Destarte, o alcance de resultados satisfatórios para o cuidado e a qualificação da assistência de enfermagem estão interligados à adoção de uma metodologia para resolução de problemas, julgamento clínico e fundamentação teórica que oriente a execução do trabalho do enfermeiro no cuidado ao ser humano em seu contexto de vida (Barbosa e Silva, 2018).

Logo, considerando a diversidade de demandas e necessidades que envolvem as gestantes de alto risco, optou-se pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda Horta, por ser uma teoria que busca as necessidades básicas dos indivíduos, famílias e comunidades para planejar e fundamentar a prática clínica (Horta, 2018).

Este trabalho se justifica diante da escassez de estudos existentes sobre as necessidades de gestantes de alto risco, uma vez que a produção se organiza em torno de estudos de caso, perfil

sociodemográfico e obstétrico, ou discutem riscos e diagnósticos específicos (Medeiros et.al, 2016; Rodrigues et.al, 2017; Falavina et.al, 2018; Teles et.al, 2019), sem contudo, descrever e aprofundar as necessidades e demandas de cuidado e o impacto dessas para o cuidado de enfermagem às gestantes de alto risco. Propõe-se assim identificar as necessidades humanas básicas de gestantes de alto risco hospitalizadas com base na Teoria de Wanda Horta

## MÉTODOS

Estudo com desenho de pesquisa-cuidado (Neves e Zagonel, 2006), fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta (Horta, 2018), desenvolvido na maternidade da Santa Casa de Misericórdia de Sobral-Ceará, Brasil, hospital de referência para a gestação de alto risco na região Norte do Estado do Ceará, entre os meses de setembro a novembro de 2019.

A metodologia proposta integra pesquisa e cuidado como elementos essenciais à atuação do enfermeiro, mantendo uma ligação de reciprocidade entre profissional e paciente e cujos resultados subsidiem a prática, sendo necessário seguir cinco etapas que se sucedem: aproximação com o objeto de estudo; encontro com o ser pesquisado-cuidado; estabelecimento das conexões da pesquisa, teoria e prática do cuidado; afastamento do ser pesquisador-cuidador e ser pesquisado-cuidado e análise do apreendido (Neves e Zagonel, 2006).

Na fase de aproximação, aconteceu a definição do objeto de estudo, necessidades humanas básicas de gestantes hospitalizadas devido ao diagnóstico de gravidez de alto risco, o delineamento do método de pesquisa-cuidado e a escolha do referencial teórico. A segunda etapa do método, o encontro com o ser pesquisado-cuidado, configurou-se como o primeiro momento de interação entre enfermeiro pesquisador-cuidador e gestante pesquisada-cuidada, momento no qual se iniciou o cuidado à gestante.

Na terceira etapa, ocorreu o estabelecimento das conexões da pesquisa (coleta das informações), teoria (Teoria das Necessidades Humanas Básicas) e prática do cuidado, na qual foi realizada a identificação e caracterização das gestantes, avaliação e identificação das necessidades humanas básicas afetadas, através da comunicação verbal ou não verbal, bem como da experiência e dos conhecimentos prévios do enfermeiro pesquisador-cuidador e estabelecidas as prioridades de cuidado.

Na quarta etapa aconteceu o afastamento entre o ser pesquisador-cuidador (enfermeiro) e o ser pesquisado-cuidado (gestantes), como fase necessária para dar início a análise dos dados. Durante os momentos de cuidado, as gestantes foram informadas sobre a necessidade de afastamento, que aconteceria com sua saída da enfermaria de alto risco por alta ou resolução da gravidez, e que seria somente relacionado aos fins da pesquisa, sendo assegurada a continuidade dos cuidados pela equipe de enfermagem conforme rotina da unidade. Na última etapa ocorreu a análise dos dados apreendidos à luz da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta (Horta, 2018).

Participaram cinco enfermeiros como enfermeiros pesquisadores- cuidadores, os quais receberam capacitação sobre o referencial teórico e sobre o método de pesquisa-cuidado. Adotou-se como critérios de inclusão: enfermeiros que trabalham com a assistência a gestantes de alto risco hospitalizadas na instituição há no mínimo seis meses, por considerar este um tempo adequado para adaptação às rotinas do serviço e para reconhecimento das necessidades de cuidados das

gestantes de alto risco hospitalizadas. Destaca-se que os dezessete enfermeiros que atuavam na maternidade e atendiam aos critérios de inclusão na ocasião da coleta de dados receberam convites impressos e foram convidados pessoalmente pela pesquisadora para participar do estudo, no entanto apenas cinco enfermeiros participaram das etapas da pesquisa e foram denominados enfermeiros pesquisadores- cuidadores.

Também participaram 16 gestantes de alto risco, como pesquisadas-cuidadas, selecionadas por amostragem intencional, segundo os critérios: ser gestante, maior de 18 anos, hospitalizada com diagnóstico de gravidez de alto risco, admitida na maternidade durante a fase da coleta das informações,

A coleta de dados ocorreu no período de setembro a novembro de 2019, todos os dias da semana, nos turnos da manhã, tarde e noite, de acordo com a escala das enfermeiras pesquisadoras-cuidadoras. A pesquisadora responsável por este estudo participou como pesquisadora-cuidadora em cooperação com os enfermeiros no cuidado às gestantes de alto risco, realizando visitas semanais em turnos alternados, permanecendo entre duas e três horas na unidade durante a coleta de dados e promoveu dois encontros individuais com cada enfermeira para troca de experiências, partilhas de dificuldades e potencialidades, esclarecimentos e alinhamentos teóricos sobre a teoria e o método.

Os dados foram coletados por meio do formulário de caracterização das gestantes, composto por questões sociodemográficas e obstétricas das participantes e por questões abertas que permitiam identificar as necessidades humanas básicas das gestantes: “Como tem sido sua internação?”; “Quais suas necessidades nesse momento?”; “O que pode melhorar sua internação nesse momento?”, equivalendo-se a etapa de histórico e identificação dos problemas de enfermagem propostos pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas.

Esses questionamentos foram realizados em todos os encontros entre os enfermeiros e as gestantes, sendo realizada a escuta atenta das falas sem interferência dos enfermeiros e as respostas foram registradas no formulário para identificação das necessidades humanas básicas e no diário de campo, que foram especificamente desenvolvidos para este estudo.

Para a análise do apreendido, as autoras do método recomendam que as informações sejam analisadas em uma estrutura compreensiva sob olhar do referencial teórico (Neves e Zagonel, 2006). Desse modo, os dados dos formulários para caracterização das gestantes foram submetidos à análise descritiva simples para traçar o perfil sociodemográfico e obstétrico das gestantes de alto risco; os formulários para identificação das necessidades humanas básicas de gestantes de alto risco e os diários de campo dos enfermeiros foram analisados manualmente e criteriosamente para identificar as necessidades apresentadas pelas gestantes e mapear os problemas de enfermagem evidenciados com suas respectivas frequências para discuti-los em profundidade à luz da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta.

A pesquisa respeitou os preceitos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde para o desenvolvimento de pesquisas com seres humanos e obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE). O anonimato dos participantes, enfermeiros e gestantes, foi preservado, uma vez que foi apresentado o compilado das necessidades humanas básicas manifestadas pelas gestantes não sendo possível identificar a quem pertenciam individualmente ou o enfermeiro que as identificou.



## RESULTADOS

Para compreender e analisar as necessidades humanas básicas de gestantes de alto risco é importante conhecer e apresentar os enfermeiros pesquisadores-cuidadores responsáveis pela escuta e investigação de tais necessidades. Participaram dois enfermeiros do sexo masculino e três do sexo feminino, com idade variando entre 24 a 49 anos, casados ou em união estável e de fé católica. Em relação à formação um enfermeiro possuía mestrado e especialização em enfermagem obstétrica e os demais enfermeiros possuíam especialização na área de saúde da mulher, o tempo de trabalho na instituição variou entre seis meses e 15 anos de trabalho, convergindo com o tempo de trabalho na instituição.

Os enfermeiros pesquisadores-cuidadores atuavam nos setores existentes na maternidade: acolhimento com classificação de risco, enfermaria de alto risco, centro de parto normal e alojamento conjunto nos turnos diurnos e noturnos, o que favoreceu o acompanhamento das gestantes em período integral e permitiu uma visão completa das necessidades das gestantes nos diversos setores.

As gestantes pesquisadas-cuidadas, por sua vez, tinham idade entre 19 e 41 anos, com média de idade de 26 anos, procedentes da cidade de Sobral em sua maioria, possuíam no mínimo ensino fundamental incompleto, com predomínio de mulheres com o ensino médio completo, a maioria possuía companheiro, não exercia atividade remunerada e proferiram a fé cristã.

No tocante ao perfil obstétrico, eram multigestas, com média de 2,3 gestações e estavam no terceiro trimestre da gravidez. O diagnóstico de gravidez de alto risco foi realizado entre o segundo e o terceiro trimestre, sendo nove gestantes acompanhadas pelo pré-natal de alto risco, porém para algumas mulheres, o acesso a esse serviço não foi possível e o diagnóstico foi realizado na hospitalização.

Os diagnósticos de gravidez de alto risco estiveram relacionados à rotura anteparto de membranas ovulares, trabalho de parto prematuro, síndromes hipertensivas específicas da gravidez, outros diagnósticos como pielonefrite, placenta prévia e crise convulsiva estiveram presentes. Entre as multigestas, quatro gestantes apresentaram intercorrências em gestação anterior, sendo estes os mesmos diagnósticos presentes na gestação atual. Quanto à duração da hospitalização, verificou-se variação entre três e vinte e oito dias, com uma média de 9,1 dias, refletindo em período de afastamento duradouro de sua rotina, restrições na vida social, o que pode impactar nas necessidades humanas básicas.

A quantidade de encontros de pesquisa-cuidado variou entre um e dez encontros, totalizando 52 encontros, com média de três encontros por gestante pesquisada-cuidada. As NHB afetadas e os problemas de enfermagem das gestantes de alto risco foram organizados conforme os níveis de vida psíquica, psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, propostos pela teoria de Wanda Horta (Tabela 1).

Tabela 1- Classificação dos problemas de enfermagem de gestantes de alto risco hospitalizadas segundo os níveis de Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta. Fortaleza, CE, Brasil, 2019. (n= 16)

Necessidades Humanas Básicas	Problemas de enfermagem	n	%
<b>Nível Psicobiológico</b>			
1. Percepção sensorial	Dor	05	31,25
2. Regulação vascular	Hipertensão	04	25
	Edema	07	43,75
3. Regulação corporal	Infecção	01	6,25
4. Hidratação	Desidratação	01	6,25
5. Alimentação	Alimentação inadequada	07	43,75
6. Eliminação urinária	Uso de cateter vesical de demora	01	6,25
	Disúria	01	6,25
7. Atividade física	Indicação de repouso	10	62,5
	Mobilidade física prejudicada	04	25
8. Segurança física/meio ambiente	Riscos de eventos adversos/ ambiente hospitalar inseguro	04	25
9. Sono e repouso	Sono e repouso prejudicado	10	62,5
10. Sexualidade	Sexualidade prejudicada	06	37,5
<b>Nível Psicossocial</b>			
11. Interação social (gregária/amor)	Ausência de acompanhante	04	25
12. Recreação e lazer	Interação familiar prejudicada	01	6,25
13. Segurança emocional	Atividades não ofertadas	16	100
	Ansiedade	11	68,75
	Medo	06	37,5
	Tristeza	05	31,25
	Insegurança	03	18,75
14. Autoestima e Autoconfiança	Autoestima/Autoconfiança prejudicadas	05	31,25
15. Autorrealização	Autorrealização prejudicada	05	31,25
16. Educação para a saúde/ aprendizagem	Conhecimento deficiente	10	62,5
<b>Nível Psicoespiritual</b>			
17. Crenças religiosas/ espirituais	Crenças religiosas ou espirituais prejudicadas	02	12,5
18. Atividades religiosas/ espirituais	Atividades religiosas ou espirituais prejudicadas	07	43,75

Fonte: elaborado pelos autores

Os problemas no nível de NHB psicobiológicos prevaleceram quantitativamente em relação aos níveis psicossociais e psicoespirituais, porém todas as gestantes pesquisadas-cuidadas apresentaram minimamente uma necessidade humana psicossocial, sendo percebido que com o avançar do número de dias de hospitalização essas ficavam mais expressivas e presentes nos registros dos enfermeiros.

O nível psicobiológico corresponde às necessidades humanas do ponto de vista biológico e se constitui na base sobre os quais as demais NHB irão se alicerçar. Neste nível as necessidades humanas mais frequentes foram sono e repouso prejudicado, atividades físicas restritas por indicação de repouso, edema, alimentação inadequada, sexualidade prejudicada e dor.

O nível psicossocial, reflete os aspectos do humano presente no indivíduo a partir das relações e interações sociais. Os problemas de enfermagem neste nível permearam todos os encontros de pesquisa-cuidado realizados com as gestantes deste estudo, sendo prevalente a ausência de atividades de lazer, a ansiedade e o conhecimento deficiente sobre o diagnóstico e sobre as condições de saúde materno-fetais. Outras NHB estiveram associadas aos problemas de interação social, sentimentos negativos e comprometimento de autoestima, autoconfiança e autorrealização.

O nível psicoespiritual expressa a dimensão religiosa ou teológica, ética ou de filosofia de vida, assumida pelo ser humano, sendo este nível característica exclusiva do homem. As manifestações das necessidades humanas básicas ocorreram a partir de alterações nas crenças religiosas, mas principalmente nas atividades religiosas, uma vez que algumas gestantes, a partir da hospitalização, não conseguiram preservar suas práticas religiosas.

## DISCUSSÃO

A despeito das gestantes pesquisadas-cuidadas, a caracterização sociodemográfica e obstétrica e os diagnósticos identificados reafirmam o perfil de gestantes de alto risco de outras regiões do país (Rodrigues et.al, 2017; Falavina et.al, 2018). Os diagnósticos atribuídos confirmam o critério de risco e a necessidade de hospitalização com o fim de garantir a vigilância e o bem-estar materno-fetal.

Os distúrbios hipertensivos são as complicações mais comuns no pré-natal, acometendo 12 a 22% das gestações, considerada uma das mais importantes complicações do ciclo gravídico-puerperal, resultando em alto risco de morbidade e mortalidade materna e perinatal (Moura et.al, 2018). O trabalho de parto prematuro e rotura anteparto de membranas ovulares têm forte associação com o nascimento pré-termo, implicando em elevado risco de adoecimento e morte fetal em razão de incompleto desenvolvimento e maior suscetibilidade às infecções, complicadas pela manipulação e grande período de permanência nas unidades neonatais (Salge et.al, 2017; Maittei & Carreno, 2017).

O fato de as gestantes possuírem companheiro é considerado um aspecto positivo, uma vez que as evidências apontam que a presença do companheiro está associada à segurança, rapidez e acesso aos serviços de saúde, evitando complicações graves que possam levar ao óbito materno e perinatal (Maittei & Carreno, 2017). Contudo, a situação financeira foi percebida

como insegura, pois a maioria não realizava atividade remunerada e a hospitalização durante a gravidez pode resultar em implicações financeiras, decorrente da necessidade de deslocamento para o serviço especializado e de viabilizar alternativas para o cuidado dos filhos durante a sua ausência do domicílio, entre outras condições que ampliam os gastos (Medeiros et.al, 2019).

Destaca-se que além do conhecimento sobre o perfil das gestantes de alto risco e dos distúrbios que prevalecem em seu serviço, os enfermeiros direcionaram sua avaliação para as necessidades específicas de cada gestante para a oferta de um cuidado individualizado e integral, conforme as proposições da Teoria das Necessidades Humanas Básicas.

As necessidades humanas básicas são definidas como estados de tensão resultantes do desequilíbrio dos fenômenos vitais apresentados pelo indivíduo, família ou comunidade, que podem ser aparentes ou inaparentes, conscientes ou inconscientes e verbalizadas ou não, e que exigem resolução para retornar ao estado de equilíbrio. Já os problemas de enfermagem consistem na manifestação dos sinais e sintomas em situações decorrentes dos desequilíbrios das necessidades humanas básicas. Assim, a Enfermagem tem o objetivo de atender as necessidades humanas básicas afetadas com vistas a manter, promover e recuperar o estado de equilíbrio dinâmico do ser humano (Horta, 2018).

Nas gestantes de alto risco foram encontrados problemas de enfermagem e necessidades humanas básicas afetadas nos níveis psicobiológicos, psicossociais e psicoespirituais, confirmando estudos realizados (Medeiros et.al, 2016; Erico et.al, 2018; Teles et.al, 2019) que apontam para uma multiplicidade de diagnósticos de enfermagem referentes às necessidades humanas básicas, à exceção das necessidades psicoespirituais que foram percebidas neste estudo, mas esteve ausente nos estudos supracitados. Sobre os diagnósticos de enfermagem, os referidos estudos apontam prevalência de disfunção sexual, padrão de sono perturbado, dor e volume de líquidos excessivo, convergindo com os achados nessa pesquisa. No entanto, identificaram também os diagnósticos de náuseas, fadiga e constipação que não foram registrados nesse estudo, reiterando a individualidade na manifestação das alterações das necessidades humanas básicas.

O sono e o repouso prejudicados foram problemas de enfermagem evidenciados com frequência e estiveram relacionados a falta de privacidade, luminosidade, sensação térmica desagradável, interrupções decorrentes de exames e medicações, além de ruídos referentes a gemidos e inquietação de outras gestantes internadas na mesma enfermaria. Percebeu-se que a ansiedade e o medo do desfecho da gravidez também estiveram associados às dificuldades em obter repouso adequado e sono restaurador.

A ausência de atividade física esteve relacionada à indicação de repouso, decorrente dos diagnósticos de rotura anteparto de membranas ovulares e de trabalho de parto, e à restrição de mobilidade associada ao uso de dispositivos como cateter vesical de demora e cateter venoso periférico. Ademais, a própria condição de hospitalização restringia as possibilidades para a realização de exercícios físicos, uma vez que o hospital não oferece e não possui profissional com competência técnica para a condução das atividades.

Nos casos de gestantes com hipertensão, o repouso recomendado é em decúbito lateral esquerdo, sendo um recurso valioso que visa melhorar o fluxo sanguíneo renal e o fluxo útero placentário, uma vez que possibilita a descompressão da veia cava inferior e melhora o retorno

venoso (Montenegro e Resende, 2018). Tal fato reforça a responsabilidade do enfermeiro com a avaliação criteriosa e individual de cada gestante, planejando e prescrevendo os cuidados mediante suas reais necessidades, baseado em princípios técnico-científicos.

O edema, alteração na regulação vascular percebida nas gestantes, pode ser considerado fisiológico durante a gravidez, resultante do aumento da pressão venosa nos membros inferiores. Bem como, pode estar associado a ingesta excessiva de líquidos e de sódio e aos mecanismos reguladores comprometidos, além de ser considerado um sinal de alerta (Montenegro e Resende, 2018). Esse problema de enfermagem foi identificado nas gestantes diagnosticadas com alterações dos níveis pressóricos, mas também esteve associado a maior período de repouso e menor movimentação dos membros, o que favorece a retenção de líquidos nas demais gestantes.

A hipertensão foi outro problema de enfermagem atribuído à necessidade de regulação vascular afetada, apresentado pelas gestantes de alto risco com diagnóstico de síndromes hipertensivas específicas da gestação. Fato este associado à fisiopatologia da doença e aos critérios para diagnóstico, uma vez que os valores tensóricos obtidos através da mensuração da pressão arterial, a partir da vigésima semana gestacional, consistem em um dos critérios diagnósticos mais relevantes e, aliado à presença de proteinúria, elucidam o diagnóstico de pré-eclâmpsia (Montenegro e Resende, 2018).

Destaca-se que a manifestação de alteração na eliminação urinária pela presença de cateter vesical de demora foi observada em uma gestante e esteve vinculada ao uso de medicação para proteção neurológica, cujo efeito colateral é a oligúria, devendo-se assim realizar mensuração e controle do débito urinário através do referido dispositivo. Apesar de pouco frequente no presente estudo, embora tenham sido acompanhadas quatro gestantes com diagnóstico de distúrbios hipertensivos, o uso de medicações e de cateter vesical de demora é a terapêutica mais utilizada nas emergências. A ausência dessa NHB nas demais gestantes justifica-se pelo período em que foram realizados os encontros de pesquisa-cuidado, uma vez que os níveis pressóricos estavam controlados.

Outro problema de enfermagem relacionado à eliminação foi a disúria, que esteve associada aos problemas de enfermagem infecção e desidratação, as quais foram observadas na gestante pesquisada-cuidada hospitalizada em decorrência de infecção do trato urinário (ITU), com o diagnóstico de pielonefrite. As ITU representam as infecções bacterianas mais frequentes durante a gravidez, ligadas às mudanças anatômicas e fisiológicas impostas ao trato urinário, predispondo a sua ocorrência em 20% entre as gestantes, podendo responder por até 10% das admissões hospitalares nesse período e por complicações materno-fetais (Santos et.al, 2018).

Ainda no nível psicobiológico, a necessidade de alimentação relacionou-se à inapetência e redução do desejo pelo alimento oferecido pela instituição, sendo mais evidente após período maior de hospitalização, devendo ser considerado que a introdução de nova rotina, o medo e a ansiedade impactam no desejo das gestantes em alimentar-se.

Evidenciou-se também alterações na sexualidade das gestantes, encontrando relação com a ausência do companheiro, por assumir sozinha as responsabilidades com a gravidez e em outros casos, mesmo tendo companheiro, este não podia estar presente durante a hospitalização, representando um aspecto negativo para o pleno desenvolvimento da função sexual da gestante.

A dor foi um problema de enfermagem encontrado nas gestantes de alto risco, localizada especificamente nas regiões lombar e supra púbica, associada ao diagnóstico de trabalho de parto prematuro, sendo um importante parâmetro para avaliação clínica do enfermeiro. É definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial dos tecidos, considerada como quinto sinal vital (Herdman & Kamitsuru, 2018).

A necessidade de hospitalização durante a gestação para acompanhamento e vigilância das condições de risco materno fetais impõe a presença de profissionais especializados e de recursos tecnológicos para a prestação dos cuidados, agregando riscos inerentes aos serviços hospitalares. Ao se falar em “risco de eventos adversos” e “ambiente hospitalar inseguro”, estes foram atribuídos à ausência de leito adequado para a internação decorrente de superlotação do serviço, à ausência de identificação no leito e à realização de procedimentos invasivos.

Evidenciou-se que o distanciamento do convívio familiar, diminuição do contato e da convivência com os familiares e ausência de acompanhante contribuíram para a alteração nas NHB psicossociais, uma vez que o afastamento do domicílio, das atividades e da família são considerados aspectos redutores da qualidade de vida e da satisfação pessoal das gestantes (Wilhem et.al, 2015). Em relação às visitas familiares, evidenciou-se que algumas gestantes residiam em municípios distantes do hospital, o que reduzia o número e a periodicidade das visitas recebidas e restringia a convivência com os familiares. A ausência de acompanhante decorreu da impossibilidade da rede de apoio da gestante estar presente durante a hospitalização.

O diagnóstico de gravidez de alto risco esteve associado aos sentimentos de medo, incerteza, insegurança e ansiedade, desvalorização da imagem, autoestima prejudicada, ocasionando a alteração nas necessidades humanas básicas do subgrupo segurança emocional, autoestima, autoconfiança e autorrealização, refletindo uma multiplicidade de sensações e sentimentos e ratificando os diagnósticos de enfermagem nesse domínio elencados em estudos anteriores (Medeiros et.al, 2016; Teles et.al, 2019).

Em relação à recreação e ao lazer, a ausência de espaços de atividades lúdicas, terapias manuais, entretenimento ou de programações terapêuticas na instituição consiste em fator desencadeador dessa necessidade humana básica, o que acentuava a ansiedade e a tristeza experienciadas pelas gestantes de alto risco durante a hospitalização. Nessa perspectiva, a oferta de momentos de interação, de atividades de leitura e de oficinas manuais para preencher o tempo emergem como proposta de cuidado para aperfeiçoar a experiência da hospitalização de gestantes de alto risco. Ademais, essa necessidade humana básica apontada pela totalidade das gestantes evidencia uma fragilidade dos serviços prestados sistematicamente pela instituição, uma vez que não havia participação da equipe multidisciplinar, tais como terapeutas ocupacionais e psicólogos, no desenvolvimento das ações assistenciais para as gestantes de alto risco.

O conhecimento deficiente foi expressivo nas gestantes, percebido através de desinformação e confusão em relação à condição de saúde do binômio, suscitando reflexões sobre a importância da comunicação e orientação dos profissionais sobre o quadro clínico, terapêutica proposta, condutas, procedimentos e esclarecimento de dúvidas das gestantes. A carência de informação, de orientações, a ausência de atividades de educação em saúde e de espaço no serviço para conversar e entender o diagnóstico comprometem a qualidade da assistência oferecida e expõem a gestante a uma condição de dependência e de falta de autonomia (Santos et.al, 2016). Esses

dados confirmam o mérito do diálogo, do contato, da formação de vínculo entre profissionais, gestantes e acompanhantes e apresenta-os como ferramenta relevante, capaz de modificar a percepção acerca da satisfação e qualidade com os cuidados de enfermagem e de contribuir para o conhecimento das gestantes sobre a condição de saúde do binômio materno-fetal.

Outro ponto importante está relacionado às necessidades psicoespirituais, que embora presente em pequena parcela das gestantes, consiste em achado inovador deste estudo. O referido hospital tem forte ligação com a religião católica apostólica romana, dispõe de uma capela próxima à maternidade diariamente disponível, porém não são ofertadas atividades de outras religiões. Bem como, mesmo católicas, algumas gestantes não tinham motivação para participar das atividades disponíveis na instituição e nem para buscar formas de preservar suas atividades habituais, relacionado ao entendimento das gestantes que a situação de risco e a hospitalização serem castigos divinos. Contudo, para a maioria das gestantes a fé foi um dos pontos de apoio e força para enfrentamento da situação, reforçando que, na condição de alto risco, as gestantes lançam mão da fé que professam para encorajamento e esperança frente aos problemas enfrentados.

Acredita-se que o número reduzido de participantes envolvidos e a realização do estudo em uma única maternidade de alto risco podem se constituir em possíveis limitações do estudo, por não permitirem generalizações em relação às necessidades humanas básicas e aos problemas de enfermagem identificados, porém convergem com resultados de estudos que se propuseram a divulgar as percepções e diagnósticos de enfermagem referentes às gestantes de alto risco, despontando a necessidade de desenvolver novos estudos de maior abrangência, maior nível de evidência e que envolvam outros cenários assistenciais.

No âmbito das contribuições, o estudo adotou método de pesquisa e referencial teórico próprios da enfermagem, aproximando pesquisa e cuidado na práxis profissional e fortalecendo a instrumentalização técnico-científica do enfermeiro para uma assistência integral, segura e direcionada para as necessidades de gestantes de alto risco. Ademais, apresentou necessidades humanas básicas não observadas em outros estudos com gestantes, reforçando os conceitos de Horta ao considerar que, embora únicas, as manifestações das NHB ocorrem de forma particular e individual, apontando um universo a ser explorado, uma vez que o conhecimento sobre as necessidades de gestantes de alto risco a partir da teoria é incipiente.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O referencial teórico-metodológico utilizado possibilitou a classificação das necessidades humanas básicas afetadas e dos problemas de enfermagem de gestantes de alto risco hospitalizadas nos níveis psicobiológicos, psicossociais e psicoespirituais. Embora a predominância da classe psicobiológica fosse esperada em decorrência das condições clínicas e obstétricas, houve presença significativa de necessidades psicossociais, tais como prejuízos à autoestima e à autoconfiança, insegurança emocional e lazer comprometido, associadas ao diagnóstico e à hospitalização. Tal fato demonstra um olhar crítico e julgamento clínico ampliado dos enfermeiros em busca da individualidade da gestante e aponta caminhos para a enfermagem propor um cuidado respeitoso, efetivo e que promova a satisfação das gestantes.

A enfermagem como profissão do cuidado ao ser humano apresenta a possibilidade de ir ao encontro das demandas da gestante que recebe o cuidado, arregimentando práticas mais complexas e interativas, que contemple os aspectos subjetivos tanto quanto os físicos, que ofereçam suporte emocional e educativo, com espaço para discussão sobre o risco junto ao profissional, para troca de experiências, para expressão de sentimentos, favorecendo o enfrentamento da condição de gravidez de alto risco e conferindo a gestante o lugar de destaque no cuidado.

## REFERÊNCIAS

- Barbosa VMS, Silva JVS (2018). Utilização de teorias de enfermagem na sistematização da prática clínica do enfermeiro: revisão integrativa. *Rev Enferm Atenção Saúde*, 7 (1): 260-271. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/2517/pdf>.
- Conselho Federal de Enfermagem (2016). *Resolução nº 516/2016*. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016\\_41989.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html)
- Errico LSP, Bicalho PG, Oliveira TCFL, Martins EF (2018). The work of nurses in high-risk prenatal care from the perspective of basic human needs. *Rev Bras Enferm.*, 71 (Suppl 3): 1257-1264. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000901257&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000901257&lng=en).
- Falavina LP, Oliveira RR, Melo EC, Varela PLR, Mathias TAF (2018). Hospitalization during pregnancy according to childbirth financial coverage: a population-based study. *Rev Esc Enferm USP.*, 52: 03317. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/en\\_0080-6234-reeusp-S1980-220X2017032403317.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/en_0080-6234-reeusp-S1980-220X2017032403317.pdf).
- Herdman TH, Kamitsuru S (2018). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020*. 11. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Horta, WA (2017). *Processo de enfermagem*. Reimp. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Mattei F, Carreno I (2017). Factors associated with mother and child health in Rio Grande do Sul, Brazil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*, 17: 539-549. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292017000300527](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292017000300527).
- Medeiros FF, Santos IDL, Ferrari RAP, Serafim D, Maciel SM, Cardelli AAM (2019). Prenatal follow-up of high-risk pregnancy in the public service. *Rev Bras Enferm.*, 72(Suppl 3):204-11. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/frKFgtfyzM6vfCzK3zs67Wf/?format=pdf&lang=pt>
- Medeiros AL, Santos SR, Cabral RWL, Silva JPG, Nascimento NM (2016). Assessing nursing diagnoses and interventions in labour and high-risk pregnancies. *Rev Gaúch Enferm*, 37 (3): e55316. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472016000300409&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000300409&lng=en).
- Ministério da Saúde (2012). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Gestação de alto risco: manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Montenegro CAB, Rezende Filho JR (2018). *Obstetrícia fundamental*. 14ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Moura BLA, Alencar GP, Silva ZP, Almeida MF (2018). Hospitalizations due to complications of pregnancy and maternal and perinatal outcomes in a cohort of pregnant women in the Brazilian Unified National Health System in São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública*, 34 (1): e00188016. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n1/1678-4464-csp-34-01-e00188016.pdf>.
- Neves EP, Zagonel IPS (2006). Pesquisa-cuidado: uma abordagem metodológica que integra



- pesquisa, teoria e prática em enfermagem. *Cogitare Enferm*; 11(1). Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/5980/4280> 10.
- Rodrigues ARM, Dantas SLC, Pereira AMM, Silveira MAM, Rodrigues DP. Gravidez de alto risco: análise dos determinantes de saúde (2017). *Sanare (Sobral, Online)*, 16 (Supl 01): 23-8. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1135>.
- Rodrigues ARM, Rodrigues DP, Viana AB, Cabral LS, Silveira MAM (2016). Nursing care in high-risk pregnancies: an integrative review. *Online Braz J Nurs*, 15 (3): 471-82. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5434>.
- Salge AKM, Silva RCR, Guimarães JV, Ramalho WS, Abdalla DR, Abdalla GK (2017). Relationship between clinical, placental, obstetric and neonatal aspects and intrauterine growth in high risk pregnancies. *Texto Contexto Enferm.*, 26 (2): e5520015. Doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005520015>.
- Santos CC, Madeira HS, Silva CM, Teixeira JJV, Peder LD (2018). Prevalência de infecções urinárias e do trato genital em gestantes atendidas em Unidades Básicas de Saúde. *Rev Ciênc Med.*, 27 (3): 101-113. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/03/981285/4115-16306-1-pb.pdf>.
- Santos MB, Cardoso SMM, Brum ZP, Machado NCB, Rodrigues AP, Rocha LS (2016). Qualidade da assistência de enfermagem prestada à gestante de alto risco em âmbito hospitalar. *Scientia Tec.*, 3 (2):25-38. Disponível em: <https://periodicos.ifrs.edu.br/index.php/ScientiaTec/article/view/1488>.
- Teles PA, Costa EM, Panobianco MS, Gozzo TO, Pattera TSV, Nunes LC (2019). Diagnósticos de enfermagem mais prevalentes em gestantes de alto risco. *Enferm Foco*, 10 (3): 119-125. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1937>.
- Wilhelm LA, Alves CN, Demori CC, Silva SC, Meincke SMK, Ressel LB, et.al (2015). Feelings of women who experienced a high-risk pregnancy: a descriptive study. *Online Braz J Nurs*, 14 (3): 284-93. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5206>.

# Creencias sobre prácticas de alimentación y obesidad de madres con hijos menores de 5 años del noroeste de México

## *Beliefs about feeding practices and obesity among mothers with children under 5 years of age in northwestern Mexico*

### *Crenças sobre práticas de alimentação e obesidade entre mães com filhos menores de 5 anos de idade no noroeste do México*

PAOLA ALEXANDRA ZEPEDA RÍOS, VELIA MARGARITA CÁRDENAS VILLARREAL, NORA HERNANDEZ MARTINEZ, MARÍA OLGA QUINTANA ZAVALA

#### Paola Alexandra Zepeda Ríos

Universidad de Sonora. México.  
paola.zepedar@uanl.edu.mx  
<https://orcid.org/0000-0002-6634-9518>

#### Velia Margarita Cárdenas Villarreal

Universidad Autónoma de Nuevo León.  
México.  
velia.cardenasvl@uanl.edu.mx  
<https://orcid.org/0000-0001-9315-3193>

#### Nora Hernandez Martinez

Universidad Autónoma de Nuevo León, México.  
nora.hernandezmz@uanl.edu.mx  
<https://orcid.org/0000-0002-7445-6102>

#### María Olga Quintana Zavala

Universidad de Sonora. México.  
olga.quintana@unison.mx  
<https://orcid.org/0000-0003-3725-4226>

#### Correspondencia:

paola.zepedar@uanl.edu.mx

Fecha recepción: 02/12/2023

Fecha aceptación: 10/02/2024

**Financiación:** Este trabajo no ha recibido financiación.

**Conflicto de intereses:** Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

#### Resumen:

**Introducción:** Existe una tendencia mundial de incremento en los índices de sobrepeso y obesidad en niños menores de 5 años. Las creencias, percepciones y actitudes de las madres hacia las prácticas de alimentación y la obesidad tienen implicaciones directas sobre la salud del hijo.

**Objetivo:** Explorar creencias sobre prácticas de alimentación y obesidad infantil entre madres con hijos menores de cinco años del noroeste de México.

**Metodología:** Estudio cualitativo de aproximación etnográfica. Mediante un muestreo propositivo se realizaron nueve entrevistas semiestructuradas a mujeres que contaban con un promedio de 12 años de educación.

**Resultados:** Las creencias incluyeron inseguridad para asumir el rol de madre, una baja percepción de apoyo familiar y creencias que no se alineaban con las recomendaciones de la lactancia materna exclusiva e introducción de alimentos complementarios. Además, estas tenían la creencia de que la obesidad no es un problema debido a la corta edad de sus hijos.

**Conclusiones:** Existe una ambivalencia entre las creencias de las participantes y sus prácticas con relación a la alimentación y la obesidad infantil. Es imperativo desarrollar estrategias de educación y comunicación que proporcionen información basada en evidencia, de fácil acceso y disponible para madres con la intención de prevenir problemas de nutrición durante la primera infancia.

**Palabras Clave:** Creencias; Madres; Infante; Alimentación; Obesidad.



**Licencia:** Este trabajo se comparte bajo la licencia de Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons (CC BY-NC-SA 4.0): <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

© 2024 Paola Alexandra Zepeda Ríos, Velia Margarita Cárdenas Villarreal, Nora Hernandez Martinez, María Olga Quintana Zavala

**Citación:** Zepeda Ríos, P. A., Cárdenas Villarreal, V. M., Hernández Martínez, N., Quintana Zavala, M. O. (2024). Creencias sobre prácticas de alimentación y obesidad de madres con hijos menores de 5 años del noroeste de México. *Cultura de los Cuidados*, (68), 241–256. <https://doi.org/10.14198/cuid.26217>



### Abstract:

**Introduction:** There is a worldwide trend of increasing rates of overweight and obesity in children under 5 years of age. Mothers' beliefs, perceptions, and attitudes towards feeding practices and obesity have direct implications on their children's health.

**Aim:** To explore beliefs about feeding practices and childhood obesity among mothers with children under five years of age in northwestern Mexico.

**Methodology:** Qualitative study with ethnographic approach. Using purposive sampling, nine semi-structured interviews were conducted with women with an average of 12 years of education.

**Results:** Beliefs included insecurity in assuming the role of mother, a low perception of family support, and beliefs that were not aligned with the recommendations of exclusive breastfeeding and introduction of complementary

foods. In addition, these held the belief that obesity is not a problem due to the young age of their children.

**Conclusions:** There is ambivalence between the participants' beliefs and their practices regarding feeding and childhood obesity. It is imperative to develop education and communication strategies that provide evidence-based information that is easily accessible and available to mothers to prevent nutrition problems during early childhood.

**Keywords:** Beliefs; Mother; Infant; Feeding; Obesity.

### Resumo:

**Introdução:** Há uma tendência mundial de aumento das taxas de sobrepeso e obesidade em crianças com menos de 5 anos de idade. As crenças, percepções e atitudes das mães com relação às práticas alimentares e à obesidade têm implicações diretas na saúde infantil.

**Objetivo:** explorar as crenças sobre práticas de alimentação e obesidade infantil entre mães de crianças com menos de cinco anos de idade no noroeste do México.

**Metodologia:** estudo qualitativo com uma abordagem etnográfica. Usando amostragem intencional, foram realizadas nove entrevistas semiestruturadas com mulheres com uma média de 12 anos de escolaridade.

**Resultados:** As crenças incluíam insegurança em assumir o papel de mãe, baixa percepção de apoio familiar e crenças que não se alinhavam com as recomendações de amamentação exclusiva e introdução de alimentos complementares. Além disso, elas acreditavam que a obesidade não era um problema devido à pouca idade de seus filhos.

**Conclusões:** Há uma ambivalência entre as crenças e práticas dos participantes com relação à alimentação e à obesidade infantil. É imperativo desenvolver estratégias de educação e comunicação que forneçam informações baseadas em evidências, facilmente acessíveis e disponíveis para as mães, a fim de evitar problemas de nutrição na primeira infância.

**Palavras-chave:** Crenças; Mãe; Bebê; Alimentação; Obesidade.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, los menores de 5 años enfrentan múltiples desafíos que amenazan su bienestar, uno de ellos es el incremento en los índices de sobrepeso y obesidad (UNICEF, 2023; OMS, 2021). El aumento de peso durante los primeros años de vida conlleva un mayor riesgo de padecer obesidad a lo largo de la vida, así como de desarrollar enfermedades cardio-metabólicas y mentales, lo que implica una significativa carga económica en términos de atención médica (Bendor et al., 2020; Weihe et al., 2020; Weihrauch-Blüher et al., 2019).

Las prácticas de alimentación implementadas por los padres desempeñan un papel fundamental en la explicación de las diferencias de peso durante los primeros años de vida (Birch y Doub, 2014). Estas prácticas incluyen la elección del tipo de alimento, la cantidad, el momento y el entorno de la alimentación, así como la interacción padres-hijos durante esta (Daniels, 2019; Harrison et al., 2017; OMS, 2016). Parte fundamental de la modulación de estas prácticas son los factores culturales, sociales y ambientales que establecen las preferencias alimentarias de los padres y sus hijos. Por lo tanto, las creencias culturales de los padres en relación con la alimentación infantil repercuten en la salud sus hijos (Birch y Doub, 2014; Kumanyika, 2008; Thompson y Bentley, 2013).

Es importante señalar que la mayoría de los estudios sobre prácticas de alimentación en niños menores de 5 años se han realizado en países de ingresos altos, existiendo una escasez significativa de datos en poblaciones de países con bajos y medianos ingresos (Bahorski et al., 2018; Bailey et al., 2022; Cheikh Ismail et al., 2022; Harrison et al., 2017). En el caso específico de México, este cuenta con una de las tasas más altas de obesidad infantil a nivel mundial (UNICEF, 2023a), especialmente en las zonas urbanas del norte del país (Cuevas-Nasu et al., 2023; Pérez-Herrera et al., 2019). Así mismo, estudios observacionales han identificado que la práctica de la lactancia materna exclusiva es baja, y que el inicio de la alimentación complementaria se produce antes de lo recomendado y con alimentos de alto contenido calórico, lo que se ha asociado con el sobrepeso y la obesidad en niños menores de 2 años (Castro-Sifuentes et al., 2023; González-Castell et al., 2020, 2023; Ortega-Cisneros et al., 2019).

A pesar de los datos cuantitativos existentes que caracterizan este problema de salud en la población mexicana, aún no se han identificado las razones subyacentes que explican las decisiones detrás de estas prácticas de alimentación, en particular las creencias que influyen en el comportamiento alimentario tanto de las madres como de sus hijos. Además, los pocos estudios que han abordado las creencias sobre las prácticas de alimentación en madres con niños menores de 5 años se han centrado principalmente en grupos vulnerables o desfavorecidos (Orozco-Núñez et al., 2022; Zaragoza-Cortes et al., 2018).

En este contexto, el presente estudio tuvo como objetivo explorar las creencias que tienen las madres con hijos menores de cinco años, residentes en el noroeste de México, con respecto a las prácticas de alimentación y la obesidad infantil. El conocimiento generado a partir de este estudio puede contribuir al desarrollo de estrategias para implementación en la práctica clínica y ayudar a identificar las lagunas existentes que podrán orientar investigaciones futuras.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio cualitativo de aproximación etnográfica. La población fueron madres de niños menores de cinco años que residían en la ciudad de Hermosillo Sonora, ubicada en el noroeste de México. Las madres fueron reclutadas a través de publicaciones en redes sociales y por recomendación de boca en boca del 01 de noviembre del 2022 al 20 de enero de 2023. La muestra se conformó por 9 mujeres y estuvo determinada por la saturación teórica.

Las consideraciones éticas estuvieron sustentadas en los lineamientos del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Diario Oficial de la Federación, 2014). Se contó con aprobación de estudio por comité de ética e investigación (FAEN-D-1914) y se utilizó el consentimiento informado voluntario.

La recolección de datos se realizó por una enfermera previamente capacitada para realizar entrevistas cualitativas. Las mujeres que se interesaron en participar en el estudio se comunicaron a través de un teléfono de contacto. Posteriormente se verificaron criterios de inclusión y exclusión, se explicó detalladamente el objetivo del estudio, las implicaciones de este, la confidencialidad de su participación y la necesidad de firma de consentimiento informado. Al cumplir con los requisitos previos, se agendó una cita para la entrevista, las cuales fueron programadas según la disponibilidad de día y horario de las participantes. Se brindó la opción de realizarse cara a cara en el lugar donde la mujer considerara apropiado o de forma virtual por la plataforma Zoom.

Antes de iniciar las entrevistas, se realizó la lectura y firma del consentimiento informado en físico o digital según fuera el caso. Dentro del consentimiento informado, se especificó que las entrevistas serían grabadas en formato audio y se resguardarían para su análisis, recordando que se mantendría el anonimato durante todo el proceso.

Las creencias se consideraron como las percepciones, actitudes y pensamientos de la madre con relación a las prácticas de alimentación de sus hijos (Black y Aboud, 2011). Para valorar las creencias sobre las prácticas de alimentación y la obesidad infantil, se elaboró una guía semiestructurada (Kallio et al., 2016). Esta guía se conformó por tres apartados que incluía preguntas detonadoras: 1) Creencias sobre la preparación para ser madre, 2) Creencias sobre prácticas de alimentación y 3) Creencias sobre el sobrepeso y obesidad infantil. Las entrevistas fueron grabadas utilizando el sistema de Grabadora de voz 10.2103.28.0 de Microsoft 2018 y se registraron mediante un folio, posteriormente fueron transcritas y analizadas. Para la codificación y análisis se utilizó el software MAXQDA Analytics PRO 2020, donde se mantuvieron las formas de las palabras, comentarios y signos de puntuación lo más acercados a la presentación del diálogo en la entrevista (McLellan et al., 2003).

El análisis temático fue guiado por un marco metodológico (Gale et al., 2013), comprendido por los siguientes pasos: 1) Lectura de las transcripciones, corroboración de los audios y toma de notas cuando fue necesario; 2) Cada uno de los autores codificó de forma abierta e inductiva frases y pasajes considerados como importantes y que reflejaran las creencias de las participantes con relación a los temas abordados; 3) Se realizó una reunión donde los autores compartieron los hallazgos y se llegó a un consenso entre los códigos a utilizar; 4) Los códigos utilizados fueron agrupados a unas categorías donde a cada código se le asignó un folio para su manejo, utilizando una matriz de los datos mediante una hoja de cálculo de Microsoft Excel.

## RESULTADOS

Participaron 9 mujeres, con un rango de edad entre los 25 y 36 años. Respecto al nivel educativo, la mayoría contaba con licenciatura, y 5 de ellas tenían un empleo al momento de la entrevista. Estar casada o vivir en unión libre fueron los estados civiles predominantes. Los resultados se pueden observar en la Tabla 1.

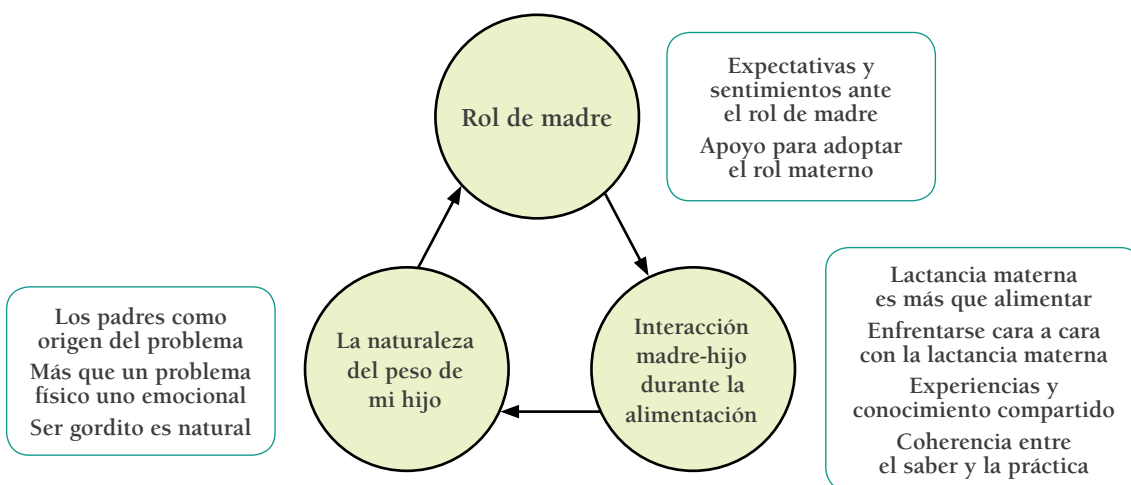
Tabla 1. Características sociodemográficas de las madres participantes (n=9)

Características		Participantes (n)
Edad	20-29 años	4
	30-39 años	5
Nivel Educativo	Preparatoria	2
	Licenciatura	6
	Posgrado	1
Estado civil	Soltera	1
	Casada	4
	Unión libre	4
Ocupación	Empleada	5
	Desempleada	4

Fuente: Elaboración propia

Durante el análisis de las entrevistas se identificaron 3 temas principales: 1) Rol de madre; 2) Interacción madre-hijo durante la alimentación y 3) La naturaleza del peso de mi hijo. Se establecieron 9 subtemas distribuidos al interior de estas (Figura 1).

Figura 1. Mapa de temas finales



Fuente: Elaboración propia

## *Tema 1. Rol de madre*

Las participantes expresaron sus creencias durante el embarazo, los cambios que la maternidad trajo a su vida y el apoyo que han recibido de su entorno para realizar prácticas de alimentación con sus hijos. Estas creencias se agruparon en las siguientes subcategorías:

### *1.1 Expectativas y sentimientos ante el rol de madre*

Las madres expresaron que desde el embarazo presentaron situaciones que las llevaron a sentir estrés por la expectativa de querer llegar al momento del parto, además del miedo de no poder cumplir con el papel que representa ser madre. Una de las madres expresó lo siguiente con relación a haber experimentado una cesárea de emergencia: *“La verdad, fue horrible fue cómo me sentí yo, o sea, me sentí que no lo logré, no lo logré”* (M8). Además, se expresaron distintas experiencias durante el parto, manifestando dolor, trauma y miedo: *“El parto para empezar fue muy traumante, traumatizante... como te digo ¡ahh! Muy traumatizante”* (M6).

Dentro de las expectativas que las participantes tenían ante su rol de madre se mencionó el tener un hijo sano, la intención de brindar lactancia materna exclusiva, brindar un menú variado durante la alimentación complementaria y el seguir teniendo la misma libertad de tiempo que cuando no se tenía hijos: *“Yo creo que lo que estaba en mi mente fue superado por la realidad”* (M4); *“Yo sentía como que, ay ya pariendo, ya tengo a mi bebé, todo va a ser bien fácil, es como un bebecito bonito, cariñito, pero trácalas, pues no”* (M5); *“Uno dice yo, cuando sea mamá, voy a hacer esto, voy a hacer lo otro... y llega la realidad y ya ni siquiera te acuerdas de lo que dijiste”* (M2).

Según lo expresado por las participantes, convertirse en madre ha representado cambios a su estilo de vida y su rol en la sociedad, pero también experiencias gratificantes y retadoras en esta etapa. En relación con lo anterior, se expresó lo siguiente: *“Se sintió un cambio muy drástico en todos factores de mi vida, sobre todo, sobre todo en lo personal, porque pues el tiempo que podía tener para mí se acortó mucho”* (M3); *“No porque yo sea la mamá, no porque yo la haya parido automáticamente aprendí a ser mamá”* (M2).

En relación con las emociones y sentimientos durante la maternidad, el aspecto positivo fue el más pronunciado: *“Siento, porque lo siento, siento realmente el amor que tiene ella hacia mí y mucha, mucha felicidad, es extremo”* (M1), *“Como que te amo, no creo que pueda querer a algo más”* (M9).

### *1.2 Apoyo para adoptar el rol materno*

Ser madre puede ser un proceso difícil y desgastante. La expresión de dificultades en esta etapa como problemas con relación a su rol como mujer además de ser madre, las diferencias que implica el tener una pareja participativa o no del cuidado del hijo y la soledad fue un recurrente: *“El sentimiento de soledad es mío, a pesar de que sé que no estoy sola, trato de que me entienda [su pareja]”* (M8), *“Yo creo que pensé que iba a tener ayuda suficiente de su parte [su pareja], pero no fue así”* (M4). Se identificó que la simple presencia de la pareja no es suficiente para ser considerada como apoyo para cumplir las nuevas tareas de alimentar y cuidar al bebe.

Además, las madres manifestaron que las dificultades no cesan con la edad del hijo, sino que se conserva esta sensación de falta de tiempo: *“Entre más crece el niño, más demanda de ti como mamá, más demandas tú de tu tiempo. Ya no es 100% tuyo, yo creo que está un 70% para él y el 30% tuyo”* (M5).

## *Tema 2. Interacción madre-hijo durante la alimentación*

Las mujeres expresaron creencias que enmarcan las prácticas que implementan día a día en sus hogares. Se reconoció la importancia de la lactancia y de una alimentación saludable, sin embargo, enfrentar los múltiples aspectos de la vida diaria pueden limitar poder aplicar prácticas de alimentación adecuados.

### *2.1 La lactancia materna es más que alimentar*

Dentro de las expresiones de las participantes relacionadas con la lactancia materna, se pudo identificar la ambivalencia en múltiples aspectos de esta práctica de alimentación: el miedo y la felicidad al momento de dar pecho materno; el dolor y la satisfacción de lograr un buen agarre al pezón. Esto se comenta a continuación en las siguientes subcategorías:

#### *2.1.1 Ambivalencia del beneficio de la lactancia materna*

Las creencias expuestas por las participantes se encuentran enmarcadas por la idea de que la lactancia materna es lo mejor, es natural, ayuda al sistema inmunológico y al desarrollo. Haciendo referencia de lo anterior, las madres expresaron lo siguiente: *“Siempre he creído que lo natural es definitivamente lo más bueno para el ser humano. Entonces, por naturaleza, si las mujeres podemos procrear, podemos embarazarnos, y, por ende, dar leche, entonces lo natural, eso era lo que debía hacer”* (M2); *“Tiene demasiados beneficios y aparte el lazo que haces con tu hijo, creo que si no tienes lactancia materna no lo haces tan fuerte”* (M3).

Sin embargo, se identificó que, si bien las madres creen que la lactancia materna es lo mejor para sus hijos, también se tiene la creencia de que la fórmula láctea es beneficiosa, y en ocasiones, puede traer más beneficios a la salud de los infantes, aunado a que resulta más práctico para poder cumplir con sus actividades diarias: *“En mi experiencia, yo te puedo decir que no creo que haya diferencia [Entre la leche materna y la fórmula láctea]”* (M4); *“La hacen especial para eso [La fórmula láctea], yo me imagino que tiene muchos nutrientes”* (M1); *“Yo creo que igual es buena [La fórmula láctea] porque por algo existe”* (M3).

#### *2.1.2 Enfrentarse cara a cara con la lactancia materna*

Las participantes aludieron a diversas emociones y situaciones que vivieron al amamantar a sus hijos, las cuales iban desde la falta de conocimiento, el dolor, el cansancio de cumplir con la demanda de leche materna, no saber identificar si se produce la leche suficiente, la extracción de leche y la dificultad para amamantar en público: *“La primera semana fue muy fea... Ya cuando estoy en mi casa solita es cuando sufro más, me dolía mucho [senos], no sabía si lo estaba haciendo bien”* (M7); *“No la pude llevar a cabo por pudor, porque creía, yo sentía que para dar lactancia, para lactar, tenía yo que estar sola en un ambiente tranquilo íntimo”*



*con la niña, y pues tenía vistas frecuentes, entonces no me dieron la oportunidad” (M4); “En mi caso yo nunca tuve el poderme quedar a descansar la cuarentena con el bebé... Yo regresaba a trabajar a la semana o a las dos semanas de tenerlo” (M1).*

### **2.1.3 Experiencias y conocimiento compartido**

Las figuras femeninas de la familia juegan un papel importante en las creencias que adquieren las mujeres al momento de convertirse en madres, y contribuyen a las decisiones que se tomarán al momento de ejecutar las prácticas de alimentación. Las participantes expresaron que no sentían su maternidad valorada por sus madres, que estas no respetaban sus decisiones y que las alentaban a introducir alimentos a la dieta del lactante antes de los 6 meses: *“Mis abuelas, mi mamá, que yo te daba té, yo te daba eso, dale, pero en mi cabeza yo creía que no, no, la leche materna es suficiente” (M3); “Mis tías en el hospital y mi mamá me decían que ellas nunca dieron lactancia materna, ni mi nana... Entonces me decían como, ni te preocupes, es como que viene de familia” (M5).*

Al preguntar a las participantes sobre la alimentación complementaria, éstas expresaron que esta es el momento en el cual se incluyen sólidos o algo diferente a la leche materna en la alimentación del bebé. Entre las respuestas principales al momento en el que se inició con un alimento distinto fue de los 3 hasta los 6 meses de edad. El inicio se dio en algunos casos por indicación médica y en otros, para disminuir cólicos o para complementar a la leche con cereales: *“Por experiencia de otras amigas, según pediatras, es cuando ya ven al bebé que puede estar erguido, sentadito derecho, le ven ciertas características que les permiten empezarla” (M7); “Le di a los tres meses, al final de los dos meses, té de manzanilla porque tenía cólicos” (M4).*

### **2.2.1 Coherencia entre el saber y la práctica**

Los alimentos ofrecidos durante esta etapa son de crucial importancia. Los principales ejemplos de alimentos saludables mencionados por las madres fueron la tortilla de harina, el huevo, los frijoles, pescado, las frutas y las verduras. Al hablar de alimentos no considerados saludables se mencionó refrescos, jugos, frituras, pastelitos, galletas y comida rápida. Sin embargo, es importante rescatar que al momento de mencionar los alimentos que se ofrecen diariamente al infante los alimentos considerados como malos se incluían en la dieta de este: *“Es muy contradictorio, porque, por ejemplo, yo trato de no comprarle nuggets en los restaurantes de comida rápida, pero en mi casa sí se los doy” (M4); “Le doy waffles o hotcakes, pero aun así trato de, por ejemplo, aunque la mezcla te diga que no, echarle un huevito” (M1).*

Aunado a lo anterior, se pudieron identificar creencias importantes como la relevancia de la alimentación de los padres y del núcleo familiar como ejemplo para los niños: *“Nosotros no comemos tan saludable, eso es algo que quisiera cambiar porque al fin y al cabo te está viendo [el hijo], y cuando sea más grande va a decir ¡Ah! ¿Por qué a mí me dan brócoli y mi papá se está comiendo la pizza?” (M8); “Tiene mucho que ver que comen papá y mamá, creo que tiene mucho que ver... siempre trato de que, por ejemplo, mi familia si le dan esto, le den así lo más saludable, ya sé que a veces no se puede ¿no?” (M6).*

### Tema 3. La naturaleza del peso de mi hijo

#### 3.1 Los padres como origen del problema

Al hablar de la causa de la obesidad infantil, la mayoría de las madres determinó que los padres son los causantes de esta afección ya que ellos son los que hacen accesibles los alimentos a los menores desde los hogares o pagando por alimentos fuera de casa que pueden ser perjudiciales para la salud: “¿Qué pienso? Que es culpa de los papás, es un problema que viene de generación en generación” (M7), “Señora ¿por qué le da eso? o ¿no se fija cómo esta su hija? ¿no se fija que puede ser una bomba de tiempo a mediano plazo?” (M6); “La vida rápida de los papás, que no hacen comidas saludables, no las hacen ni para ellos, pues menos se van a dar el tiempo para hacerlas para sus hijos ¿no?” (M9).

#### 3.2 Más que un problema físico, uno emocional

Con relación a las creencias sobre el impacto que la obesidad infantil puede generar en la vida de los niños, las madres expresaron que esta puede tener fuertes implicaciones en la salud emocional, la autoestima, trastornos alimenticios, problemas cardiacos, diabetes, obesidad durante toda la vida, la libertad de movimiento, así como presentar problemas de bullying: “Pienso que, si un niño es obeso desde chiquito, tiene altas probabilidades de seguirlo siendo toda su vida” (M7); “Ya se empiezan a referir como gordito o gordita, y obviamente los niños a esa edad pues también tienen sus sentimientos” (M5); “El desarrollo de la convivencia con otros niños, de sentirse menos, de sentirse inferiores, o no creerse capaz de poder realizar alguna actividad, o no poder hacer algo porque tienen sobrepeso” (M2). Resulta importante rescatar, que la mayoría de ellas mencionó principalmente consecuencias emocionales y pocas el aspecto físico.

#### 3.3 Ser gordito es natural

Si bien se da una connotación negativa al hablar de la obesidad infantil, algunas de las mamás consideraron que esta no es un problema cuando se desarrolla en edades tempranas, teniendo la creencia de que esto es normal: “Siempre he pensado que cuando están chiquitos, no importa el... bueno, no es que no importe, la mayoría puede estar gordito” (M1); “Siempre he visto muy natural que los niños chiquitos sean gorditos” (M9).

## DISCUSIÓN

Este estudio exploró las creencias sobre las prácticas de alimentación y la obesidad infantil entre madres mexicanas con educación media y superior. Durante el análisis de las entrevistas se identificaron tres temáticas relacionadas: Rol de madre, Interacción madre-hijo durante la alimentación y Naturaleza del peso de mi hijo. Las anteriores incluyeron una variedad de creencias relacionadas con conocimientos, actitudes y emociones, ofreciendo información valiosa sobre el desconocimiento del proceso de parto, los desafíos emocionales y psicológicos que se presentarían, así como de las habilidades de cuidado enfrentadas por las mujeres durante el postparto y que influyen en las decisiones posteriores con respecto a la alimentación infantil del hijo.

Respecto a la temática del rol materno, las creencias referidas por las participantes se alinearon con investigaciones existentes señalando que las prácticas de alimentación del hijo estuvieron influenciadas desde el momento del parto, considerando a este como traumatizante (Johansson et al., 2020). Además, expresaron que las expectativas superaron la realidad: la felicidad de tener un hijo y la incertidumbre sobre no ser capaz de responder a las necesidades de su bebé (Santacruz-Salas et al., 2019). Se identificó la dificultad para adaptarse a ser madre, dado que no hay tiempo personal, ya que se dedica todo al hijo, así como la percepción de poco apoyo de la pareja o familia para enfrentar esta situación (Larkin y Otis, 2019; McQuillan et al., 2019). Las creencias mencionadas anteriormente reflejan la falta de preparación y/u orientación sobre las implicaciones del trabajo de parto y problemas de adaptación a las nuevas expectativas y rol de vida para el cuidado de un recién nacido. Adaptarse a esta nueva identidad puede ser un desafío para la mujer y afectar su salud mental (Ayers et al., 2019; Mercer, 2004).

Cabe resaltar que se ha documentado que la falta de apoyo familiar y el sentimiento de soledad recurrente de la madre en el posparto son factores de riesgo para desarrollar depresión (Felder et al., 2020; Jang et al., 2019; Johansson et al., 2020; Ramos Cárdenas y Rivera Felix, 2022), misma que puede afectar directamente en la toma de decisiones de la madre relacionada al qué, cuánto y cómo alimentar al hijo, y por consecuencia, afectar en el estado nutricional de este (Cattane et al., 2020; Gross et al., 2022; Slomian et al., 2019).

Al explorar la temática Interacción madre-hijo durante la alimentación, se identificó que la madre realiza prácticas derivadas de creencias o patrones que le comparten familiares como la madre y/o abuela sobre la lactancia materna (la fórmula láctea es igual o mejor que la leche materna); la introducción temprana de alimentos no recomendados como algo normal; la creencia de que el bebé no se satisface con la leche materna y que es necesario complementar con fórmula láctea; y la necesidad de brindar tés para relajar o aliviar el dolor del bebé. Estas creencias sobre prácticas de alimentación muestran la carencia de orientación sobre la importancia y los beneficios de la lactancia materna exclusiva y sobre las recomendaciones que han establecido organismos internacionales sobre cómo alimentar a infantes (UNICEF, 2019), poniendo en riesgo la práctica de la lactancia materna exclusiva y aumentando la posibilidad de sobrealimentación del hijo a corto y largo plazo (Angelo et al., 2020; Forero T. et al., 2018; González-Castell et al., 2023; Labraña et al., 2020; Zheng et al., 2020). Por lo anterior, es esencial que las madres reciban educación adecuada y oportuna sobre las principales recomendaciones de prácticas de alimentación en menores de 5 años (Mantzorou et al., 2022; Pena-Leon et al., 2022).

Se identificó que las madres tienen conocimiento sobre los alimentos saludables y no saludables, así como la importancia del momento de compartir la mesa en familia y su impacto sobre los patrones de alimentación de los hijos. Sin embargo, en la práctica diaria suelen incluir alimentos considerados no saludables (refrescos, snacks, productos a base de trigo) debido a la fácil disponibilidad de estos y a hábitos ya arraigados de ambos padres. Estas prácticas reflejan la dificultad maternal por apegarse a conductas saludables de alimentación y replicarlas con sus hijos, lo que pudiera afectar el desarrollo de las conductas alimentarias (Kininmonth et al., 2023; Méndez-Balderrama et al., 2023) y problemas en el estado nutricional del hijo a corto y largo plazo (Mahmood et al., 2021). Es importante conocer y comprender estas creencias con la finalidad de aumentar la conciencia materna sobre los riesgos para la

salud de una dieta no balanceada, así como promover el cambio activo de comportamiento alimenticio a través de la interacción entre profesionales de la salud y madres. En relación con lo anterior, algunos investigadores han realizado sugerencias de herramientas educativas que pueden utilizarse para facilitar las conversaciones entre madres y proveedores de salud sobre la prevención de obesidad en la primera infancia (Cheng et al., 2023).

En cuanto a las creencias sobre la obesidad infantil, hubo un consenso en la creencia de que los padres son el origen del problema debido a la accesibilidad a alimentos altos en calorías que proporcionan a sus hijos, y si bien, la obesidad es una enfermedad multifactorial, permitir o restringir el consumo de ciertos alimentos en la dieta diaria, así como la elección de patrones de alimentación es responsabilidad de los padres (Rodríguez-Torres & Casas-Patiño, 2018). Algo importante que reportaron las madres es el considerar que la obesidad en niños pequeños es algo normal o esperado en esta etapa de la vida y que después desaparecerá. Estas creencias muestran la dificultad de las madres para cambiar o adoptar hábitos de alimentación saludables con el fin de transmitirlos a sus hijos en el futuro y la errónea percepción de que la obesidad desaparecerá conforme crezca el hijo. Investigaciones anteriores han sugerido que las madres tienden a subestimar el peso de sus hijos pequeños dado que las percepciones maternas pueden ser influenciadas por las creencias culturales sobre el peso ideal y los prejuicios sociales (Blanchet et al., 2019; Cárdenas Villarreal et al., 2018; Heller et al., 2021). Los estudios futuros deben identificar las causas específicas de las percepciones inexactas de las madres sobre el estado de peso de los niños y como ayudar a moldear estas creencias.

Esta investigación cuenta con fortalezas y limitaciones que deben ser consideradas. Existen pocos estudios sobre las percepciones y preocupaciones de las madres mexicanas con hijos menores de 5 años de medianos ingresos relacionadas con las prácticas de alimentación de enfoque cualitativo y, por lo tanto, estos hallazgos abonan a la investigación existente en esta área. Una limitación de este estudio es que los resultados solo reflejan las creencias y percepciones asociadas con las cuidadoras femeninas, y, debido a que la alimentación infantil ocurre dentro de un ambiente familiar y cada vez se involucra más cuidadores masculinos, es importante realizar estudios futuros que capturen las percepciones de este grupo de población.

## CONCLUSIONES

A pesar de que las madres hicieron reconocimientos importantes como la importancia de la alimentación saludable a temprana edad, el rol que tienen los padres en la salud de sus hijos y los antecedentes familiares de obesidad para prevenir problemas nutricionales de salud de sus hijos, también fue posible observar percepciones de inseguridad al iniciar el rol de madre, falta de apoyo familiar, creencias que no corresponden con las recomendaciones sobre las prácticas de alimentación en los primeros años de vida y la percepción de que sus hijos, en gran medida, están protegidos de la obesidad debido a su corta edad.

Los proveedores de atención médica, investigadores y formuladores de políticas de salud deben trabajar en conjunto para mejorar el bienestar materno infantil al realizar intervenciones de salud que preparen a la mujer sobre el rol materno durante el embarazo, parto y posparto, así como brindar asesoramiento nutricional familiar para influir positivamente en las creencias

sobre prácticas de alimentación saludable en los primeros años de vida de vida del hijo. Lo anterior con el fin de ayudar a reducir los riesgos de salud asociados a la salud física y mental de la madre, así como en la salud del hijo a corto y largo plazo.

Son necesarias más investigaciones para comprender las creencias sobre prácticas de alimentación y obesidad infantil en diversas poblaciones y contextos culturales, así como estudios longitudinales que brinden información sobre el impacto a largo plazo de las prácticas alimentarias en la salud infantil.

## BIBLIOGRAFÍA

- Angelo, B. H. de B., Pontes, C. M., Sette, G. C. S., & Leal, L. P. (2020). Knowledge, attitudes and practices of grandmothers related to breastfeeding: a meta-synthesis. *Revista latino-americana de enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3097.3214>
- Ayers, S., Crawley, R., Webb, R., Button, S., Thornton, A., Smith, H., Bradley, R., Lee, S., Moore, D., Field, A., Eagle, A., & Gyte, G. (2019). What are women stressed about after birth? *Birth*, 46(4), 678–685. <https://doi.org/10.1111/BIRT.12455>
- Bahorski, J. S., Childs, G. D., Loan, L. A., Azuero, A., Morrison, S. A., Chandler-Laney, P. C., Hodges, E. A., & Rice, M. H. (2018). Self-efficacy, infant feeding practices, and infant weight gain: An integrative review. <https://doi.org/10.1177/1367493518788466>, 23(2), 286–310. <https://doi.org/10.1177/1367493518788466>
- Bailey, R. L., Stang, J. S., Davis, T. A., Naimi, T. S., Schneeman, B. O., Dewey, K. G., Donovan, S. M., Novotny, R., Kleinman, R. E., Taveras, E. M., Bazzano, L., Snetselaar, L. G., de Jesus, J., Casavale, K. O., Stoody, E. E., Goldman, J. D., Moshfegh, A. J., Rhodes, D. G., Herrick, K. A., ... Pannucci, T. R. (2022). Dietary and Complementary Feeding Practices of US Infants, 6 to 12 Months: A Narrative Review of the Federal Nutrition Monitoring Data. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 122(12), 2337-2345.e1. <https://doi.org/10.1016/J.JAND.2021.10.017>
- Bendor, C. D., Bardugo, A., Pinhas-Hamiel, O., Afek, A., & Twig, G. (2020). Cardiovascular morbidity, diabetes and cancer risk among children and adolescents with severe obesity. *Cardiovascular Diabetology* 2020 19:1, 19(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/S12933-020-01052-1>
- Birch, L. L., & Doub, A. E. (2014). Learning to eat: Birth to age 2 y. *American Journal of Clinical Nutrition*, 99(3), 723S-728S. <https://doi.org/10.3945/ajcn.113.069047>
- Black, M. M., & Aboud, F. E. (2011). Responsive feeding is embedded in a theoretical framework of responsive parenting. *Journal of Nutrition*, 141(3), 490–494. <https://doi.org/10.3945/JN.110.129973>
- Blanchet, R., Kengneson, C. C., Bodnaruc, A. M., Gunter, A., & Giroux, I. (2019). Factors Influencing Parents' and Children's Misperception of Children's Weight Status: a Systematic Review of Current Research. *Current Obesity Reports*, 8(4), 373–412. <https://doi.org/10.1007/S13679-019-00361-1>
- Cárdenas Villarreal, V. M., Ortiz Félix, R. E., Cortés-Castell, E., Miranda Félix, P. E., Guevara Valtier, M. C., Rizo Baeza, M. M., Cárdenas Villarreal, V. M., Ortiz Félix, R. E., Cortés-Castell, E., Miranda Félix, P. E., Guevara Valtier, M. C., & Rizo Baeza, M. M. (2018). Características maternas e infantiles asociadas a obesidad en lactantes menores de un año de edad del norte

- de México. *Nutrición Hospitalaria*, 35(5), 1024–1032. <https://doi.org/10.20960/NH.1720>
- Castro-Sifuentes, D., Cárdenas-Villarreal, V. M., Zepeda-Ríos, P. A., Rueda-Sánchez, C. B., Hernández-Martínez, N., & Guevara-Valtier, M. C. (2023). *Ecological determinants of obesity risk in Mexican infants: a scoping review*. <https://doi.org/10.24875/BMHIM.23000058>
- Cattane, N., Räikkönen, K., Anniverno, R., Mencacci, C., Riva, M. A., Pariante, C. M., & Cattaneo, A. (2020). Depression, obesity and their comorbidity during pregnancy: effects on the offspring's mental and physical health. *Molecular Psychiatry* 26:2, 26(2), 462–481. <https://doi.org/10.1038/s41380-020-0813-6>
- Cheikh Ismail, L., Al Dhaheri, A. S., Ibrahim, S., Ali, H. I., Chokor, F. A. Z., O'Neill, L. M., Mohamad, M. N., Kassis, A., Ayesh, W., Kharroubi, S., & Hwalla, N. (2022). Nutritional status and adequacy of feeding Practices in Infants and Toddlers 0-23.9 months living in the United Arab Emirates (UAE): findings from the feeding Infants and Toddlers Study (FITS) 2020. *BMC Public Health*, 22(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/S12889-022-12616-Z/FIGURES/5>
- Cheng, E. R., Moore, C., Parks, L., Taveras, E. M., Wiehe, S. E., & Carroll, A. E. (2023). Human-centered designed communication tools for obesity prevention in early life. *Preventive Medicine Reports*, 35, 102333–102333. <https://doi.org/10.1016/J.PMEDR.2023.102333>
- Cuevas-Nasu, L., Muñoz-Espinosa, A., Shamah-Levy, T., García-Feregrino, R., Gómez-Acosta, L. M., Ávila-Arcos, M. A., & Rivera-Dommarco, J. A. (2023). Estado de nutrición de niñas y niños menores de cinco años en México. Ensanut 2022. *Salud Pública de México*, 65, s211–s217. <https://doi.org/10.21149/14799>
- Daniels, L. A. (2019). Feeding Practices and Parenting: A Pathway to Child Health and Family Happiness. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 74(Suppl. 2), 29–42. <https://doi.org/10.1159/000499145>
- Diario Oficial de la Federación. (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Felder, J. N., Epel, E., Coccia, M., Cordeiro, A., Laraia, B., Adler, N., Coleman-Phox, K., & Bush, N. R. (2020). Prenatal Maternal Objective and Subjective Stress Exposures and Rapid Infant Weight Gain. *Journal of Pediatrics*, 222, 45–51. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.03.017>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2019). *The State of the World's Children 2019: Children, food and nutrition - UNICEF DATA*. <https://data.unicef.org/resources/state-of-the-worlds-children-2019/>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2023a). *La primera infancia importa | UNICEF*. <https://www.unicef.org/es/la-primera-infancia-importa>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2023b). *Primera Infancia | UNICEF*. <https://www.unicef.org/mexico/primera-infancia>
- Forero T., Y., Acevedo R., M. J., Hernández M., J. A., & Morales S., G. E. (2018). La alimentación complementaria: Una práctica entre dos saberes. *Revista chilena de pediatría, ahead*, 0–0. <https://doi.org/10.4067/S0370-410620180050000707>
- Gale, N. K., Heath, G., Cameron, E., Rashid, S., & Redwood, S. (2013). Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Medical Research Methodology*, 13(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-117/PEER-REVIEW>
- González-Castell, L. D., Unar-Munguía, M., Bonvecchio-Arenas, A., Ramírez-Silva, I., & Lozada-Tequeanes, A. L. (2023). Prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en menores de dos años de edad en México. *Salud Pública de México*, 65, s204–s210. <https://doi.org/10.21149/14805>

- González-Castell, L. D., Unar-Munguía, M., Quezada-Sánchez, A. D., Bonvecchio-Arenas, A., & Rivera-Dommarco, J. (2020). Situación de las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en México: resultados de la Ensanut 2018-19. *Salud Pública de México*, 62(6, Nov-Dic), 704–713. <https://doi.org/10.21149/11567>
- Gross, R. S., Brown, N. M., Mendelsohn, A. L., Katzow, M. W., Arana, M. M., & Messito, M. J. (2022). Maternal Stress and Infant Feeding in Hispanic Families Experiencing Poverty. *Academic Pediatrics*, 22(1), 71–79. <https://doi.org/10.1016/J.ACAP.2021.04.022>
- Harrison, M., Brodribb, W., & Hepworth, J. (2017). A qualitative systematic review of maternal infant feeding practices in transitioning from milk feeds to family foods. *Maternal and Child Nutrition*, 13(2). <https://doi.org/10.1111/MCN.12360>
- Heller, R. L., Chiero, J. D., Trout, N., & Mobley, A. R. (2021). A qualitative study of providers' perceptions of parental feeding practices of infants and toddlers to prevent childhood obesity. *BMC Public Health*, 21(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/S12889-021-11305-7/TABLES/2>
- Jang, M., Owen, B., & Lauver, D. R. (2019). Different types of parental stress and childhood obesity: A systematic review of observational studies. *Obesity Reviews*, 20(12), 1740–1758. <https://doi.org/10.1111/OBR.12930>
- Johansson, M., Benderix, Y., & Svensson, I. (2020). *Mothers' and fathers' lived experiences of postpartum depression and parental stress after childbirth: a qualitative study*. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1722564>
- Kallio, H., Pietilä, A. M., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), 2954–2965. <https://doi.org/10.1111/JAN.13031>
- Kininmonth, A. R., Herle, M., Haycraft, E., Farrow, C., Tommerup, K., Croker, H., Pickard, A., Edwards, K., Blissett, J., & Llewellyn, C. (2023). Reciprocal associations between parental feeding practices and child eating behaviours from toddlerhood to early childhood: bivariate latent change analysis in the Gemini cohort. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 64(10), 1432–1445. <https://doi.org/10.1111/JCPP.13819>
- Kumanyika, S. K. (2008). Environmental influences on childhood obesity: Ethnic and cultural influences in context. *Physiology & Behavior*, 94(1), 61–70. <https://doi.org/10.1016/J.PHYSBEH.2007.11.019>
- Labraña, A. M., Ramírez-Alarcón, K., Troncoso-Pantoja, C., Leiva, A. M., Villagrán, M., Mardones, L., Lasserre-Laso, N., Martorell, M., Lanuza-Rilling, F., Petermann-Rocha, F., Martínez-Sanguinetti, M. A., Celis-Morales, C., Labraña, A. M., Ramírez-Alarcón, K., Troncoso-Pantoja, C., Leiva, A. M., Villagrán, M., Mardones, L., Lasserre-Laso, N., ... Celis-Morales, C. (2020). Obesidad en lactantes: efecto protector de la lactancia materna versus fórmulas lácteas. *Revista chilena de nutrición*, 47(3), 478–483. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182020000300478>
- Larkin, S. J., & Otis, M. (2019). The Relationship of Child Temperament, Maternal Parenting Stress, Maternal Child Interaction and Child Health Rating. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 36(6), 631–640. <https://doi.org/10.1007/S10560-018-0587-8>
- Mahmood, L., Flores-Barrantes, P., Moreno, L. A., Manios, Y., & Gonzalez-Gil, E. M. (2021). The influence of parental dietary behaviors and practices on children's eating habits. *Nutrients*, 13(4), 1138. <https://doi.org/10.3390/NU13041138/S1>
- Mantzorou, M., Papandreou, D., Vasios, G. K., Pavlidou, E., Antasouras, G., Psara, E., Taha, Z., Poullos, E., & Giaginis, C. (2022). Exclusive Breastfeeding for at Least Four Months Is Associated with a Lower Prevalence of Overweight and Obesity in Mothers and Their Children after 2–5 Years from Delivery. *Nutrients*, 14(17). <https://doi.org/10.3390/NU14173599>
- McLellan, E., MaCqueen, K. M., & Neidig, J. L. (2003). Beyond the Qualitative Interview:

- Data Preparation and Transcription. <http://dx.doi.org/10.1177/1525822X02239573>, 15(1), 63–84. <https://doi.org/10.1177/1525822X02239573>
- McQuillan, M. E., Bates, J. E., Staples, A. D., & Deater-Deckard, K. (2019). Maternal stress, sleep, and parenting. *Journal of Family Psychology*, 33(3), 349–359. <https://doi.org/10.1037/FAM0000516>
- Méndez-Balderrama, M., Contreras-Paniagua, A. D., Quizán-Plata, T., Ballesteros-Vásquez, M. N., Grijalva-Haro, M. I., & Ortega-Vélez, M. I. (2023). Tendencias en el consumo de alimentos de niños escolares sonorenses durante el período 2010 a 2018. *Estudios Sociales. Revista de Alimentación Contemporánea y Desarrollo Regional*. <https://doi.org/10.24836/ES.V33I61.1270>
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226–232. <https://doi.org/10.1111/J.1547-5069.2004.04042.X>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Infant and young child feeding*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Obesity and overweight*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Orozco-Núñez, E., la Rosa, C. T. de, Reséndiz-Lugo, Ó., Pacheco-Miranda, S., Chávez-Ayala, R., Cerecer-Ortiz, N., & Arredondo-López, A. (2022). Factores socioculturales de la vulnerabilidad al sobrepeso durante los primeros años de vida en México. *Salud Pública de México*, 64(5, sept-oct), 515–521. <https://doi.org/10.21149/13708>
- Ortega-Cisneros, C. M., Vidaña-Pérez, D., Basto-Abreu, A., Iglesias-Leboreiro, J., Venegas-Andrade, A., Rodríguez-Santaolaya, P., López-Arzate, L. V., & Blanco-Montero, A. (2019). *Complementary feeding practices in Mexican healthy infants: How close are they to the current guidelines?* <https://doi.org/10.24875/BMHIM.19000064>
- Pena-Leon, V., Folgueira, C., Barja-Fernández, S., Pérez-Lois, R., Da Silva Lima, N., Martin, M., Heras, V., Martínez-Martínez, S., Valero, P., Iglesias, C., Duquenne, M., Al-Massadi, O., Beiroa, D., Souto, Y., Fidalgo, M., Sowmyalakshmi, R., Guallar, D., Cunarro, J., Castela, C., ... Seoane, L. M. (2022). Prolonged breastfeeding protects from obesity by hypothalamic action of hepatic FGF21. *Nature metabolism*, 4(7), 901–917. <https://doi.org/10.1038/S42255-022-00602-Z>
- Pérez-Herrera, A., Cruz-López, M., Cruz Xoxocotlán, S., Cruz Xoxocotlán Oaxaca, S., & Situación, C. M. (2019). Nutrición Hospitalaria Revisión Situación actual de la obesidad infantil en México Childhood obesity: current situation in Mexico. *Nutr Hosp*, 36(2), 463–469. <https://doi.org/10.20960/nh.2116>
- Ramos Cárdenas, M. A., & Rivera Felix, L. M. (2022). Association between postpartum depression and partner support in a maternal childhood center from Lima. *Anales de la Facultad de Medicina*, 83(1), 19–24. <https://doi.org/10.15381/ANALES.V83I1.20562>
- Rodríguez-Torres, A., & Casas-Patiño, D. (2018). Determinantes sociales de la obesidad en México Social determinants of obesity in Mexico. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 26(4), 281–290.
- Santacruz-Salas, E., Aranda-Reneo, I., Segura-Fragoso, A., Cobo-Cuenca, A. I., Laredo-Aguilera, A., & Carmona-Torres, J. M. (2019). *Mothers' Expectations and Factors Influencing Exclusive Breastfeeding during the First 6 Months*. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010077>
- Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J. Y., & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health*, 15. <https://doi.org/10.1177/1745506519844044>
- Thompson, A. L., & Bentley, M. E. (2013). The critical period of infant feeding for the



- development of early disparities in obesity. *Social Science & Medicine*, 97, 288–296. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2012.12.007>
- Weihe, P., Spielmann, J., Kielstein, H., Henning-Klusmann, J., & Weihrauch-Blüher, S. (2020). Childhood Obesity and Cancer Risk in Adulthood. *Current obesity reports*, 9(3), 204–212. <https://doi.org/10.1007/S13679-020-00387-W/METRICS>
- Weihrauch-Blüher, S., Schwarz, P., & Klusmann, J. H. (2019). Childhood obesity: increased risk for cardiometabolic disease and cancer in adulthood. *Metabolism: Clinical and Experimental*, 92, 147–152. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2018.12.001>
- Zaragoza-Cortes, J., Trejo-Osti, L. E., Ocampo-Torres, M., Maldonado-Vargas, L., & Ortiz-Gress, A. A. (2018). Poor breastfeeding, complementary feeding and dietary diversity in children and their relationship with stunting in rural communities. *Nutrición Hospitalaria*, 35(2), 271–278. <https://doi.org/10.20960/NH.1352>
- Zheng, M., Cameron, A. J., Birken, C. S., Keown-Stoneman, C., Laws, R., Wen, L. M., & Campbell, K. J. (2020). Early Infant Feeding and BMI Trajectories in the First 5 Years of Life. *Obesity*, 28(2), 339–346. <https://doi.org/10.1002/OBY.22688>

# Cambio cultural en cuidadores indígenas. Bases etnográficas para la enfermería transcultural

*Cultural change in the indigenous caregivers.  
Ethnographical bases for transcultural nursing*

Mudança cultural nos cuidadores indígenas.  
Bases etnográficas para enfermagem transcultural

DEIBYS CARRASQUILLA BAZA, CELENNY PÉREZ QUINTERO

## Deibys Carrasquilla Baza

Universidad del Magdalena. Colombia.  
dcarrasquilla@unimagdalena.edu.co  
<https://orcid.org/0000-0002-0029-3152>

## Celenny Pérez Quintero

Universidad Cooperativa de Colombia, sede  
Santa Marta. Colombia.  
celennyperez@gmail.com  
<https://orcid.org/0000-0001-8192-1909>

## Correo principal:

dcarrasquilla@unimagdalena.edu.co

**Fecha recepción:** 01/12/2023

**Fecha aceptación:** 19/02/2024

**Financiación:** Este trabajo no ha recibido financiación.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflicto de intereses.



**Licencia:** Este trabajo se comparte bajo la licencia de Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons (CC BY-NC-SA 4.0): <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

© 2024 Deibys Carrasquilla Baza, Celenny Pérez Quintero

## Resumen:

Este estudio tiene como objetivo comprender las prácticas de los cuidadores indígenas en contexto de cambio cultural. Parte de la idea de la necesidad de construir bases etnográficas que sirvan de insumos para la implementación de los enfoques de salud intercultural y enfermería transcultural, así como parte de la evidencia que facilite las prácticas de salud, a partir de descripciones competentes que ayuden a comprender la diversidad cultural de las poblaciones humanas. El abordaje metodológico se realizó desde la investigación cualitativa, con enfoque etnográfico, combinando revisión documental y entrevistas semiestructuradas a 44 personas. Se identificaron códigos, agrupados en subcategorías y categorías. Se encontraron varios tipos de cuidadores, de los cuales, se consideraron relevantes el médico tradicional y la partera. Sus prácticas se basan en saberes de la dimensión material y espiritual, entre las que se destaca el uso de plantas medicinales, rezo, interpretación de los sueños y ceremonias colectivas. Además, su labor depende del reconocimiento social, estatus del cuidador y rol en la organización social. Los modelos interculturales deben tener en cuenta a los cuidadores, en el marco de estrategias basadas en el diálogo de saberes y la participación.

**Palabras Clave:** Cuidadores; indígenas; cambio cultural; asistencia sanitaria culturalmente competente.

## Abstract:

The objective of this study is to understand the practices of indigenous caregivers in the context of cultural change. Part of the idea of the need to build ethnographic bases that serve

**Citación:** Carrasquilla Baza, D., Pérez Quintero, C. (2024). Cambio cultural en cuidadores indígenas. Bases etnográficas para la enfermería transcultural. *Cultura de los Cuidados*, (68), 257–266. <https://doi.org/10.14198/cuid.17282>



as inputs for the implementation of cross-cultural health and cross-cultural nursing approaches, as well as part of the evidence that facilitates health practices, based on competent descriptions that help to understand the cultural diversity of human populations. The methodological approach was carried out from qualitative research, with an ethnographic approach, combining documentary review and semi-structured interviews with 44 people. Codes were identified, grouped into subcategories and categories. Several types of caregivers were found, of which the traditional doctor and the midwife were considered relevant. Their practices are based on knowledge of the material and spiritual dimension, among which the use of medicinal plants, prayer, dream interpretation and collective ceremonies is highlighted. In addition, their work depends on social recognition, caregiver status and role in social organization. Intercultural models must consider caregivers, within the framework of strategies based on the dialogue of knowledge and participation.

**Keywords:** Caregivers; indigenous; cultural changes; Culturally Competent Care (Desc)

#### **Resumo:**

Este estudo tem como objetivo compreender as práticas de cuidadores indígenas no contexto de mudança cultural. Parte da ideia da necessidade de construir bases etnográficas que sirvam de subsídios para a implementação de abordagens interculturais de saúde e enfermagem transcultural, bem como parte das evidências que facilitem as práticas de saúde, a partir de descrições competentes que ajudem a compreender a diversidade cultural das populações humanas. A abordagem metodológica foi realizada a partir de pesquisa qualitativa, com abordagem etnográfica, combinando revisão documental e entrevistas semiestruturadas com 44 pessoas. Os códigos foram identificados, agrupados em subcategorias e categorias. Foram encontrados vários tipos de cuidadores, dos quais o médico tradicional e a parteira foram considerados relevantes. Suas práticas são baseadas no conhecimento da dimensão material e espiritual, entre as quais se destacam o uso de plantas medicinais, oração, interpretação de sonhos e cerimônias coletivas. Além disso, seu trabalho depende de reconhecimento social, status do cuidador e papel na organização social. Os modelos interculturais devem levar em consideração os cuidadores, no marco de estratégias baseadas no diálogo de conhecimento e participação.

**Palavras-chave:** Cuidadores; indígenas; mudança cultural; saúde culturalmente competente.

## INTRODUCCIÓN

La salud intercultural y el cuidado de la salud basado en la cultura es uno de los grandes retos para las ciencias de la salud, sobre todo ante el paulatino reconocimiento del papel que cumple la dimensión social y espiritual en el proceso de salud –enfermedad– cuidado. Sin embargo, a pesar de avances significativos del campo, todavía persiste el desconocimiento y la incompreensión de las dinámicas culturales de las poblaciones indígenas (Carrasquilla & Pérez, 2018), las cuales, inciden en la calidad de la atención a población con cultura diferente y en la efectividad de los modelos interculturales.

El tema de salud y cultura es amplio, con un desarrollo considerable en enfermería, medicina, salud pública y recientemente en epidemiología. De estas disciplinas han emergido los enfoques de salud intercultural y enfermería transcultural, con propuestas que revelan estrategias para incluir la cultura del paciente en los procesos de atención y cuidado (Alarcón, et al., 2003). Entre los avances se encuentran el reconocimiento de los obstáculos (Carrasquilla & Pérez, 2018; Castillo-Santana et al., 2017; Pérez & Carrasquilla, 2018) e iniciativas afines a la perspectiva (Narváez & Nayip, 2012; Ramírez Hita, 2009; Suaza et al., 2014), pero todavía resultan insuficientes para caracterizar la situación en la que se encuentran. En cuanto a la política pública, en Colombia se ha establecido el enfoque diferencial como uno de los aspectos transversales de las políticas públicas en salud, así como el Modelo Integral de Atención en Salud, los cuales, junto al Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI), constituyen parte de las estrategias de política pública, a las que el trabajo académico se puede sumar, aportando el insumo etnográfico mencionado.

La población con la que se trabajó en este estudio son los Ete Ennaka, conocidos también como chimilas; hacen parte de los 115 pueblos indígenas que el Estado colombiano reconoce en su marco multicultural y de los 35 que se encuentran en vía de extinción física y cultural. Están ubicados al norte de Colombia, en las llanuras del río Ariguaní, en el municipio de Sabanas de San Ángel. Los ete hacen parte de la familia chibcha, son de origen prehispánico y grandes protagonistas de la resistencia indígena a la colonización a partir de una confrontación que los puso al borde de la extinción. Como muchos otros pueblos indígenas de la región, encontraron en el ocultamiento en zonas de difícil acceso, la principal estrategia de supervivencia, lo que, al mismo tiempo, se ha convertido en determinante de la salud, debido a las dificultades de acceso a los servicios de salud, la exposición a enfermedades tropicales y otras circunstancias relacionadas con el cambio climático, que en esta zona está representada por extensas sequías.

## MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación se realizó desde la orientación cualitativa, siguiendo las líneas de autores clásicos (Guba & Lincoln, 2002; Taylor & Bogdan, 2000). Se fundamentó en el enfoque etnográfico, siguiendo los planteamientos de Guber (2016), quien la concibe en su triple acepción de enfoque, método y escritura. También se toma como referencia de la autora, la visión del proceso investigativo de la otredad, pasando del desconocimiento –conocimiento– reconocimiento, en este caso, de los cuidadores indígenas y sus prácticas.

Las técnicas utilizadas fueron la revisión documental y entrevista semiestructurada. La primera consultó literatura sobre cuidadores indígenas y en general sobre la población estudiada, con el

fin de reconstruir el marco histórico y cultural que contribuyera en la comprensión del cuidador. Además, las fuentes secundarias fueron clave, sobre todo por el ocultamiento de la cultura y en general por la manera en que orientaron la indagación de concepciones y prácticas que los ette no compartieron en principio y que los investigadores desconocían. El trabajo de campo se realizó entre el 2017 y 2018, en un asentamiento (Naarakajmanta) y dos resguardos (Issa Oristunna y Ette Butteriya) a través de 24 visitas que duraban entre 3 y 5 días. Se realizaron 44 entrevistas, 5 a médicos tradicionales, 2 sobanderos y 8 parteras, los demás entrevistados fueron autoridades tradicionales y personas indígenas que relataron detalles del cuidado cultural recibido.

La entrevista fue etnográfica, Siguiendo los planteamientos de Guber (2016), se entendió la entrevista como relación social, entre los entrevistadores que interpretan y el entrevistado que relata lo que piensa, sabe, siente y cree. Fue no directiva, generando conversaciones, apelando a lo emotivo, con el fin de lograr mayor profundidad en los testimonios narrados. En esta técnica se contó con el apoyo de personas de la comunidad que en algunos casos actuaron como traductores y en general como parte de la etnografía colaborativa (Katzer; Samprón, 2011). Fueron vitales en la selección de los participantes, contribuyeron en la explicación de los alcances del proyecto y en las conversaciones aportaron información del contexto.

El estudio siguió la normativa ética vigente en Colombia como la Ley 266 de 1996 y la resolución 8430 de 1993, garantizando los criterios de confidencialidad y autonomía mediante el consentimiento informado. También se tuvieron en cuenta los criterios de la declaración de Helsinki. La investigación tuvo aprobación previa por comité de bioética. En cuanto a su ejecución el proyecto fue socializado en asamblea general con la comunidad, en la que participaron sus principales líderes, entre ellos el cabildo gobernador. De igual forma, antes de cada entrevista se leyó el consentimiento informado, quedando grabado en el audio de cada entrevista.

Para el análisis de la información se utilizó la codificación a través del software Atlas.ti y la triangulación entre entrevistados y entre técnicas (Benavides & Gómez-Restrepo, 2005), las entrevistas fueron transcritas y procesadas a través del mismo software, se crearon diversos códigos, que se agruparon en subcategorías y categorías, sobre ellas se diseñaron redes semánticas, cuyas relaciones establecieron las bases para la redacción del presente artículo.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### *Ubicación y contexto histórico*

Los Ette Ennaka habitan la región norte de Colombia, en los valles del río Ariguaní, principalmente en dos poblados que hacen parte del municipio de Sabanas de San Ángel, conocidos como Issa Oristunna y Ette Buteriya, los cuales hacen parte del último reducto de lo que hace siglos constituyó el territorio chimila. De igual forma, a partir de los procesos de violencia mencionados, se fueron creando asentamientos en distintos lugares de la región, como Naarakajmanta en Santa Marta, Itti Take en El Copey y otras poblaciones en los departamentos del Cesar y Magdalena, todo ellos ubicados en la región norte de Colombia.

Al menos cuatro momentos son claves para entender el desarrollo histórico de los ette. El primero se remonta a la colonia, tiempo en el cual, se convirtieron en uno de los frentes de resistencia en el contexto de la colonización, principalmente por su sistema de organización

social dispersa, seminómada, que permitía poblar una amplia zona selvática que resultó difícil de colonizar. De esta manera, se convirtieron en el principal enemigo de los colonizadores, quienes utilizaron el término chimila para nombrar la población indígena de una zona extensa del norte de Colombia. Ante la dificultad del control físico, optaron por calificativos de salvajes y caníbales, con el propósito de sustentar la urgencia de una arremetida violenta colonizadora, que los dejó al borde la extinción en el siglo XIX (Herrera, 2014).

A pesar de lo anterior, varios viajeros y etnógrafos documentaron la presencia de los chimilas en el siglo XIX y XX (Niño, 2017a). Sin embargo, en 1970 aproximadamente se presenta el segundo momento histórico decisivo. Los terratenientes, con propósitos de expansión y motivados por los hallazgos de petróleo y gas, más la explotación del bálsamo, poco a poco se fueron apoderando de los últimos reductos del territorio (Trillos Amaya, 1996; Uribe, 1987) a través de engaños e intercambios desiguales, de tal manera que los chimila quedaron trabajando como asalariados en las fincas que antes constituyeron sus territorios (Carrasquilla & Giraldo, 2003; Niño, 2007; Trillos Amaya, 1996).

Un par de décadas después, en el año 1990 coincide la reorganización de los ette con el inicio del multiculturalismo en Colombia a través de la Constitución Política de 1991, lo cual influye en la creación del resguardo y el nacimiento de una nueva esperanza. Un cuarto momento fue la llegada de la violencia, entre el año 1996 y 2005; los grupos paramilitares tomaron la población de San Ángel como centro de operaciones, algunos indígenas fueron asesinados y otros amenazados, generando su desplazamiento a diferentes zonas del norte del país. De igual forma, significó la interrupción de un proceso de recuperación.

Frente a la dinámica histórica, los ette se adaptaron al contexto como estrategia de resistencia. En esa dinámica, asumieron elementos culturales foráneos y mantuvieron otros a partir de la estrategia de ocultamiento de su cultura, sobre todo frente a la amenaza que terratenientes y paramilitares les hicieron sobre el uso de sus costumbres, principalmente la lengua. Por su parte, la reorganización de los ette permitió consolidar lo que habían logrado mantener oculto durante el tiempo que estuvieron aislados, presentándose como *Ette Ennaka* o gente verdadera y no como chimilas, sino como una generación posterior. De los aspectos culturales conservados y en los que se fundamenta su identidad étnica, la espiritualidad y el sueño ocupan un lugar importante para la comprensión de la manera en que los ette y sus cuidadores ven el mundo y su salud.

Los aspectos espirituales ette están asociados con los *yaaubre* (padres espirituales), pero también, cómo a través de ellos ven el tiempo y el espacio, así como las pautas de la interpretación onírica. Niño (2007) muestra en su etnografía que los padres espirituales, además de constituir el fundamento conceptual del sentido de la existencia para los ette, se asocian con los 4 puntos cardinales y con los períodos del año, a partir de un sistema de atributos determinados por el género de los seres, su ubicación espacio temporal y asociación con lugares y períodos del año. Estos padres espirituales están representados como Naara Yaau, Naarakajmanta – Yunai Kraari – Numirinta, que tienen un valor positivo y Penari Saakwiri y Kowata Torosu, uno negativo. Los primeros corresponden al período de lluvias, el oriente/occidente, mientras que, los segundos, a la sequía y el norte/ sur, respectivamente.

Niño (2008) agrega también a su descripción los ciclos de destrucción - regeneración desde los cuales los ette contemplan la historia, generalmente desde una visión cíclica, en el cual ven a los chimilas como habitantes de un mundo pasado y a ellos mismos como la gente actual o

nueva generación (*ette takke*). Estos aspectos, constituyen, para Niño (2007), el contexto que le permite a los ette dar la función social al sueño, en el que el soñante tiene una existencia y percepción privilegiada. De esta manera, puede (soñando), terminar tareas o reflexiones que tuvo antes de dormir y comunicarse con seres sobrenaturales o parientes, desarrollando, desde su concepción del cosmos, modos distintos de concebir la realidad (Niño, 2007) a partir de la articulación del sueño con las situaciones cotidianas.

### *Cuidadores*

En la población indígena todo individuo es un cuidador potencial, sobre todo a medida que crece y recibe en ocasiones la responsabilidad de alguna labor de la casa, el cultivo o de los menores que puedan dejarse a su cargo. Entre ellos circula el conocimiento sobre el manejo de las plantas y una actitud hacia el interés de cómo actuar ante diferentes situaciones que afecten la vida y la salud de las personas. Sin embargo, reconocen que existen personas con conocimientos y habilidades especializadas. La primera de ellas es la madre, persona encargada del cuidado de los niños y jóvenes, generalmente a partir de la alimentación y la higiene. Sin embargo, poco a poco la especialidad va dando lugar a personas con el dominio de saberes y habilidades reconocidos colectivamente.

Entre los cuidadores existen rezanderos, sobanderos, hierbateros (conoce de plantas) y culebrero (cura picadura de serpientes). Sin embargo, dos cuidadores que constituyen una institución reconocida en el pueblo ette son el médico tradicional y la partera. En ambos casos el oficio es empírico y asociado al reconocimiento público, principalmente a partir de una responsabilidad cultivada desde la juventud y que será decisiva en la aceptación como parte de las autoridades tradicionales o *kraanti*, líderes del pueblo que tienen un papel crucial en la toma de decisiones, pero también en rituales. En ese sentido, ser médico tradicional o partera, significa ser autoridad tradicional y, por tanto, participar activamente de ceremonias que, desde el plano espiritual, se conciben como formas de cuidar al pueblo, frente a eventos naturales o seres sobrenaturales que pueden estar amenazando la salud de la población.

En lengua *ette taara*, médico tradicional se conoce como *Tajkuatuggwa*. Hay de dos tipos, el espiritista y el que maneja las plantas. Generalmente es hombre y constituye uno de los personajes más importantes de la comunidad. Su papel corresponde a la figura del chamán, la cual se extiende en población indígena de distintos lugares del mundo y cuya característica distintiva está en transitar entre el mundo material y el espiritual. Aunque no lo sabe, desde joven presente que ha sido llamado por *Yaau*, principal padre espiritual, a desempeñar una labor importante. Desde entonces se distingue de los demás por su seriedad, atención, responsabilidad y disposición al aprendizaje de la palabra de los mayores. Sin embargo, un momento decisivo para convertirse en médico está en la superación de las pruebas que *Yaau* le coloca en el mundo onírico, el cual, es un plano importante en su oficio.

La labor de los cuidadores ette solo puede ser entendida en el contexto de su espiritualidad. El médico tradicional aprende de otros, pero su principal fuente de conocimiento es *Yaau*, por tanto, su labor consiste, en descifrar las comunicaciones del padre espiritual, presentadas generalmente en los sueños propios o de otras personas. En ese sentido, el médico tradicional ha descubierto el poder curativo de las plantas por enseñanza de otro médico tradicional o por comunicación de *Yaau* a través del sueño. De esta manera, el sueño es un recurso diagnóstico del médico tradicional, porque revela qué le sucedió a la persona, qué le puede estar pasando o que le pasará si no se atiende

el llamado de *Yaau*. En ese sentido, según lo retomado de Niño líneas arriba, al consultar el sueño, el médico tradicional busca solución en el plano onírico lo que no pudo de manera consiente.

Un segundo recurso es el tabaco, el cual, es el alma del ette y el “arma” del médico tradicional, principalmente frente a seres sobrenaturales conocidos como fieras, los cuales se encuentran al acecho u ocultos entre pasadizos de este mundo y otro. El tabaco se fuma o se mastica y su uso se asocia con ceremonias fúnebres, señalando el camino al espíritu, para que de esta manera evite la tentación de permanecer en este mundo. También tiene uso ritual, para alcanzar la concentración o trance necesario que permita un diálogo con *Yaau*. Generalmente se realiza en la vigilia, de esta manera el tabaco puede estar siendo usado para preparar al médico para abordar en el sueño las situaciones que constituyeron la reflexión o preocupación del día.

Uno de los problemas que enfrenta el *Takwatuggua*, que podría considerarse un síndrome cultural ette es la pérdida del corazón, una afectación emocional que incide en la actitud y espíritu de las personas. En el pensamiento ette, según sostienen los médicos tradicionales, existen lugares sagrados y lugares con energía negativa, estos últimos, generalmente asociados con seres malignos (fieras), retienen el corazón de la persona, quitándole parte de su energía vital. La labor del médico tradicional consistirá entonces en regresar al lugar, recuperar el corazón a través del tabaco y rezo, para devolvérselo a su respectivo dueño.

El médico tiene en la selva virgen el principal recurso para atender las enfermedades, generalmente dolor de cabeza, fiebre, dolor de espalda, picadura de culebras, entre otras. Para ello depende del *kantawa*, expresión en lengua que se refiere al bosque nativo que no ha sido intervenido por el hombre, el cual le permite acceder a plantas de gran valor curativo, las cuales previamente han sido indicadas por *Yaau* o algún ancestro a través de los sueños. Su forma de diagnóstico es integral, valora a los pacientes desde una visión holística que incluye la apariencia física, estado de ánimo y aura. También reconoce cuándo puede actuar a través de plantas medicinales y cuándo con rezo o trabajo espiritual o cuándo, definitivamente, es motivo de consulta del médico occidental.

Por su parte, la partera es otro de los cuidadores indígenas. Como su nombre lo indica, su trabajo se asocia exclusivamente al parto, principalmente durante las fases de gestación, parto y puerperio. Como el médico tradicional, la partera es parte de las autoridades tradicionales, de igual forma, depende del reconocimiento y reputación como buena partera. Su conocimiento es empírico, aunque generalmente aprenden la partería de sus madres.

El trabajo de la partera es social y espiritual. Inicia identificando el embarazo de la gestante, generalmente por la presencia de náuseas, mareos y crecimiento del abdomen, así como una valoración general. A medida que avanza el proceso, las visitas partera – gestante van en aumento. Las consultas frecuentes están asociadas con dolores, que generalmente la partera atiende mediante sobos, que aprovecha para identificar la posición del bebé. De igual forma, en sus visitas, la partera se interesa en la educación sobre la alimentación de la gestante, en primer lugar, que sea la adecuada, pero también evitando el exceso de algunos alimentos y la prohibición de otros que no puede consumir, principalmente animales silvestres que en la actualidad están casi extintos.

En general, la etapa de gestación y parto se concibe entre los ette como un proceso natural y no implica un cambio drástico en las actividades cotidianas, más allá de las mencionadas, relacionadas con la alimentación, el esfuerzo físico y la atención de los malestares asociados con el embarazo. Cuando llega el día la partera solicita agua tibia, toallas y el espacio necesario,



verifica la posición del feto y dispone a iniciar el trabajo de parto. Lo primero que hace es encomendarse a *Yaau* a través de una oración en lengua, en la cual, presenta a la parturienta como una de sus hijas y pide su mediación para que el proceso sea exitoso. Al tiempo, la partera dialoga con ella, llenándola de confianza y seguridad, diciéndole que todo va a salir bien. En pocas palabras, la partera, al ver el parto como algo natural se concentra en que la futura madre esté concentrada, crea y confía en que todo va a salir bien en el parto. Posteriormente, cuando el bebé es expulsado, la partera corta el cordón umbilical, expulsa la placenta, limpia el bebé y se lo entrega a la madre, ubicándolos en un lecho acondicionado previamente.

La labor de la partera no finaliza con el parto. Al día siguiente revisa el recién nacido y a la madre, también los encomienda nuevamente ante *Yaau*. Algunas parteras utilizan el tabaco para limpiar la casa de alguna posible amenaza sobrenatural y da consejos a la madre sobre el cuidado frente al uso de fajas y la higiene diaria de la madre y el bebé (principalmente las horas del baño). La partera recomienda bebidas a base de plantas medicinales y vigila el ombligo del bebé, así como cualquier tipo de anomalía física o espiritual. Cuando el ombligo cae, es el final de los cuidados de la partera.

### *Cuidadores indígenas y cambio cultural*

A todo lo anterior deben añadirse los cambios culturales que atraviesa el pueblo ette en la actualidad. Resistir a la influencia de los procesos de la colonización, despojo de sus territorios, violencia y transformación de su hábitat, requirió estrategias de adaptación al entorno dominado por la sociedad capitalista occidental. Entre ellas, la adopción de algunas prácticas ajenas y el ocultamiento de otras propias, sobre todo frente a la amenaza que para los terratenientes constituyó lo indígena en los inicios del multiculturalismo (1991). Esto ha generado que la población sea heterogénea y que la comprensión de la cultura deba superar la idea del todo homogéneo y armónico.

En el caso del médico tradicional, si bien siguen vigentes sus prácticas, se debe resaltar que cada vez disminuye su número, también que el bosque nativo o *kantawa* se ha visto ampliamente afectado por la implementación de la ganadería extensiva y el cambio climático. Además, las nuevas generaciones, producto de la influencia cultural externa y el prejuicio histórico sobre lo indígena, ha abandonado el interés por lo tradicional, lo cual, constituye una afectación considerable, toda vez que la espiritualidad depende en parte en creer y sobre todo, la eficacia de esta fe, a partir de lo que el mundo antropológico ha denominado la eficacia simbólica (Lévi-Strauss, 1987). A lo anterior se le suma, la influencia de la medicalización, introducida a partir de la introducción de la medicina occidental y su lógica asistencialista, motivada por la cobertura y el cumplimiento de los indicadores desde una estandarización que no tiene en cuenta la historia y la cultura.

Las parteras, por su parte, empiezan a transformar su práctica. Las jóvenes se encuentran en una posición ambivalente: no aceptan abiertamente el control prenatal y atención del parto de la medicina occidental, pero tampoco siguen en su mayoría la labor de la partera. Sin embargo, un proceso como el parto que años atrás se veía como natural y no requería asistencia, en la actualidad ha venido cambiando a partir de la presentación de complicaciones que han requerido cesáreas e intervenciones de la medicina occidental. Por lo anterior, sostienen las parteras, las jóvenes se han vuelto temerosas y en ocasiones prefieren parir en el hospital. En este caso, las parteras han pasado a ser acompañantes y promotoras de salud de la gestante y el recién nacido, sobre todo a partir de decisiones que ha tomado el gobierno indígena y las empresas promotoras de salud (EPS).

En términos generales, la labor de los cuidadores indígenas ette es social, fundamentada en el reconocimiento colectivo de su labor, a partir del respeto que se han ganado como autoridad tradicional. Su trabajo solo puede ser comprendido en el marco de su cosmología, en la que los seres sobrenaturales en los que creen desempeñan un papel clave en el ordenamiento del pensamiento. De igual forma, el sueño o la práctica de *ooyoriya*, como se conoce en su lengua, permite representar su realidad a partir de una dinámica multiperspectivista (Niño, 2007) que resulta vital para las prácticas de cuidado. Más allá de establecer su certeza, la comprensión de esta realidad como la establecen los ette, constituyen referencias importantes cuando se plantea como propósito incorporar la cultura del paciente en el cuidado de la salud. En este caso, no solo como referencias del contexto del paciente (ser indígena ette), sino a partir de estrategias de diálogo de saberes y educación intercultural, que incorporen a los cuidadores indígenas en los procesos de cuidado intercultural.

## CONCLUSIONES

El cuidado es un elemento constitutivo de la cultura que comparten los ette, como lo evidencia la actitud de cuidar presente en la cultura y la heterogeneidad de sujetos que lo profesan, por tanto, existen distintos cuidadores, como médicos y parteras, sobanderos y culebreros, cuyo fundamento está en la credibilidad, basada en el conocimiento de plantas, reputación y, sobre todo, capacidad interpretativa de los sueños. No obstante, el pensamiento ette ha encontrado en el cambio cultural un punto de inestabilidad y transición social que representa un gran reto para los enfoques de salud intercultural, porque exige operar desde un concepto de cultura heterogéneo y dinámico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcón M., Vidal H. y Neira R. (2003). Salud intercultural: Elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 131(9), 1061-1065. Recuperado de: <https://doi.org/10.4067/S0034-98872003000900014>
- Benavides, M. O., & Gómez-Restrepo, C. (2005). Métodos en investigación cualitativa: Triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(1), 118-124. Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-74502005000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74502005000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
- Bolinder, G. (2010). The Chimila: A Dying People. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, 11, 345-351.
- Carrasquilla, D. & Giraldo, J. E. (2003). Continúa la Lucha: una mirada al pasado y presente de los chimilas. *Jangwa Pana*, 3 (1). 128-141.
- Carrasquilla, D., & Pérez, C. (2018). Experiencias del cuidado de enfermería en contexto intercultural. *Cultura de los Cuidados*, 22(51), 124-132. Recuperado de: <https://doi.org/10.14198/cuid.2018.51.14>
- Castillo-Santana, P, Vallejo-Rodríguez, E., Cotes-Cantillo, K., y Castañeda-Orjuela, C. (2017). Salud materna indígena en mujeres Nasa y Misak del Cauca, Colombia: Tensiones, subordinación y diálogo intercultural entre dos sistemas médicos. *Saúde e Sociedade*, 26(1), 61-74. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017168743>
- Guba, E., & Lincoln, Y. (2002). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En C. Denman & J. Haro (Eds.), *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social*. México: Colegio de Sonora.

- Guber, R. (2016). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Guerra-Martín, M. D., Amador-Marín, B., & Martínez-Montilla, J. M. (2015). Problemas de salud de los cuidadores familiares de personas mayores de 65 años afectadas de insuficiencia renal crónica: Una revisión sistemática. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 38(3), 425-438. Recuperado de: <https://doi.org/10.4321/S1137-66272015000300007>
- Herrera, M. (2014). *Ordenar para controlar. Ordenamiento espacial y control político en las llanuras del Caribe y en los Andes Centrales Neogranadinos. Siglo XVIII*. Bogotá: Ediciones Uniandes.
- Katzer, M. L., & Samprón, A. (2011). El trabajo de campo como proceso. La «etnografía colaborativa» como perspectiva analítica. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*, 2(1), 59-70.
- Lévi-Strauss, C. (1987). Eficacia simbólica. En *Antropología estructural*. Barcelona: Paidós Básica. pp. 211-228.
- M, A., María, A., Astudillo D, P., Barrios C, S., & Rivas R, E. (2004). Política de Salud Intercultural: Perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región, Chile. *Revista médica de Chile*, 132(9), 1109-1114. Recuperado de: <https://doi.org/10.4067/S0034-98872004000900013>
- McFarland, M. (2015). Madeleine M. Leininger: Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. En: M. Alligood (Ed.). *Modelos y Teorías en Enfermería*. Madrid: Elsevier.
- Narváez, H. y Nayip, F. (2012). Interculturalidad en salud: Competencias en prácticas de salud en población indígena. *Ciencia y enfermería*, 18(3), 17-24. Recuperado de: <https://doi.org/10.4067/S0717-95532012000300003>
- Niño, J. C. (2007). *Ooyoriyasa: Cosmología e interpretación onírica entre los ette del norte de Colombia*. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Niño, J. C. (2008). Ciclos de destrucción y regeneración: Experiencia histórica entre los ette del norte de Colombia. *Historia Crítica*, 35, 106–129.
- Niño, J. C. (2016). Los bastones de la hamaca, los soportes del cosmos. *Nuevo Mundo Nuevos*, 27. Recuperado de: <https://doi.org/10.4000/nuevomundo.69288>
- Niño, J. C. (2017a). *Indios y viajeros. Los viajes de Joseph de Brettes y Georges Sogler por el norte de Colombia*. Bogotá: Universidad Javeriana, Universidad de los Andes, Instituto Colombiano de Antropología.
- Niño, J. C. (2017b). Sueño, realidad y conocimiento: Noción del sueño y fenomenología del soñar entre los ette del norte de Colombia. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*. 5(2). 293 – 315. Recuperado de: <https://revistas.uniandes.edu.co/doi/abs/10.7440/antipoda5.2007.13>
- Pérez, C. & Carrasquilla, D. (2018). Relación enfermera-paciente frente a la diversidad cultural. Una mirada en situaciones de cuidado a pacientes indígenas. *Index Enfermería*, 27(4). 216-220. Recuperado de: <http://ciberindex.com/index.php/ie/article/view/e12052>
- Ramírez Hita, S. (2009). Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad: Los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano. *Avá*, 14, 0-0.
- Reichel Dolmatoff, G. (1946). Etnografía Chimila. *Boletín de Arqueología*, 2(2), 95-187.
- Suaza, P., Eugenia, A., & Sandín Vásquez, M. (2014). Diálogo y respeto: Bases para la construcción de un sistema de salud intercultural para las comunidades indígenas de Puerto Nariño, Amazonas, Colombia. *Salud Colectiva*, 10, 379-396.
- Taylor, S., & Bogdan, R. (2000). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados* (3da ed.). Paidós Básica.
- Trillos Amaya, M. (1996). *Categorías gramaticales del ette taara: Lengua de los chimilas*. Bogotá: Colciencias.
- Uribe, C. (1987). Chimila. En R. Pineda (Ed.). *Introducción a la Colombia Amerindia*. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología.

# Estado actual de la Enfermería en los Centros de Día Gerontológicos de Huelva

## *Current state of Nursing in Gerontological Day Centers of Huelva*

### Estado atual da enfermagem nos Centros de Dia Gerontológicos de Huelva

JULIA SÁNCHEZ GALLOSO, FRANCISCA MARÍA GARCÍA PADILLA, ANDRÉS ARANA RODRÍGUEZ

#### Julia Sánchez Galloso

Universidad de Huelva. España.  
julia.sanchez@denf.uhu.es  
<https://orcid.org/0009-0004-1824-4350>

#### Francisca María García Padilla

Universidad de Huelva. España.  
fmgarcia@denf.uhu.es  
<https://orcid.org/0000-0003-2920-1925>

#### Andrés Arana Rodríguez

Universidad de Huelva. España.  
andres.arana@denf.uhu.es  
<https://orcid.org/0009-0005-6227-0107>

#### Correo principal:

julia.sanchez@denf.uhu.es

**Fecha recepción:** 18/11/2023

**Fecha aceptación:** 21/01/2024

**Financiación:** Este trabajo no ha recibido financiación.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflicto de intereses.



**Licencia:** Este trabajo se comparte bajo la licencia de Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons (CC BY-NC-SA 4.0): <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

© 2024 Julia Sánchez Galloso, Francisca María García Padilla, Andrés Arana Rodríguez

#### Resumen:

**Introducción:** El envejecimiento poblacional ha desplegado un nuevo y amplio campo de estudio para la ciencia sanitaria en el que la enfermería debe investigar para garantizar la autonomía en salud de las personas mayores.

**Objetivo:** Visibilizar los Centros de Día Gerontológicos (CDG) y las actividades de los profesionales de enfermería en dichos centros en Huelva.

**Metodología:** Se ha realizado una investigación cualitativa a partir de cuestionarios y entrevistas dirigidas al personal de dirección y enfermería de varios Centros de Día de Huelva y provincia.

**Resultados:** Los CDG son un recurso intermedio con múltiples objetivos y funciones, que ofrecen calidad de vida tanto para los mayores como para sus familiares. Se componen de un equipo básico de profesionales que trabaja de forma no permanente. La figura de la enfermería es esencial, pero cuenta con una situación laboral muy deficiente.

**Conclusión:** Estos centros proporcionan cuidados profesionales y permiten la permanencia en los domicilios habituales favoreciendo la calidad de vida y autonomía de esta población mayor. La bibliografía sobre este tema es escasa, por lo que se considera necesario profundizar en su investigación junto con la puesta en marcha de programas y propuestas de mejora que den a conocer estos centros sociosanitarios.

**Palabras Clave:** Enfermería; Centros de Día; gerontología; Personas Adultas Mayores; Envejecimiento.

**Citación:** Sánchez Galloso, J., García Padilla, F. M., Arana Rodríguez, A. (2024). Estado actual de la Enfermería en los Centros de Día Gerontológicos de Huelva. *Cultura de los Cuidados*, (68), 267–280. <https://doi.org/10.14198/cuid.26526>



### Abstract:

**Introduction:** Population aging has opened up a new and broad field of study for health science in which nursing must investigate to guarantee the health autonomy of older people.

**Objective:** To make visible the Gerontological Day Centers (CDG) and the activities of nursing professionals in these centers in Huelva.

**Methodology:** A qualitative investigation has been carried out using questionnaires and interviews directed at the management and nursing staff of several Day Centers in Huelva and the province.

**Results:** The CDG are an intermediate resource with multiple objectives and functions, which offer quality of life for both the elderly and their families. They are made up of a basic team of professionals who work on a non-permanent basis. The role of nursing is essential, but it has a very poor employment situation.

**Conclusion:** These centers provide professional care and allow them to remain in their usual homes, favoring the quality of life and autonomy of this older population. The bibliography on this topic is scarce, so it is considered necessary to deepen its research along with the implementation of programs and improvement proposals that make these socio-health centers known.

**Keywords:** Nursing; Day Centers; Gerontology; Older Adults; Aging.

### Resumo:

**Introdução:** O envelhecimento populacional abriu um novo e amplo campo de estudo para as ciências da saúde no qual a enfermagem deve investigar para garantir a autonomia de saúde dos idosos.

**Objectivo:** Dar visibilidade aos Centros de Dia Gerontológicos (CDG) e à actividade dos profissionais de enfermagem destes centros de Huelva.

**Metodologia:** Foi realizada uma investigação qualitativa através de questionários e entrevistas dirigidas aos dirigentes e pessoal de enfermagem de vários Centros de Dia de Huelva e da província.

**Resultados:** Os CDG são um recurso intermediário com múltiplos objetivos e funções, que oferecem qualidade de vida tanto para os idosos quanto para seus familiares. São formados por uma equipe básica de profissionais que atuam de forma não permanente. O papel da enfermagem é essencial, mas tem uma situação laboral muito precária.

**Conclusão:** Estes centros prestam cuidados profissionais e permitem a permanência nos seus domicílios habituais, favorecendo a qualidade de vida e a autonomia desta população idosa. A bibliografia sobre este tema é escassa, pelo que considera-se necessário aprofundar a sua investigação juntamente com a implementação de programas e propostas de melhoria que dêem a conhecer estes centros sócio-sanitários.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Centros de Dia; gerontologia; Idosos; Envelhecimento.

## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento humano y, por tanto, la longevidad, se ha convertido en un tema de investigación habitual en los últimos años, debido al aumento de la esperanza de vida, a sus repercusiones en el crecimiento poblacional y en el mantenimiento de la salud y la calidad de vida (Abades y Rayón, 2012).

Ante este hecho, la preocupación por la salud a lo largo de toda nuestra vida, la prevención de las enfermedades crónicas y la mejora de la salud de nuestros mayores es uno de los retos de la ciencia y de las organizaciones socio-sanitarias. Las personas adultas mayores necesitan cuidados sólidos y urgentes que incluyan perspectivas biológicas, psicológicas y sociales específicas a su envejecimiento (Reis et al., 2021). En este sentido, es igualmente necesario el abordaje del cuidado de la profesión de la enfermería para evitar el deterioro funcional y discapacidades y episodios adversos a los que están expuestos tanto en los hospitales como en centros sociosanitarios, entre ellos las residencias y los CDG.

En nuestra propuesta, nos centramos en la enfermería en los CDG de Huelva, donde es fundamental que se lleven a cabo prácticas avanzadas a partir de una situación contractual justa que contribuya a la mejora de la calidad de vida de sus usuarios/as y a la promoción de la salud laboral de sus profesionales. Esta práctica avanzada de enfermería está basada en competencias en los Centros de Día y requiere una valoración gerontológica integral, para conseguir el acortamiento de los ingresos hospitalarios, la reducción de la mortalidad y la mejoría de las relaciones de los profesionales de primaria y los familiares. Los profesionales de la salud deben ser lo suficientemente competentes para brindar una atención óptima a quienes requieren diferentes cuidados de calidad (Ferretti-Rebustini et al., 2022).

Son todavía escasas las investigaciones que trabajan en la crucial importancia de la enfermería en los CDG. Las investigaciones más destacables son las de Poblete-Troncoso y Piña Morán (2019), donde se explican algunos enfoques teóricos de la gerontología social que tratan el tema de los roles sociales y su relación con la enfermería gerontológica. Demuestran que es necesario que los equipos gerontológicos, en concreto enfermería, mantengan en estos grupos un mayor rol social que potencie un envejecimiento activo, elemento básico para tener una mejor calidad de vida.

Otro estudio publicado por Guerra-Martín y Ramírez-Fernández (2020) sobre la calidad asistencial en la atención a las personas mayores en los centros institucionalizados afirma que existe relación entre el número de enfermeras que trabajan en los CDG y la calidad de los cuidados prestados. De esta forma, reclaman para futuras investigaciones que la enfermería apueste por la especialización e investigación, para así hacer notar una mejora en la calidad asistencial.

Hernández Martínez et al. (2021) reconocen que cada persona es única en cuanto a su personalidad, comportamiento, cultura, entorno social, capacidades mentales, valores, creencias, estilos de vida y visión del mundo que los rodea. Esto mismo permite que la práctica de la enfermería sea sensible a las realidades de las personas y que sus cuidados deben ser individualizados e integrales, para así lograr una atención de calidad. No obstante, aunque este colectivo tiene una percepción placentera de sus cuidados, son conscientes de la falta de personal y la no solución efectiva por parte de las administraciones para solucionar este problema. Concluyen

que el trato sociosanitario debe recoger el reconocimiento de las especialidades de enfermería, la formación continuada, la motivación de las administraciones hacia sus profesionales, el trabajo hacia la prevención del síndrome de burnout y el avance hacia la seguridad de quien cuida y de quien es cuidado.

Recientemente, Fernández Rivera et al. (2022) analiza la situación de la asistencia sociosanitaria por parte del profesional de enfermería principalmente, y de la dependencia en Cantabria tanto en estos centros sociosanitarios gerontológicos como en el centro de salud. Después de hacer el estudio, observan la ausencia de consenso sobre quiénes deben trabajar en este tipo de centros, reclamando así una mejora de la legislación y de las políticas sanitarias por parte del colectivo enfermero, considerado como profesional obligatorio dentro de las instituciones. Afirman que en los centros donde no hay personal de enfermería no hay seguimiento en los cuidados y que la presencia de estas mejoraría la calidad de vida, la calidad asistencial y provocarían una minimización de los errores.

Asimismo, en otro estudio publicado por Ximena Araya et al. (2017), se definen los CDG como un nuevo servicio gerontogeriatrico ambulatorio que forma parte de los recursos para las personas adultas mayores, y se mencionan los beneficios obtenidos en esos centros: capacidad y mejora del estado físico, potenciación de la autoestima y aumento de las relaciones sociales, entre otros. Las actividades que se llevan a cabo en estos centros mejoran la forma de desenvolverse de usuarios/as en la vida diaria.

Los objetivos propuestos para este trabajo son promocionar los CDG y las actividades de los profesionales de enfermería en dichos centros en la provincia de Huelva: identificar qué actividades realizan y registrar las deficiencias y/o necesidades que este tipo de centro y este colectivo se encuentra.

## METODOLOGÍA

Para la presente investigación se ha utilizado una metodología cualitativa que permite un acercamiento a las diferentes situaciones, reflexiones y experiencias, funciones y relaciones institucionales que se producen en el interior de los CDG entre los distintos trabajadores, principalmente, entre el colectivo de dirección y de enfermería encargado de atender a todas las personas mayores. Este estudio utiliza el enfoque fenomenológico, enunciado por Babu (2019) como uno de los principales enfoques cualitativos para la investigación. Bajo este punto de vista, nos hemos aproximado a conocer la situación de estos CDG desde las definiciones, experiencias y explicaciones de los/as enfermeros/as y directores/as del mismo, conociendo sus beneficios y/o sus necesidades.

La provincia de Huelva cuenta concretamente con 24 CDG, teniendo en cuenta tanto las zonas rurales como las urbanas. Para su selección se establecieron previamente varios criterios de inclusión, considerados importantes para abordar las distintas realidades y poder observar la diversidad que existe en ellos: titularidad (público/privado); localización (Huelva capital/Huelva pueblos); tipo de usuario/a que acude (CDG formados por pacientes con demencias)/CDG generalizados con o sin demencia u otras patologías relevantes).

Para garantizar los diferentes perfiles se decidió seleccionar al menos un centro de día que cumpliera cada uno de los criterios de inclusión. Dentro de cada centro seleccionado se entrevistó a dos profesionales que estuvieran trabajando en ese momento: un enfermero/a y el director/a del centro. Del total de los 24 Centros de Día para adultos mayores de la provincia de Huelva, se ha llevado a cabo la investigación en 7 y han participado 6 profesionales de enfermería y 7 directores/as (Véase Tabla 1). El total de informantes viene dado por la saturación de la información obtenida en este estudio, que según Martínez-Salgado (2011), en el campo de la metodología cualitativa, se define como aquella situación en la que se han obtenido ya una serie de ideas y que con cada nueva entrevista ya no aparecen otros elementos que nos aporten información novedosa. La saturación no se hallará hasta que dejen de aparecer nuevos datos, hasta esa situación, la búsqueda no deberá suspenderse.

En función de los objetivos partimos de unas categorías de análisis que han orientado la realización de esta investigación entre las cuales están: composición de las plantillas de profesionales de enfermería; perfil profesional y académico de los profesionales; actividades que realizan los/as enfermeros/as; deficiencias y/o necesidades de los CDG.

Según Troncoso-Pantoja et al. (2017), la entrevista es uno de los instrumentos de recogida de información más empleado en la investigación cualitativa y posibilita la adquisición de datos mediante una comunicación oral con el investigador. Para Delgado y Gutiérrez (1994), a pesar de que en la entrevista el ambiente creado puede ser considerado menos natural que en la observación, hay mayor objetividad en las opiniones de los/as entrevistados/as y mayor comprensión en cómo ven las realidades de la investigación.

Cumpliendo con la organización y diseño del estudio, el tipo de entrevista empleado ha sido individual semi-estructurada. Para poder aplicar dicha técnica, además de elegir la localización, se seleccionaron los participantes por conveniencia para el estudio.

Con el fin de lograr una correcta elaboración y planificación, afianzar el manejo de la entrevista y obtener una aprobación del encuentro de las personas entrevistadas, se siguieron una serie de pautas: se crearon dos guiones orientativos de entrevistas, una para cada profesional, que debían responder a los objetivos propuestos en el trabajo; se organizó un encuentro con la persona experta para la ejecución de una fase de entrenamiento o entrevista piloto para comprobar la coherencia de las preguntas que se iban a abordar y las habilidades de la entrevistadora para la enunciación de las mismas hacia los participantes; una vez acabado esto, se determinaron los dos guiones orientativos de entrevistas (enfermera/o y director/a).

La captación de los/as profesionales de la entrevista se hizo a través de llamadas telefónicas al teléfono fijo de cada CDG en los diferentes horarios de apertura de los mismos, principalmente en horarios de mañana. De esta forma, se realizaba una breve presentación de la situación o el perfil de la entrevistadora, de los objetivos principales de esta investigación y se les pedía su participación. En caso de ser aceptada, se establecía por acuerdo mutuo la fecha, la hora y el lugar de reunión.

Todas las entrevistas han sido realizadas de manera presencial e individual, durante los meses de febrero y marzo de 2023, en los CDG seleccionados, de esta forma la entrevistadora realizó los desplazamientos a los diferentes espacios por medios propios, hecho que ha permitido visitar



las instalaciones de los centros y llevar a cabo la técnica correctamente con los enfermeros/as y directores/as de cada centro. Todas ellas comenzaron con la presentación de la investigadora y con los objetivos de la investigación. Se les pidió rellenar el consentimiento informado, donde aceptaban participar en esta técnica para el estudio y donde incluían cada firma. Seguidamente, se les pedía para poder ser grabados/as en audio de voz (que serían destruidas al finalizar el estudio) para la posterior transcripción de la información, de la manera más objetiva posible. En caso de no ser así, se procedía a la recopilación de datos de manera manual, a la vez que se iban enunciando las preguntas.

Como explican los autores Díaz-Bravo et al. (2013), la entrevista semi-estructurada tiene la posibilidad de adaptación de los participantes y de las condiciones de los mismos. Durante el transcurso de todas las entrevistas, se conservó un ambiente propicio, encontrándose cada participante tranquilo posibilitando que la recogida de la información fuese a través de una reflexión abierta y veraz. Se ha transmitido una postura asertiva, reservada, serena y comprensiva y potenciando una actitud capaz de abstenerse a cualquier opinión.

En total, se realizaron 13 entrevistas, aproximadamente de 25 minutos la más breve y hasta una hora y media la más extensa. Y 13 cuestionarios de preguntas cerradas, 6 de enfermeras y 7 de directores/as del centro. El hecho de que todo análisis de datos se sostenga en la propia transcripción de la información provoca que los investigadores le den la importancia que merece en el proceso analítico de la metodología cualitativa. En este estudio, las transcripciones literales de las entrevistas han sido realizadas por la investigadora, bien procedente la información de las grabaciones o de las anotaciones recogidas a mano. Dichas transcripciones se han realizado de forma manual. De esta forma, la investigadora se asegura de que la información se recoge de manera completa y detallada, sin sesgos.

## RESULTADOS

La exposición y el análisis de los resultados están estructurados de forma que se han ido obteniendo datos siguiendo un orden de las categorías de análisis de la investigación.

### *Categoría de análisis 1. Función y proyección de los CDG de Huelva.*

Los/as informantes de la investigación comparten que los CDG son muy beneficiosos para la sociedad, y expresan que estos mejoran la calidad de vida de los/as usuarios/as y de los familiares; proporcionan un espacio de respiro familiar; favorecen la creación o continuación de hábitos y rutinas; ralentizan y/o previenen todo tipo de patologías y/o demencias mediante diferentes opciones de estimulación farmacológica y no farmacológica (área cognitiva, motora, lenguaje, social, emocional, visual); mejoran el grado de autonomía; ofrecen apoyo, compañía, seguridad y evitan cualquier situación de soledad de los/as usuarios/as. Además, los/as informantes resaltan que todos/as los/as usuarios/as cuentan con la supervisión de profesionales capacitados/as para atender de manera integral e individualizada a las personas que acuden a esos centros.

*“Creo que fundamentalmente porque mejoran la calidad de vida de la familia y de los/as usuarios/as. También, gracias a las actividades que se hacen se consigue ralentizar las*

*enfermedades y se estimulan cognitivamente con terapias no farmacológicas. Se les aporta unos cuidados especializados por profesionales, que mejoran su situación de salud” (Dirección 1).*

En el estudio se observa unanimidad en cuanto a si la población adulta es conocedora de la existencia de los CDG. Los/as profesionales expresan que son un recurso intermedio muy poco divulgado y que aquellas personas mayores que los conocen sienten cierto rechazo ya que los consideran el inicio previo a la entrada en las residencias de ancianos. Igualmente, se hace hincapié sobre las perspectivas negativas que tiene este colectivo hacia dichos centros y consideran que la población no se interesa hasta que precisan de ellos.

*“No, la población adulta es totalmente desconocedora de este tipo de recursos. No sé dónde está el fallo, si podemos decirlo así, si en Servicios Sociales no se les informa adecuadamente, o por desconocimiento, no lo sé” (Dirección 5).*

No obstante, en algún caso se menciona que ese pensamiento cambia cuando se convierten en usuarios/as y que cada vez son más demandados debido al aumento de la esperanza de vida, y como consecuencia un incremento de este colectivo en la sociedad.

*“Creo que todavía hay mucho desconocimiento de recursos sociosanitarios como este en la sociedad. Es cierto que no tanto como antes, porque yo trabajo aquí hace unos diez años y ahora veo que las personas se interesan más por estos centros o conocen de qué va un poco mejor” (Dirección 1).*

### *Categoría de análisis 2. Composición de la plantilla de profesionales de los CDG.*

Dando respuesta a la composición de la plantilla de estos centros, en todos los CDG donde se ha llevado a cabo la investigación, los/as directores/as manifiestan que la plantilla básica de trabajadores está formada por: dirección, trabajador/a social, psicólogo/a, fisioterapeuta, enfermero/a, terapeuta ocupacional y auxiliares de enfermería. Entre los trabajadores de la plantilla se contempla al personal de limpieza, que puede estar gestionado por el ayuntamiento del propio municipio o contratados de forma privada por la propia institución. De la misma forma, se nombra la existencia del personal administrativo y la presencia de personal de recepción.

*“El equipo está formado por una directora, una psicóloga que también tiene cargo de directora cuando no estoy, una trabajadora social, una fisioterapeuta, una recepcionista encargada de recibir los pedidos, la comida..., una enfermera, cinco auxiliares de enfermería por las mañanas y por las tardes dos de refuerzo” (Dirección 6).*

Por otro lado, la presencia de conductor/es o transportista/s se reconoce como figura encargada específicamente de ello una ocasión. Asimismo, se mencionan a las auxiliares de enfermería como profesionales encargadas/os, además de sus funciones correspondientes, de limpiar y transportar:

*“La directora soy yo y soy la trabajadora social, un fisioterapeuta (que no tenemos ahora mismo), una enfermera que viene solo tres horas a la semana, una terapeuta ocupacional, un psicólogo y cuatro auxiliares de enfermería que se encargan además de sus funciones, de limpiar y transportar” (Dirección 4).*

En cuanto al cargo directivo o de gestión, analizando las entrevistas se observa que, los/as directores/as cuentan además con otra titulación académica diferente como son principalmente: terapeuta ocupacional, trabajador/a social o psicólogo/a. En todos los casos, los/as directores/as ejercen el cargo tanto de gestión como de la titulación académica correspondiente.

En otros casos es característica la mención al número de auxiliares de enfermería que contienen los centros, lo que proporciona información que refleja una gran diferencia entre ellos. En todos los centros el número de auxiliares oscila entre tres y cinco, aunque excepcionalmente en algún caso llega hasta los diecisiete auxiliares de enfermería, en función del número de usuarios/as.

Más concretamente, se le realizó la pregunta a enfermería para saber acerca de la existencia de enfermeros/as en cada centro, y el resultado general fue que en todos ellos el personal de enfermería está formado por una única profesional y consideran que es suficiente dada la situación de salud de los/as usuarios/as que acuden al Centro de Día y las actividades que desempeñan en los mismos.

*“Como enfermera estoy yo sola y yo con las actividades que realizo sí soy suficiente, si tuviera que hacer más pues no lo sería, porque las curas más grandes, analíticas y eso lo hacen desde el centro de salud” (E5,6).*

Aunque esta ha sido la respuesta más generalizada, en algún caso se denuncia una situación profesional insuficiente, como se describe a continuación:

*“Ahora mismo estoy solo yo tanto para Centro de Día como para residentes, realmente deberían ser dos enfermeras. Ahora mismo la oferta para la otra enfermera está publicada, pero no está cubierto el puesto. No lo considero suficiente, ni para cubrir las necesidades ni el trabajo físico nuestro” (E3).*

La selección del personal puede realizarse a través de una convocatoria con unas bases reguladas y establecidas en un momento determinado, o simplemente valorando el currículum entregado presencialmente o en formato online, según la experiencia y práctica.

Categoría de análisis 3. Perfil profesional y académico de los profesionales de enfermería de los CDG.

El perfil de los/as profesionales que han participado en el estudio según sexo, años de experiencia laboral, titulación, puesto profesional, situación laboral y zona básica dónde ejercen aparece en la Tabla 1.

Código	Sexo	Puesto profesional	Titulación	Años de experiencia	Zona básica de salud
E1	M	Enfermería	Diplomada en enfermería	2 meses	Rural (Lepe)
E2	M	Enfermería	Diplomada en enfermería	15 años	Urbana (Huelva)
E3	M	Enfermería	Diplomada en enfermería	1 año y 6 meses	Rural (Isla Cristina)
E4	M	Enfermería	Diplomada en enfermería	1 mes	Rural (Gibraleón)
E5	M	Enfermería	Diplomada en enfermería	5 meses	Rural (San Bartolomé)
E6	M	Enfermería	Diplomada en enfermería	5 meses	Rural (La Puebla de Guzmán)
E7	H	Enfermería	Diplomado en enfermería	5 años	Rural (El Campillo)
D1	M	Dirección	Graduada en Terapeuta Ocupacional	11 años	Rural (Lepe)
D2	M	Dirección	Graduada en Trabajo Social	13 años	Urbana (Huelva)
D3	M	Dirección	Graduada en Trabajo Social	11 años	Rural (San Bartolomé)
D4	M	Dirección	Graduada en Trabajo Social	4 años y medio	Rural (La Puebla de Guzmán)
D5	M	Dirección	Graduada en Psicología	2 años	Rural (Isla Cristina)
D6	M	Dirección	Graduada en Psicología	2 años	Rural (Gibraleón)
D7	H	Dirección	Licenciado en Pedagogía	18 años	Rural (El Campillo)

Tabla 1. Perfil de profesionales entrevistados.

En cuanto a la situación laboral y contractual del personal de enfermería de los CDG de Huelva sobresale la variabilidad. El trabajo a jornada completa es lo que menos prevalece, siguiendo los contratos a media jornada o por horas semanales, de 3 a 14 horas. Los motivos principales por los que compaginan su trabajo con otra actividad remunerada son: curriculares y

económicos. Teniendo esto en cuenta, la experiencia de cada una de ellos/as es considerablemente diferente, ya que, la de una es de años y la de otras es de meses o, incluso, días. No obstante, la mayoría reconoce no saber qué actividades o funciones un/a enfermero/a debía desempeñar en los Centros de Día antes de trabajar en ellos y que sus perspectivas cambiaron bastante desde que comenzaron. Asimismo, todos/as afirman que a lo largo de su carrera profesional han adquirido algún/os curso/s de formación sobre la Atención y el Cuidado al Adulto Mayor, pero que para ser admitidos/as en el centro solo les han exigido el título de Diplomado o Graduado en Enfermería.

#### *Categoría de análisis 4. Actividades que realizan los/as enfermeros/as en los CDG.*

Las actividades de enfermería que se realizan en todos los centros son: administración de la medicación (oral o intramuscular), toma de tensión arterial una vez a la semana, peso una vez al mes, curas cuando el usuario/a lo precisa, realización de los Planes de Cuidados Individualizados (PAI) cada seis meses a cada usuario/a y valoración enfermera individual por patrones de Gordon o por necesidades de Virginia Henderson. Extraordinariamente, otras actividades que se llevan a cabo son: control de las diferentes dietas que cada usuario/a precisa según las patologías que tengan, supervisión de catering y de las muestras de los alimentos, control de diabéticos mediante glucemias según patologías. Excepcionalmente, en un caso se hace mención a las actividades orientadas a la promoción y prevención de la salud como sesiones informativas sobre temas de interés a usuarios/as y familiares y colaboración con otras asociaciones o investigaciones.

*“Alguna vez tengo que preparar una sesión informativa sobre algún tema de interés que puede estar dirigida a los familiares y/o a los/as usuarios/as del centro; colaboración con otras asociaciones como CEAFA (que es la organización del centro a nivel nacional) y otra a nivel andaluz, con la Universidad de Huelva, acudo a congresos, participo en algunos artículos de investigación...; al ser un centro denominado también como “Asociación para familiares” asesoro e informo a los familiares cuando es necesario y realizo algunas sesiones de formación” (E2).*

*“De promoción y de prevención no hago nada, porque con las horas que tengo no me da tiempo. A veces, es lo que te digo me organizo en los tres días, pero voy corriendo y no me da tiempo a más. Aquí el campo de la enfermería es clínico: medicación, curas, valoraciones cada seis meses, dejar todo registrado, tensiones, peso cada seis meses y organizarlo todo bien para que te dé tiempo en esos tres días” (E4).*

La opinión más habitual de los/as enfermeros/as durante las entrevistas es que las actividades que realizan son suficientes, teniendo en cuenta la limitación horaria laboral. Sin embargo, son conscientes de que podrían ser mejoradas.

*“Si tuviéramos más tiempo podríamos realizar más actividades la enfermera, y si hubiese otra enfermera pues aún mejor” (E3).*

*“Yo creo que si hubiese un enfermero aquí durante todo el tiempo pues sabríamos más sobre la evolución de heridas, sabríamos más de cosas así. Pero claro, esto está así. Es que con tres horas a la semana no te da tiempo a hacer mucho más” (E5-6).*

Hay una coincidencia unánime en cuanto a los beneficios que reciben los/as usuarios/as de los CDG: respiro familiar, retraso o ralentizamiento de patologías (demenciales o no) mediante las valoraciones y el seguimiento integral de cada usuario/a, disminución de los ingresos hospitalarios, mejora de la calidad de vida, mejora de las relaciones sociales y creación de lazos de amistad entre ellos y con los profesionales, mucha compañía con la que se previenen o mejoran muchas situaciones de soledad en sus domicilios, comodidad para no tener que acudir a los centros de salud para atender ciertos aspectos sanitarios y atención rápida y directa por enfermería y otros profesionales.

### *Categoría de análisis 5. Existencia de posibles deficiencias y/o necesidades de los CDG.*

Hay un reconocimiento generalizado de las problemáticas que tienen los CDG con respecto a la ratio de profesionales que la Junta de Andalucía les proporciona considerada muy baja e insuficiente para aplicar los cuidados, los servicios y la atención necesaria que demanda cada usuario/a. Igualmente, se reconoce la necesidad de una mejora en la financiación de los centros con el fin de que las plantillas estén completas y sean perdurables. Algunas de las expresiones de los/as informantes son:

*“Sobretudo que la ratio de profesionales es bastante baja, otro que el precio que se paga por plazas es muy bajo, ya que ellos pasan aquí ocho horas a diario y tienen que estar atendidos en todo momento por profesionales. Por eso digamos que hay un déficit de personal y lo intentamos cubrir de alguna forma, pero realmente los precios que nos ofrece la Junta tampoco dan para mucho más” (D3).*

*“Pues este centro necesitaría un aumento de ratios de personal de atención directa. A la hora de coger vacaciones tenemos un gran problema, por ejemplo, con la enfermera, porque no encontramos personal de enfermería que quiera trabajar aquí y los que vienen a los dos días se van porque los llama el SAS y prefieren esos contratos. Me gustaría que la Junta proporcionara una ratio mayor y poder contar con más profesionales capacitados en atender de manera integral a las personas que acuden a este centro” (D2).*

Los/as directores/as en su entrevista consideran que, en función de la ratio que les ofrece la Junta de Andalucía, es necesaria la existencia de más profesionales y técnicos de atención directa en los centros por ser muy baja. Asimismo, nombran algunos profesionales cuyas funciones son consideradas esenciales en los centros, como es el caso de terapeuta ocupacional, auxiliares de enfermería, logopeda y un educador social:

*“Si hubiese educador social y logopeda sería muy bueno para tratar a algunos/as usuarios/as que tienen algunas demencias y se ven afectadas por diferentes áreas como el lenguaje” (D2).*

En el caso concreto de los profesionales de enfermería, declaran que estos serían más indispensables si ampliaran las actividades que desempeñan y mejoraran sus contratos y la situación laboral que tienen en los mismos, por lo que ponen en valor el apoyo que reciben del personal de enfermería por parte de otras instituciones públicas como el Centro de Salud de cada localidad o provincia. En todos los casos, expresan que tienen muchas dificultades a la hora de contratar a profesionales de enfermería y fisioterapia.

*“Considero que la terapeuta ocupacional es muy importante, y que la enfermera lo sería más si realizara más actividades y no se limitara solo a tomar constantes, a pesar o a realizar algunas curas, pero claro, eso viniendo tres horas a la semana resulta imposible” (D4).*

## CONCLUSIONES

En cuanto a conocer la función y proyección que tienen los Centros de Día Gerontológicos de la provincia de Huelva, se puede concluir que mejoran y mantienen el grado de autonomía de las personas mayores ayudándoles a disfrutar de su tiempo libre y dándoles el apoyo que necesitan tanto a ellos, como a la familia o cuidadores/as que los atienden proporcionando asimismo la permanencia en sus domicilios habituales. No obstante, estos centros son un recurso intermedio poco difundido en la sociedad, lo que genera rechazo en este colectivo.

Asimismo, se observa que la plantilla se compone fundamentalmente de un equipo básico: dirección, trabajador/a social, psicólogo/a, fisioterapeuta, enfermero/a, terapeuta ocupacional y auxiliares de enfermería, destacando así la variabilidad en cuanto al número de algunos de ellos. Excepcionalmente, cuentan con otros técnicos o trabajadores encargados de ciertas funciones como: limpieza y transporte. El equipo básico de profesionales y la situación laboral se ajusta a la ratio que les ofrece la Junta de Andalucía, e incluso en varias ocasiones se contrata a más profesionales gracias a la existencia y a la financiación de las plazas privadas y/o concertadas. De la misma forma, se observa que solo cuentan con un profesional de enfermería en cada centro, al que consideran suficiente en función al tipo de usuario/a que acude, pero declaran que les cuesta mantenerlos de forma permanente. Para poder acceder a la plantilla de trabajadores/as se realizan convocatorias con unas bases reguladas y establecidas en momentos determinados y/o se valora el currículum, que puede ser entregado de forma presencial o en formato online según la experiencia y práctica de cada uno/a de ellos/as. Para tener acceso a un puesto de trabajo en estos centros se debería exigir algún requisito como haber recibido al menos algún tipo de formación previa o conocimiento acerca de lo que se realiza en ellos.

Por otro lado, se ha podido conocer que el perfil de profesionales de dirección y de enfermería está compuesto principalmente por mujeres, con excepción de algún hombre. La situación laboral de la mayoría de los/as profesionales de enfermería es muy variada, destacando los contratos a media jornada o por horas semanales, dado que comparten otras actividades remuneradas por motivos curriculares y económicos. Así pues, la experiencia es notablemente diferente y reconocen no saber qué actividades o funciones debe desempeñar un/a enfermero/a en los Centros de Día antes de trabajar en ellos y que sus perspectivas cambiaron bastante desde que comenzaron a hacerlo. Todos/as afirman que a lo largo de su carrera profesional han adquirido algún/os curso/s de formación sobre la Atención y el Cuidado al Adulto Mayor, pero que para ser admitidos/as en el centro solo les han exigido el título de Diplomado o Graduado en Enfermería.

En el caso de enfermería, para obtener conocimiento acerca de las actividades que organiza y lleva a cabo en cada CDG se obtuvo información sobre aquellas que predominan, siendo

estas las actividades clínicas básicas: realización de las valoraciones iniciales de cada usuario/a, preparación de programas terapéuticos correspondientes (promoción de la salud, asesoramiento familiar, grupos psicoeducativos para familias, formación para cuidadores), cuidados directos de enfermería, establecimiento de pautas individualizadas y desarrollo de protocolos sanitarios. Además, deben seguir un plan de cuidados y coordinación con los recursos del centro y de otras instituciones públicas como el Centro de Salud de la zona. No obstante, la realidad de estos centros debido a las condiciones de enfermería y la limitación horaria que tienen, se centra especialmente en los cuidados clínicos básicos. Como consecuencia, están dejando de atender algunos programas igual de esenciales que, al igual que el resto de actividades, también les competen. De manera extraordinaria se realizan otras diferentes, y dejan más de lado otras funciones enfermeras como la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Este colectivo opina que parecen suficientes para atender las necesidades de los/as usuarios/as, pero que si no tuviesen limitaciones horarias podrían mejorarse. Los beneficios expresados por el personal sobre los cuidados que reciben los/as usuarios/as son: ralentizamiento o no aparición de patologías (demenciales o no), disminución de los ingresos hospitalarios, seguimiento integral de patologías, rapidez en algunas técnicas y mejora de la calidad de vida.

Atendiendo a las necesidades y/o carencias que podían tener estos centros, se ha recogido que fundamentalmente existen quejas acerca de la ratio que la Junta de Andalucía les ofrece, ya que es para cubrir los cuidados que los/as usuarios/as solicitan. Por consecuencia, el perfil y situación laboral de los técnicos presenta carencias en cuanto al número de horas de trabajo que sí deberían ampliarse. Igualmente, los profesionales como fisioterapeuta y terapeuta ocupacional son considerados indispensables por el perfil de los/as usuarios/as, mientras que enfermería es contemplada como personal importante. De esta última, se espera que mejore su situación laboral, puedan desempeñar más funciones y existan menos dificultades para sus contrataciones laborales.

Tras haber realizado la búsqueda bibliográfica, se concluye que se han obtenido escasos resultados acerca del tema objeto de estudio.

España no es ajena al proceso de envejecimiento, y dentro de esta realidad, los CDG son un recurso intermedio a optar entre permanecer en su domicilio habitual y familiar y los espacios residenciales permanentes. De este modo, es urgente ampliar y mejorar la salud y el bienestar de las personas mayores, y promocionar procesos de envejecimiento activo, saludable y satisfactorio. El colectivo enfermero debe colaborar haciendo evolucionar las formas de pensar, de sentir y de actuar con respecto a la edad y el envejecimiento, formándose en una atención concentrada en las personas, transformando el tipo de cuidados, centrándose en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la atención de las personas mayores, dando lugar que merece a la enfermería en los Centros de Día.

El futuro del cuidado de enfermería en estos centros es luchar contra la discriminación por la edad, fomentar la educación de los/as profesionales en competencia de práctica avanzada, reivindicar mejoras laborales, mejorar las relaciones entre las personas mayores y sus familias, trabajar las nuevas tecnologías y concienciar de la importancia de la investigación y de las intervenciones municipales, provinciales y autonómicas.



## BIBLIOGRAFÍA

- Abades, M. Rayón, E. (2012). El envejecimiento en España ¿un reto o un problema social? *Gerokomos*. 23(4), 151-155. 10.4321/S1134-928X2012000400002
- Agencia Iberoamericana para la difusión de la Ciencia y la Tecnología, DiCYT. *Los centros de día de Salus Mayores, los más demandados en Madrid* <https://www.dicyt.com/noticias/los-centros-de-dia-de-salus-mayores-los-mas-demandados-en-madrid>
- Babu, V. (2019). Family Entrepreneurship in India's 'Diamond City': A Phenomenological Research, *Studies In Business and Economics*, 14(2), 216-230. <https://doi.org/10.2478/sbe-2019-0036>
- Delgado, J.M. y Gutiérrez, J. (1994). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid. Editorial Síntesis.
- Díaz Bravo, L. et al. (2013). La Entrevista, Recurso Flexible y Dinámico. Investigación en Educación Médica. *Inv. Ed. Med.* 2(7), 162-167. 10.1016/S2007-5057(13)72706-6
- Fernández Rivera et al. (2022). La presencia de las enfermeras en las residencias de mayores en Cantabria. *Gerokomos* [online], vol. 33, n.1, 7-11. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2022000100003](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2022000100003)
- Ferretti Rebustini, R.E.L. et al. (2022). The role of assessment in competence-based gerontological advanced practice nursing. *RevEsc Enferm USP*, 56(spe): e20220072. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0072en>
- Hernández Martínez, R. et al. (2021). Percepciones de los profesionales de enfermería sobre los cuidados en el paciente geriátrico. *Gerokomos* [online], vol.32, n.3, 142-148. <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v32n3/1134-928X-geroko-32-03-142.pdf>
- Guerra Martín, M.D. y Ramírez-Fernández, M.I. (2020). Calidad asistencial en la atención prestada a los ancianos en los centros residenciales. *Gerokomos* [online], vol. 31, n.4, pp. 232-238. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2020000500232](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2020000500232)
- Martínez-Salgado, C.M. (2012). El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.17, n.3, 613-19. <https://scielosp.org/article/csc/2012.v17n3/613-619/#ModalArticles>
- Poblete-Troncoso, M. y Piña-Morán, M. (2019). Enfermería gerontológica: desafíos para la promoción de los roles sociales en las personas mayores. *Gerokomos* [En línea], vol.30, n.3, 130-132. <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v30n3/1134-928X-geroko-30-03-130.pdf>
- Reis, M.G.M. (2021). The importance of a training program on active aging from the perspective of elderly individuals. *Rev. Bras. Enferm.*, Vol.74, n.2. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0843>
- Troncoso Pantoja, C. et al. (2017). Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud, *Rev. Fac. Med.*, vol.65, n.2, 329-32. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.60235>
- Ximena Araya, A. et al. (2017). Develando la experiencia de un grupo de personas mayores en un centro de día. *Gerokomos*, 28(3), 131-134. <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n3/1134-928X-geroko-28-03-00131.pdf>

# Significados y prácticas de salud como ausencia de enfermedad en universitarios

## *Meanings and practices of health as absence of disease in university students*

## Significados e práticas de saúde como ausência de adoecimento em universitários

LILIA JOHANA MEJÍA CORREDOR, JACQUELINE HERNÁNDEZ SÁNCHEZ

### Lilia Johana Mejía Corredor

Universidad Cooperativa de Colombia.  
Bucaramanga, Colombia.  
lilia.mejiac@campusucc.edu.co  
<https://orcid.org/0000-0001-6002-1960>

### Jacqueline Hernández Sánchez

Universidad Cooperativa de Colombia.  
Bucaramanga, Colombia.  
jacqueline.hernandezsa@campusucc.edu.co  
<https://orcid.org/0000-0003-2883-7462>

### Correo principal:

lilia.mejiac@campusucc.edu.co

Fecha recepción: 04/11/2023

Fecha aceptación: 10/01/2024

**Financiación:** Este trabajo no ha recibido financiación.

**Conflicto de intereses:** Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.



**Licencia:** Este trabajo se comparte bajo la licencia de Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons (CC BY-NC-SA 4.0): <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

© 2024 Lilia Johana Mejía Corredor,  
Jacqueline Hernández Sánchez

### Resumen:

**Introducción:** Los jóvenes universitarios están expuestos a cambios y transiciones que marcarán su salud en la adultez. Sus decisiones se traducen en comportamientos que pueden ser saludables o no, y dependen del significado de salud que se construye de conocimientos adquiridos, tradiciones o costumbres culturales.

**Objetivo:** Comprender la influencia que tiene la cultura universitaria en la construcción del significado y prácticas de salud en estudiantes de pregrado de una sede, en una universidad privada en Colombia.

**Metodología:** Estudio cualitativo, tipo etnografía. Participaron 15 estudiantes, 11 profesores y profesionales de Bienestar Universitario. Se aplicó una entrevista semiestructurada virtual, se procesaron los datos, y se sometieron a auditoría.

**Resultados:** El significado de salud responde a una perspectiva individual y biopsicosocial; existe una fuerte influencia del entorno cercano y universitario en la significación y las prácticas de salud. Los hallazgos tienen similitud con otros estudios del ámbito internacional.

**Conclusiones:** Se logró comprender la alta importancia que se da a la salud, entendiéndola principalmente como ausencia de enfermedad, reflejada en creencias, valores y prácticas. Se proponen unos retos, necesarios enfrentar, para hacer a las universidades promotoras del concepto amplio y renovado de la salud.

**Palabras Clave:** Salud; cultura; enfermería; estilo de vida; adulto joven.

**Citación:** Mejía-Corredor, L. J., Hernández-Sánchez, J. (2024). Significados y prácticas de salud como ausencia de enfermedad en universitarios. *Cultura de los Cuidados*, (68), 281–296. <https://doi.org/10.14198/cuid.26167>



### **Abstract:**

**Introduction:** Young university students are exposed to changes and transitions that will influence their health in adulthood. Their decisions translate into behaviors that may or may not be healthy and are dependent on their meaning of health that is built upon acquired knowledge, traditions, or cultural customs.

**The objective** of this study is to understand how university culture influences undergraduate students in establishing health practices and the meaning of health at a private university in Colombia.

**Methodology:** In this ethnographic, qualitative study, 15 students, 11 professors, and UW (University Welfare) professionals were included. A virtual semi-structured interview was used and data were coded and audited.

**Results:** The results show the meaning of health depends on individual and biopsychosocial perspectives; there is a strong influence of the immediate environment, such as family and university on the meaning and practices of health. The findings are similar to other international studies.

**Conclusions:** It was possible to understand the high importance given to health, which is mainly understood as the absence of disease, reflected in beliefs, values and practices. Some necessary challenges are proposed to be faced to make universities promoters of the broad and renewed concept of health.

**Keywords:** Health; culture; nursing; lifestyle; young adult

### **Resumo:**

**Introdução:** Jovens universitários estão expostos a mudanças e transições que influenciarão sua saúde na vida adulta. Suas decisões se traduzem em comportamentos que podem ou não ser saudáveis e dependem de seu significado de saúde construído a partir de conhecimentos adquiridos, tradições ou costumes culturais.

**Objetivo:** O objetivo deste estudo é compreender como a cultura universitária influencia os estudantes de graduação no estabelecimento de práticas de saúde e o significado de saúde em uma universidade privada na Colômbia.

**Metodologia:** Neste estudo etnográfico, qualitativo, foram incluídos 15 alunos, 11 professores e profissionais da UW (University Welfare). Foi utilizada uma entrevista virtual semiestruturada e os dados foram codificados e auditados.

**Resultados:** Os resultados mostram que o significado de saúde depende de perspectivas individuais e biopsicossociais; há forte influência do ambiente imediato e universitário no significado e nas práticas de saúde. Os resultados são semelhantes a outros estudos internacionais.

**Conclusões:** Foi possível compreender a elevada importância dada à saúde, entendendo-a principalmente como ausência de doença, refletida em crenças, valores e práticas. Propõem-se alguns desafios necessários a serem enfrentados para tornar as universidades promotoras do conceito amplo e renovado de saúde.

**Palavras-chave:** Saúde; cultura; enfermagem; estilo de vida; jovens adultos

## INTRODUCCIÓN

Durante la época universitaria los jóvenes experimentan mayor autonomía y responsabilidad de su autocuidado, esto sumado a las influencias del ambiente universitario, como la carga académica, la limitación en los recursos económicos, la alta demanda de actividades sociales, el distanciamiento familiar, entre otros, son aspectos que los llevan a tomar decisiones que definen lo que será su estilo de vida en la etapa adulta (Morales et al., 2013). Es así, como estas decisiones se traducen en comportamientos que pueden ser saludables o no, y que, dependen de los significados de salud que se construyen a partir de conocimientos adquiridos, tradiciones o costumbres culturales y el acceso a unas condiciones básicas que le permitan el desarrollo de habilidades para la vida. Arcila Mendoza et al. (2010) concluyen que los jóvenes toman decisiones basados en los conocimientos adquiridos en su entorno social cercano.

En este sentido, también se encontró que los factores de riesgo y los factores de protección del adolescente están influenciados directamente por la cultura y son decisivos en la adopción de conductas saludables o de riesgo (Páramo, 2011), tal como se muestra en el estudio de Moscoso et al., (2013), donde las tendencias culturales llegan a ser un determinante en la adopción de nuevos estilos de vida.

El objetivo de este estudio es comprender la influencia que tiene la cultura universitaria en la construcción del significado y prácticas de salud en estudiantes de pregrado de la universidad participante; sus resultados son un insumo para la creación de intervenciones de cuidado culturalmente congruentes en el marco de la estrategia de universidades promotoras de la salud (Becerra Heraud, 2013).

## METODOLOGIA

### *Diseño de investigación*

Se aplicó un método cualitativo tipo etnografía desde el enfoque de la etnoenfermería (Leininger & Macfarland, 2006), que facilita el estudio de la influencia de la cultura universitaria en la construcción del significado y prácticas de salud en universitarios.

### *Escenario y participantes*

Esta investigación se realizó en una sede de una universidad privada de Colombia. Los participantes fueron 15 estudiantes (informantes claves), el 60% (9) mujeres, matriculados en cinco programas académicos (enfermería, medicina veterinaria y zootecnia, psicología, administración y licenciatura en educación física, recreación y deportes), con edades entre 19 y 32 años, y el 86,7% (13) solteros; además, cursan entre segundo y octavo nivel académico, el 53,3% (8) no trabaja y el 93,3% (14) no tiene hijos; el 93,3% (14) procede del área urbana, y el 46,7% (7) convive con sus padres y hermanos.

También se incluyó en la muestra a 9 profesores (informantes generales-IG) de las 5 facultades y 2 profesionales de bienestar universitario (BU), quienes tienen una edad promedio de 42 años, el 45,5% (5) casados, residentes en estratos socioeconómicos entre 3 y 6, la mayoría pertenece al estrato medio 4 (45,5%; 5); tienen un tiempo promedio de vinculación laboral de 9 años. La información obtenida fue de gran importancia para la validez interna de la investigación, debido a su experiencia e interacción con los estudiantes.

Para el muestreo se tuvo en cuenta los criterios propuestos por Leininger y Macfarland (2006): pertinencia, adecuación, conveniencia, oportunidad y disponibilidad. La muestra se determinó de acuerdo con la saturación de la información de los informantes.

La recolección de la información se realizó entre febrero y mayo de 2021, mediante entrevista semiestructurada virtual, a través de la aplicación Teams de Microsoft Office. Las entrevistas se procesaron utilizando el programa ATLAS.ti 8 (con licencia vigente).

Para el proceso de codificación abierta se tuvo en cuenta los ejes temáticos relacionados con el objetivo de la investigación. Se realizó la definición y la descripción de categorías preliminares, que permitió agrupar y organizar la información obtenida en las entrevistas; se hizo una categorización axial, que muestra hallazgos interpretativos y el análisis en torno a la cultura y su relación con los significados y las prácticas en salud de los estudiantes.

El análisis de la neutralidad de la información se realizó mediante auditoría por experta en estudios cualitativos quien detectó hallazgos similares a los obtenidos en el estudio (do Prado et al., 2013).

### *Consideraciones éticas*

La investigación fue avalada por el Comité de Ética de la Universidad (Concepto ético No. 031-2018); se tuvo en cuenta las pautas éticas internacionales (CIOMS, 2003). Al inicio de la entrevista con cada informante se aplicó el consentimiento informado.

## **RESULTADOS**

Como resultado de las entrevistas se logró una aproximación a la influencia que tiene la cultura universitaria en la construcción del significado y de las prácticas de salud de los estudiantes, que sirvió de referente para el acercamiento con los IG.

A continuación, se describen las categorías emergentes.

### ***La salud se concibe desde el ámbito individual y desde la ausencia de enfermedad.***

La salud es concebida por los estudiantes desde el ámbito individual y les da la posibilidad de desarrollarse plenamente, “*es básica para poder realizar todos los quehaceres del día, o*

*poder cumplir con los propósitos que uno tiene*". Sin embargo, la salud *"no siempre puede estar bien, también puede estar mal, varía"*, pero es importante para ellos.

Lo anterior se refuerza cuando se relaciona la salud con la ausencia de enfermedad; algunos estudiantes la perciben como *"el hecho de estar vivos y sanos, ... sin enfermedad"*, y es consecuencia del *"estado óptimo del cuerpo"*. Los IG refieren que este significado de salud de los estudiantes se estima comprensible, porque así se divulga en unos cursos: *"infortunadamente siempre lo trabajamos desde la patología porque ese es el hacer nuestro..."*

Aunque se argumenta que la salud también tiene relación con la dimensión social de la persona, buscando tener un significado más amplio de esta, unos pocos estudiantes la relacionan con el buen vivir, puesto que *"si uno tiene salud, tiene vida, esperanza, fuerzas para cumplir las metas y para superar los problemas"*.

Atendiendo a los escenarios formativos de clase y de prácticas, algunos participantes asumen la salud desde una perspectiva más amplia, *"es como el equilibrio de la persona con el entorno, con todos, con toda su estructura física, su estructura emocional y no solo es la ausencia de enfermedad"*. En contraste, las acciones que se realizan en BU y por parte de los programas, como enfermería, *"el enfoque es más preventivo"*.

#### **En la familia se construyen los significados y las prácticas en salud.**

Dentro de entorno social cercano del estudiante, la familia es un factor determinante de la forma como se comprende la salud y se aprenden prácticas para su cuidado; no sólo porque esta se considera *"supremamente importante"*; sino porque se vive en familia, *"cada uno está pendiente de todos, que todos estemos bien y si se presenta algún dolor o algo extraño la familia se apoya"*.

Dentro de las practicas aprendidas en la familia están: La limpieza, la higiene, la alimentación, la práctica de la actividad física; todas ellas reflejando el significado de la salud individual y como ausencia de enfermedad. La persona que está más pendiente de la salud es la mamá, ella es la principal cuidadora, insiste *"con la buena alimentación, con el manejo del peso y hacer ejercicio."* También, se reconoce por parte de los IG que el hogar es un escenario clave donde *"le enseñan a uno, cuando uno está enfermo, o que cuando hay salud pues uno no está enfermo, entonces posiblemente desde los hogares se vengán fundamentando ese tipo de definiciones"*.

En contraste, los estudiantes identifican situaciones negativas con relación a la poca importancia que le da la familia a la salud, por ejemplo, el descuido de los padres o de generaciones anteriores: *"yo creo que si fuera importante seríamos una familia sana, pero mi mamá sufre de hipertensión y mi papá también"*, *"los abuelos murieron porque la salud era mala"*. Cabe anotar que estas son situaciones que han contribuido también a la construcción de los significados de la salud como ausencia de enfermedad y a prácticas relacionadas con esta.

**El uso de tecnologías, la economía, la educación y la religión también son factores que influyen en el cuidado de la salud.**

La mayoría de los estudiantes catalogan el factor tecnológico como positivo dado que *“por medio de lo tecnológico puedo informarme, tener conocimientos acerca de la salud”*, de igual manera ha facilitado la atención en salud, *“hoy en día es mucho más fácil poder acceder a la salud, porque si usted tiene una duda, pues pregunta a su médico, hace los tramites y no tiene que desplazarse”*, y finalmente, los adelantos tecnológicos benefician la atención de personas enfermas, puesto que *“si no fuera por la tecnología estarían muriendo muchas más personas”*.

Pero, la gran mayoría coincide en que algunas tecnologías se están usando indebidamente, por ejemplo, demasiada disposición al uso de *“las redes sociales, que consumen tiempo”*, también pasar *“mucho tiempo frente a una pantalla”* sin hacer *“pausas activas, estresa mucho”*; generación de temores ocasionados por *“las noticias, la gente resultaba era estresada”*; así mismo, en *“internet se ve mucha violencia y pornografía”*.

Los IG concuerdan en que la concepción y las prácticas en salud de los estudiantes está alimentada por las redes sociales y las instituciones de salud porque *“nuestro sistema general de salud (...) a nivel general, las políticas públicas, tienden más a centrarse en intervenir los problemas de salud y especialmente las enfermedades desde el punto de vista biomédico”*, y, *“se entiende que hay programas de promoción y de prevención, y que la promoción de la salud es específicamente la ausencia como tal de la enfermedad, para decir que estamos sanos”*.

El segundo factor influyente en la salud es la economía, que describen como fundamental para estar saludable, por ejemplo, *“para alimentarse bien no necesitamos mucho dinero o para tener hábitos saludables”*; para recuperar la salud *“tengo mi seguro, pero, si es necesario pagar de más, lo haría sin pensarlo”* y acceder a los servicios sanitarios. Otros estudiantes se han visto afectados porque: *“en el tema de las citas médicas (...) pago muchos copagos”*.

El tercer factor que influye en la salud es la educación, principalmente por el nivel educativo que contribuye en su cuidado, *“con la educación he aprendido que el cuerpo te hace reaccionar a ciertas cosas que están pasando por dentro”*, lo *“ayuda a uno como a orientar y a ser consciente de muchas cosas”*, y con las actividades educativas recibidas *“uno cae en cuenta de que si es importante y que si tiene que prestarle mayor atención”*.

El factor religioso, pese a que no fue uno de los más mencionados por los estudiantes, si es relevante para algunos de ellos, se encontró que confían su salud o recuperación a la fe, *“le encomiendo mucho a Dios mi salud y la de mi familia, para que nos mantenga sanos”*.

### ***Las prácticas de la salud tienen relación con el autocuidado y su origen procede de las creencias y los valores.***

Las creencias de los estudiantes tienen relación con sus acciones, *“hace parte de la cultura, como está formado el ser, el entorno”, “con lo que me educaron, con lo que a mí me criaron”, “y repercuten en nuestra vida, tanto personal como social, (...) en nuestra forma de pensar, en nuestra forma de actuar y de sentirnos en determinada situación”*.

Así mismo, los valores hacen parte de lo que identifica a los estudiantes universitarios, es *“algo que te caracteriza”* y *“determina la manera en la que nos relacionamos con los demás”*. Los estudiantes relacionan los valores de: Respeto, responsabilidad, compromiso, equidad, amor, perseverancia, solidaridad, prudencia, coherencia, tolerancia y libertad. Estos valores están inmersos en el cuidado de la salud, pues es necesario ser responsables con *“nuestra propia salud”, “de lo que comes, de lo que haces, de cómo vives”; del “autocuidado”*. Exige un compromiso personal. Según los IG, los valores los aprenden los estudiantes en *“todos los espacios académicos”,* y están *“en concordancia con los valores institucionales”*.

Los estudiantes describen la salud *“como lo más importante”, “no es solo que no estoy enfermo, (...) es como algo más, que tu estés bien a nivel: social, personal y físico, es un bienestar general, tanto contigo mismo, con la sociedad”,* por lo anterior, las prácticas de salud están relacionadas principalmente con el *“autocuidado”*.

Hay que mencionar que el amor propio o *“autoestima”* es la clave de *“cuidarse a uno mismo”,* por ello hay que fortalecer no solamente el cuerpo si no también *“la salud mental”*. Otros rasgos del autocuidado son la honestidad con respecto a querer o no *“estar saludable”,* y el respeto por el *“cuerpo y sus límites”* o en las relaciones interpersonales favoreciendo *“emocionalmente y físicamente”* el entorno cercano.

En los testimonios de los IG también se identifican creencias relacionadas con autocuidado, por ejemplo: *“si no se cuida uno, pues se enferma”; “si no tengo alguna enfermedad (...) no pido una cita médica”;* o *“que, si tiene la relación y va al baño no queda embarazada, así haya habido penetración y eyaculación”*.

Las prácticas de salud de los estudiantes son principalmente la alimentación y la actividad física; procurando *“comer adecuadamente”* y *“balanceado”*; y practicando *“en la casa”* y al *“aire libre” “actividad física”* porque *“ayuda a mi salud, a que todo esté bien, a sentirme sana y con energía”*.

La pandemia por COVID-19 ha influido en las prácticas que realizaban los estudiantes, limitando algunas (montar bicicleta, jugar fútbol americano, baloncesto, taekwondo) y anulando por completo otras.

Las prácticas anteriores fueron confirmadas por los IG quienes identifican la creencia *“que solamente se puede hacer o mantener su estado de salud físico desde ciertas actividades físicas, haciendo deportes convencionales o ir al gimnasio”,* también consideran que *bailando se hace deporte.* Además, la mayoría de los IG reporta que antes de la pandemia se identificaban comportamientos de riesgo en los estudiantes, ocupando el primer lugar



la alimentación no saludable y el consumo de sustancias psicoactivas. Reportaron otras prácticas de riesgo, en menor grado, como son el consumo de alcohol y la promiscuidad. Actualmente, con la virtualidad, es muy poco lo que los IG refieren en cuanto a las prácticas relacionadas con la salud de los estudiantes, pues argumentan: “*no conozco, lo mismo no sé si tengan unas prácticas poco saludables*”. Pero, lo que sí se menciona es “*que esta virtualidad ha cambiado tanto la mentalidad, usted los invita a una reunión y ellos ya están cansados*”; también manifiestan que este escenario de estudio virtual ha incentivado el sedentarismo.

***La Universidad, aunque actúa, refuerza la perspectiva de la salud como ausencia de la enfermedad a partir de acciones de prevención.***

Los estudiantes perciben que la Universidad se interesa por su salud, que la ve importante, “*siempre tratan de inculcarnos esa necesidad de cuidarnos y cuidar a las demás personas*”, busca que toda la comunidad universitaria “*se entere de la importancia de lo que es la salud*”, realiza actividades educativas sobre “*la promoción y prevención de la salud mental*” y “*de educación sexual*”, también ha mejorado la infraestructura “*se ve bonito*” y hay muchos espacios “*en los que socialmente nos sentimos bien en la Universidad*”.

Cabe destacar que algunos de los IG mencionan que los estudiantes participan de las actividades que ofrece la Universidad para aprender sobre prácticas saludables, no obstante, “*en el momento el estudiante si es muy consciente como que, si yo hago esto, si debo mejorarlo, pero nos estamos quedando en la intención, mas no en la generación de un cambio,*”; algunos consideran que hay “*incongruencia*” entre lo que se dice y se hace. Señalan que la Universidad cuenta con un área destinada a la realización de acciones que favorecen el bienestar de los estudiantes en su paso por esta, se caracterizan porque “*BU tiene una gran oferta de servicios que van enfocados a la salud*”; también se hace referencia a las actividades que llevaban a cabo los estudiantes y profesores de los programas de enfermería y psicología, orientadas a “*charlas*” o actividades educativas sobre comportamientos relacionados con: Educación sexual, pausas activas, lavado de manos, uso del tiempo libre, manejo del estrés, el fomento de actividad física, el respeto, el autocuidado, la alimentación saludable y la salud mental.

Todas estas acciones son coherentes con las diferentes políticas institucionales “*porque ya está en sus planes, ya está en su políticas, está en su programación, hay estrategias específicas para la promoción de la salud*”; “*el plan general de bienestar 2018-2022 y dentro del plan se ve reflejado porque hay una dimensión completa, la de mi universidad saludable y feliz, hay unas estrategias, indicadores de impacto, una programación de actividades específicas, indicadores de resultados*”; también “*la política de permanencia estudiantil, el Acuerdo 044 del 2011, ahí está todo el tema del apoyo de la salud financiera, del acompañamiento al estudiante*”, “*la política de inclusión e interculturalidad*”, “*la Resolución 1326 por el cual se dan reconocimientos y estímulos al rendimiento académico (...) la Resolución 432 modifica políticas de beneficios y estímulos a estudiantes incluso a estudiantes y a egresados*”, “*el plan de beneficios también para empleados, profesores instructores, está el programa de becas, incluso hay algo de cambiar las gafas, hay otro de salud*”. Sin embargo, la mayoría

de los IG refieren que estas políticas y programas no son conocidas o ellos mismos no recordaron todas estas políticas. Manifiestan también que son pocos los estudiantes que participan de las actividades o que lo hacen de manera consiente, por tanto, hace falta *“buscar las formas para llegar a la mayoría de los estudiantes”*.

El contexto universitario influye no sólo en la concepción de la salud sino también en las conductas de salud, un informante general expresa lo siguiente *“me da la impresión que la universidad simplemente es como una burbujita en la que ellos llegan hacer sus cosas y salen y yo creo que lo que pasa en esa burbuja es importante, es decir, lo que nosotros como profesores les decimos, lo que les mostramos con nuestro ejemplo, lo que se escucha a nivel institucional eso es importante (...) para muchos estudiantes implica algo muy pequeño dentro de sus vidas, (...), entonces en ese sentido creo que nuestros esfuerzos como universidad son muy buenos, son muy útiles, aportan muchísimo a esa concepción de salud integral”*. Sumado a esto, en otro testimonio se refleja la importancia del contexto y de las condiciones de los estudiantes, en el caso específico del acceso y la elección la alimentación saludable en el entorno cercano y dentro del campus. Otro caso es el de *“los papás permisivos con ese tema (...) en la casa pues no hay ningún tipo de intervenciones; entonces, definitivamente si en la casa no se promulga”*.

## DISCUSIÓN

Las descripciones anteriores muestran las visiones relevantes y puntos de vista culturales en torno a las significaciones y prácticas de salud de los estudiantes (Leininger & Macfarland, 2006), que conllevaron a definir los siguientes constructos, organizados en los dos siguientes apartados.

### ***Mirada de la salud desde una perspectiva de evitar el riesgo y de no tener enfermedades.***

De los relatos de los participantes queda claro que los significados de la salud están fuertemente relacionados con comprender ésta como la no alteración de su cuerpo ni de su funcionamiento. Estos significados aluden a la salud como un bien individual que exige asumir comportamientos para cuidar su cuerpo, su mente, sus emociones, así como las relaciones con las personas cercanas, es decir, se asume la salud desde un enfoque biopsicosocial; por este motivo, se mencionan las prácticas relacionadas con la alimentación, el ejercicio físico, la buena comunicación familiar, diversas acciones para evitar enfermedades, asistir al médico, entre otros. La comprensión de lo que significa la salud se refleja en los valores, las creencias y las prácticas que los universitarios refieren que realizan para evitar enfermarse.

Aunque, en el marco del concepto de salud, se hace referencia a la dimensión psicosocial, los estudiantes siguen situando la salud desde la perspectiva individual, porque la conectan con la relación que tienen la persona con su entorno social cercano. Gavidia Catalán y Talavera (2012) reconocen que para muchos autores la definición de salud de la OMS

(1946), que incluye el área social, sigue siendo subjetiva, “porque la idea de bienestar, como la de malestar es subjetiva y depende del propio individuo” (Gavidia & Talavera, 2012).

Estos significados de la salud de los estudiantes son compartidos por las personas del entorno universitario que interactúan con ellos, como son los profesores y el personal de BU, quienes mencionaron que comparten esta conceptualización cuando abordan un tema de clase o en la interacción social cotidiana en el escenario universitario presencial y virtual. Las acciones de salud que fomenta la universidad comunican el significado de esta, el cual enfatiza la prevención de las enfermedades y del riesgo. Esta mirada indudablemente es reducida porque no sólo somos cuerpo ni existimos solos en el mundo, somos seres con diversas dimensiones y que interactuamos con otras personas y en diferentes entornos y condiciones que influyen en nuestra salud.

Entonces, surge la pregunta sobre cuál sería el enfoque amplio de la salud. Una de las definiciones que más se fomenta y se asume como tal, es la de la OMS desde 1946, que refiere: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (OMS, 2021), sin embargo, diversos autores han realizado críticas a este concepto, especialmente por las palabras “estado” y “completo”. Aunque esta definición mostró un avance conceptual por incluir otras dimensiones del ser humano más allá de la física, en la actualidad se concibe más ampliamente porque se asume que la salud está ligada al desarrollo humano. Alcántara Moreno (2008) llegó a la conclusión que, a pesar de las críticas y problemas epistemológicos de esta definición, es innegable que es útil en el estudio y comprensión de la salud como una realidad compleja, a través de un enfoque interdisciplinario que supere los límites del paradigma positivista de la ciencia clásica.

En cuanto a las prácticas de salud, las más mencionadas por los estudiantes fueron la alimentación y la actividad física, aunque se reconoció que la pandemia por COVID-19 limitó especialmente la realización de las actividades físicas y anuló por completo otras. En estudios realizados en países de oriente durante la pandemia de COVID-19 y relacionados con la actividad física en universitarios, se halló el de Ma et al (2023), quienes encontraron que en el contexto de esta pandemia, las creencias sobre la salud de los estudiantes internacionales en Corea del Sur tienen cierta influencia en su motivación para el ejercicio físico y el mantener un comportamiento activo; mientras que Tao et al (2023) concluyeron en su investigación que los estudiantes universitarios necesitan realizar ejercicio físico para estabilizar sus estados emocionales durante la pandemia. También es relevante mencionar la importancia que la actividad física en la población joven debido a la relación que tiene ésta con la mejora en el rendimiento académico (Guimarães et al., 2023).

### ***El entorno social cercano como determinante de la cultura frente a la salud.***

Una pregunta para iniciar este apartado es, ¿de dónde han construido los estudiantes estos significados y prácticas de salud? Estamos de acuerdo con la conclusión a la que llegaron Arcila Mendoza et al (2010), quienes hacen referencia a la influencia que tiene el entorno más cercano constituido por la familia, los compañeros de estudio y las amistades, en los

conocimientos adquiridos y en las decisiones de los jóvenes. Los relatos de los participantes del estudio señalan principalmente a la familia como el factor determinante de la forma como se comprende la salud y se aprenden prácticas para su cuidado. En las familias de los participantes la salud tiene gran importancia y se viven situaciones que dan a entender que la salud merece atención, que tiene un valor en la vida de las personas y que es necesario realizar prácticas para cuidarla; también allí hay experiencias de situaciones negativas donde por descuido los miembros de la familia presentan enfermedades. Diversos estudios también concluyen sobre la importancia de la familia en relación con la salud (Luvira et al., 2023; Cogollo-Jiménez et al., 2019; Cid Rodríguez et al., 2014).

Lo mencionado previamente sobre la familia, que corresponden al contexto social cercano, enfatiza la visión de la salud individual y de ausencia de enfermedad, antes expuesta. Pero, también se relaciona con los determinantes sociales de la salud (DSS), que se definen como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”. (OPS, n.d.).

El estudio realizado por Melguizo y Alzate (2008) concluyó que uno de los principales determinantes de las prácticas de salud de los individuos son las creencias, entendidas como representaciones sociales que surgen de interacciones sociales y reflejan lo que conocen, entienden y expresan; así también lo declara Gómez Acosta (2017); y específicamente, en relación con la fe o la creencia religiosa también lo señala otro estudio (Navarro-Prado et al., 2023).

Por otra parte, en la presente investigación, la mayoría de los estudiantes catalogan el factor tecnológico como positivo para acceder a información de salud. Lo anterior, es coherente con los resultados de otros estudios (Yokoyama et al., 2023; Chen et al., 2023) sobre la alta consulta de estudiantes en internet para buscar información sobre el manejo de la salud y la prevención de enfermedades.

Ya se mencionaba como el contexto universitario influye no sólo en la concepción de la salud sino también en las conductas de salud, lo que puede lograrse mediante intervenciones educativas orientadas al autocuidado. Un ejemplo de esto fue la estrategia educativa validada por Bravo Gómez et al (2023). Se identifica que la mayoría de las acciones o programas que ofrece la universidad tienen un enfoque preventivo, el cual es un paso importante en el camino de la protección de la salud de los individuos, y responden a algunas necesidades del contexto. Bravo et al (2013) definen la prevención en salud como “promover el bienestar de las personas a través de acciones anticipatorias del desarrollo de enfermedades, tras la reducción de riesgos para la salud” .

### ***Retos para el futuro***

Como autoras de esta investigación y a partir de los hallazgos de esta, planteamos los siguientes retos que, al enfrentarlos, contribuirán a favor de una cultura universitaria impregnada de una mirada amplia y renovada de la salud. Estos retos son:

- Comprender la salud ligada al desarrollo y al bienestar, esto último como lo plantea la reunión de promoción de la salud de 2021 (OMS, 2021), implica trabajar intersectorialmente para superar desafíos mundiales, ayudar a las personas a asumir el control de su salud y sus vidas y lograr una salud equitativa ahora y para las generaciones futuras sin traspasar los límites ecológicos. Uno de estos sectores es el educativo, y dentro de este las instituciones de educación superior cumplen un papel clave, pues están llamadas a establecer alianzas intersectoriales.

En consonancia con lo expuesto en la Carta de Ginebra (OMS, 2021), “se requiere de una reorientación fundamental de los valores de la sociedad”, por lo que se debe entender que existen cambios en las estructuras sociales que influyen en las decisiones y en los estilos de vida, y por ende, las acciones pertinentes serían aquellas “que integren la salud y el bienestar a nivel individual, comunitario, de la sociedad y del planeta”, con enfoques transformadores hacia una visión positiva de la salud, de justicia social y ambiental, economía equitativa, transformación digital, el bienestar mental y la resiliencia.

- También se hace necesario influir positivamente en los comportamientos de las personas, y esto no solamente se logra mediante actividades informativas ni educativas formales, se requiere trabajar en todos los escenarios donde las personas aprenden, como son los ambientes informales, es decir, en la cotidianidad donde suceden las interacciones humanas, que muchas veces son las que más enseñan. La cultura está determinada por estos espacios de aprendizaje: el hogar, el entorno educativo, el trabajo, la calle, entre otros. Entonces, así las publicaciones científicas y los lineamientos de organizaciones, que son autoridad en el tema, estén invitando o imponiendo un concepto y prácticas de salud desde un sentido que no sea el de la ausencia de enfermedad, pero, si desde dichos espacios sociales se está enseñando esta perspectiva, no habrá directriz que se cumpla.

En consecuencia, el reto para las instituciones de educación superior está en propiciar una atmósfera de orientación y de experiencias conducentes a la adquisición de competencias y valores por parte de toda la comunidad universitaria (profesores, estudiantes, administrativos) que mejoren las opciones para una salud ligada al desarrollo y al bienestar, y, por ende, a una vida más armónica.

- Un reto relacionado con las políticas, en este caso, especialmente, las políticas institucionales, es que además de incluir y defender el enfoque de salud ligado a la concepción de desarrollo y bienestar, señale allí las acciones mediante las cuales se van a hacer realidad dichas directrices, definiendo allí las asignaciones presupuestales que se van a otorgar. Y algo clave, es que estas políticas se divulguen en los diferentes medios de información y comunicación de la institución educativa.
- De acuerdo con la OMS (2021) es necesario velar por un “futuro floreciente” donde se propicie y se defienda “un enfoque unificador para crear sociedades del bienestar”, y esto solo se puede lograr identificando y abordando los factores que determinan

la salud de la comunidad universitaria, no solo en el entorno académico sino “en todos los entornos”.

En este sentido, los espacios físicos y psicosociales se convierten en escenarios fundamentales para el desarrollo de acciones seguras y saludables, favoreciendo no solo la salud física sino también la emocional, mental, ambiental y social. Por esta razón, la disposición de espacios deportivos, recreativos, didácticos, cognitivos, artísticos, culturales y sociales (especialmente la familia) que contribuyen a la salud y el bienestar de la comunidad universitaria se convierte en un reto ineludible, da la opción de manejo saludable del tiempo libre, así como de esparcimiento, la integración y la interacción respetuosa con el medio ambiente.

Además, es importante responder a la premisa descrita por la OMS (1986) en la Carta de Ottawa, que describe: se debe “asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial”.

- Es necesario velar por la participación activa de la comunidad universitaria en las decisiones institucionales, mediante diferentes mecanismos de empoderamiento comunitario que involucren y fomenten el sentido de pertenencia. Dichas intervenciones dialógicas reconocen las capacidades de los individuos y les permiten aportar a la construcción de acciones coherentes con sus realidades, necesidades y aspiraciones, contribuyendo al bienestar individual y colectivo. Así mismo, se convierten en puentes de interacción entre los diferentes actores de la institución, estableciendo acuerdos para el cumplimiento de acciones, y respetando los sus derechos. Como bien lo estima la Carta de Bangkok (OMS, 2005): “la participación activa de la sociedad civil es crucial en este proceso”.
- Los servicios de bienestar universitario tienen que sincronizarse con el sentido amplio y profundo de la salud y actuar en coherencia con ello. ¿Cómo hacerlo? Promoviendo la salud de la comunidad universitaria a partir de diferentes acciones en respuesta a los diferentes determinantes ecológicos, políticos, económicos, digitales y sociales de la salud, teniendo en cuenta las capacidades y las situaciones de vulnerabilidad propias de la población que la integran.

## CONCLUSIONES

La investigación realizada permitió comprender la influencia que tiene la cultura universitaria en la construcción del significado y prácticas de salud mediante el acercamiento a los participantes; estos significados se relacionan con la alta importancia que se le da a la salud, entendiendo esta principalmente como ausencia de enfermedad y muy ligada a la prevención de riesgos, que se refleja en sus creencias, valores y prácticas. Existe una influencia importante del entorno social cercano: la familia; igualmente, la Universidad ha reforzado estas construcciones a través del trabajo académico y de las acciones de BU.

Las prácticas en salud de los estudiantes se centran principalmente en la alimentación y la actividad física, que son comportamientos que se imparten y refuerzan en la cultura universitaria, derivado esto de lo que se fomenta en el contexto social como estilo de vida saludable. Sin embargo, estas prácticas no se dan siempre, ya sea por problemas económicos, falta de tiempo y de acceso a una alimentación saludable y por la misma modalidad de estudio.

Y se proponen unos retos que se consideran necesarios enfrentar para hacer a las universidades promotoras de un concepto amplio y renovado de la salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcántara Moreno, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93–107.
- Arcila Mendoza, P. A., Mendoza Ramos, Y. L., Jaramillo, J. M., & Cañón Ortiz, O. E. (2010). Comprensión del significado desde Comprehension of the meaning from El significado como problema de. *Revista Diversitas - Perspectivas En Psicología*, 6, 37–49.
- Becerra Heraud, S. (2013). Universidades saludables: una apuesta a una formación integral del estudiante. *Revista de Psicología*, 31(2), 287–314.
- Bravo Gomez, M. A., Vargas Rodríguez, L. Y., Arenas Cardenas, Y. M., & Rivera Carvajal, R. (2023). Validación de una Intervención para Fortalecer el Autocuidado en Estudiantes de Enfermería. *Revista Cuidarte*, 14(2). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2540>
- Bravo-Valenzuela, P., Cabieses, B., Zuzulich, M. S., Muñoz, M., & Ojeda, M. (2013). Glosario para universidades promotoras de la salud. *Revista de Salud Publica*, 15(3), 465–477.
- Chen, X., McMaughan, D. J., Li, M., Kreps, G. L., Ariati, J., Han, H., Rhoads, K. E., Mahaffey, C. C., & Miller, B. M. (2023). Trust in and Use of COVID-19 Information Sources Differs by Health Literacy among College Students. *Healthcare*, 11(6), 831. <https://doi.org/10.3390/healthcare11060831>
- Cid Rodríguez, M. del C., Montes De Oca, R., & Hernandez Díaz, O. (2014). La familia en el cuidado de la salud. Family in health care. *Revista Médica Electrónica, Scielo*, 462–472.
- Cogollo-Jiménez, R., Amador-Ahumada, C., & Villadiego-Chamorro, M. (2019). El cuidado de la salud de la familia. *Duazary*, 16(2), 345–355. <https://doi.org/10.21676/2389783X.3157>
- Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) 188 (2003). Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. [http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas\\_eticas\\_internacionales.htm](http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas_eticas_internacionales.htm)
- do Prado, M. L., de Souza, M. de L., Monticelli, M., Cometto, M. C., & Gómez, P. F. (2013). *Investigación cualitativa en enfermería: metodología y didáctica* (Organización Mundial de la Salud - OMS, Ed.). [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51587/9789275318171\\_spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51587/9789275318171_spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
- García-Laguna, D. G., García-Salamanca, G. P., Tapiero-Paipa, Y. T., & Ramos C, D. M. (2012). Determinantes de los estilos de vida y su implicación en la salud de jóvenes universitarios. *Revista Hacia La Promoción de La Salud.*, 17, 169–185. <https://revistasojs.ucaldas.edu.co/index.php/hacialapromociondelasalud/article/view/2041/1957>
- Gavidia, V., & Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de Las Ciencias Experimentales y Sociales*, 26, 161–175. <https://doi.org/10.7203/dces.26.1935>

- Gómez Acosta, A. (2017). Predictores Psicológicos Del Autocuidado En Salud. *Hacia La Promoción de La Salud*, 22(1), 101–112. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2017.22.1.8>
- Guimarães, J. P., Fuentes-García, J. P., González-Silva, J., & Martínez-Patiño, M. J. (2023). Physical Activity, Body Image, and Its Relationship with Academic Performance in Adolescents. *Healthcare (Switzerland)*, 11(4). <https://doi.org/10.3390/healthcare11040602>
- Ledo-Varela, M. T., de Luis Román, D. A., González-Sagrado, M., Izaola Jauregui, O., Conde Vicente, R., & Aller de la Fuente, R. (2011). Características nutricionales y estilo de vida en universitarios. *Nutricion Hospitalaria*, 26(4), 814–818. <https://doi.org/10.3305/nh.2011.26.4.5156>
- Leininger, M., & Macfarland, M. (2006). *Universalidad y diversidad del cuidado cultural* (Jones and Bartlett Publishers, Ed.).
- Luvira, V., Nonjui, P., Butsathon, N., Deenok, P., & Aunruean, W. (2023). Family Background Issues as Predictors of Mental Health Problems for University Students. *Healthcare*, 11(3), 316. <https://doi.org/10.3390/healthcare11030316>
- Ma, P. S., So, W. Y., & Choi, H. (2023). Using the Health Belief Model to Assess the Physical Exercise Behaviors of International Students in South Korea during the Pandemic. *Healthcare (Switzerland)*, 11(4). <https://doi.org/10.3390/healthcare11040469>
- Melguizo Herrera, E., & Alzate Posada, M. L. (2008). Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. *Avances En Enfermería*, 26(1), 112–123. <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/26230/12891-34451-1-PB.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Ministerio de salud y la protección. (2014). Análisis de Situación de Salud. *Ministerio de Salud y La Protección Social*, 238.
- Morales, G., Del Valle, C., Soto, Á., & Ivanovic, D. (2013). Factores de riesgo cardiovascular en estudiantes universitarios chilenos. *Revista Chilena de Nutrición*, 40(4), 391–396. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182013000400010>
- Moscoso, D., Martín, M., Pedrajas, N., & Sánchez, R. (2013). Sedentarismo activo. Ocio, actividad física y estilos de vida de la juventud española. *Archivos de Medicina Del Deporte*, 30(158), 341–347. [http://archivosdemedicinadeldeporte.com/articulos/upload/or01\\_158.pdf](http://archivosdemedicinadeldeporte.com/articulos/upload/or01_158.pdf)
- Navarro-Prado, S., Sánchez-Ojeda, M. A., Fernández-Aparicio, Á., Vázquez-Sánchez, M. Á., Plaza del Pino, F. J., & Alemany-Arrebola, I. (2023). Sexuality and Religious Ethics: Analysis in a Multicultural University Context. *Healthcare*, 11(2), 250. <https://doi.org/10.3390/healthcare11020250>
- OMS. (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. *Conferencia Sanitaria Internacional*, 1–18.
- OMS, O. M. de la S.-. (2021). *Constitución*.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *CARTA DE GINEBRA PARA EL BIENESTAR*.
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. *Primera Conferencia Internacional Para La Promoción de La Salud*.
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2005). Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. *Sexta Conferencia Internacional Sobre Promoción de La Salud*.
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2015). *Enfermedades no transmisibles*. Enero. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
- Organización Panamericana de la Salud, O. (n.d.). *Determinantes sociales de la salud*. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud#:~:text=La Organización Mundial de la,condiciones de la vida cotidiana%22.>



- Páramo, M. de los Á. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia : Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión Risk and Protective Factors in Adolescence : Content Analysis Through Discussion. *Terapia Psicológica*, 29(1), 85–95. <http://www.redalyc.org/pdf/785/78518428010.pdf>
- Tao, B., Lu, T., Chen, H., & Yan, J. (2023). The Relationship between Psychological Stress and Emotional State in Chinese University Students during COVID-19: The Moderating Role of Physical Exercise. *Healthcare (Switzerland)*, 11(5). <https://doi.org/10.3390/healthcare11050695>
- Trusi, M. L. V. (2011). Cuidar e investigar: Desafios metodologicos en enfermería. *Texto e Contexto Enfermagem*, 20(1), 175–183. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000100021>
- Yokoyama, H., Imai, D., Suzuki, Y., Ogita, A., Watanabe, H., Kawabata, H., Miyake, T., Yoshii, I., Tsubouchi, S., Matsuura, Y., & Okazaki, K. (2023). Health Literacy among Japanese College Students: Association with Healthy Lifestyle and Subjective Health Status. *Healthcare (Switzerland)*, 11(5). <https://doi.org/10.3390/healthcare11050704>

# Experiencias de las enfermeras en primera línea contagiadas con COVID-19 que recibieron atención domiciliaria

## *Experiences of frontline nurses infected with COVID-19 who received home care*

## Experiências de enfermeiros da linha de frente infectados com COVID-19 que receberam atendimento domiciliar

MARIA PIA SALINAS-GUTIERREZ, ROSA JEUNA DÍAZ-MANCHAY, LISSETH DOLORES RODRÍGUEZ-CRUZ,  
MIRTHA FLOR CERVERA-VALLEJOS, FRANCISCA CONSTANTINO-FACUNDO, SONIA TEJADA-MUÑOZ

### **Maria Pia Salinas-Gutierrez**

Universidad Católica Santo Toribio de  
Mogrovejo, Chiclayo. Perú.  
mariapiasalinagutierrez80@gmail.com  
<https://orcid.org/0000-0002-1359-2565>

### **Rosa Jeuna Díaz-Manchay**

Universidad Católica Santo Toribio de  
Mogrovejo, Chiclayo. Perú.  
rdiaz@usat.edu.pe  
<https://orcid.org/0000-0002-2333-7963>

### **Lisbeth Dolores Rodríguez-Cruz**

Universidad Católica Santo Toribio de  
Mogrovejo Chiclayo, Perú.  
lrodriguez@usat.edu.pe  
<https://orcid.org/0000-0003-1742-9498>

### **Mirtha Flor Cervera-Vallejos**

Universidad Católica Santo Toribio de  
Mogrovejo, Chiclayo. Perú.  
mcervera@usat.edu.pe  
<https://orcid.org/0000-0002-4972-1787>

### **Francisca Constantino-Facundo**

Universidad Católica Santo Toribio de  
Mogrovejo, Chiclayo. Perú.  
fconstantino@usat.edu.pe  
<https://orcid.org/0000-0002-5494-5806>

### **Sonia Tejada-Muñoz**

Universidad Nacional Toribio Rodríguez de  
Mendoza, Chachapoyas. Perú.  
sonia.tejada@untrm.edu.pe  
<https://orcid.org/0000-0002-1181-8540>

### **Resumen:**

**Introducción:** Las enfermeras han brindado cuidados a los pacientes con COVID-19, y muchas tuvieron que lidiar con este virus al ser infectadas.

**Objetivo:** Describir las experiencias de las enfermeras en primera línea contagiadas con COVID-19 que recibieron atención domiciliaria.

**Método:** Investigación cualitativa descriptiva, el tamaño de la muestra fue con 12 enfermeras infectadas con COVID-19 que recibieron tratamiento domiciliario en Chiclayo, Perú. El muestreo fue por la técnica de bola de nieve. Para recolectar los datos se utilizó la entrevista semiestructurada a través de los medios virtuales previo consentimiento informado.

**Resultados:** Surgieron tres categorías: a) Incertidumbre ante modo de contagio, medios de diagnóstico, sintomatología y evolución por la COVID-19, b) Cuidados recuperativos en el hogar: tratamiento médico, uso de medicina tradicional y medidas de bioseguridad, y c) Impacto en la vida familiar, laboral, social, emocional y espiritual al sufrir de la COVID-19.

**Conclusiones:** Las enfermeras presentaron síntomas leves de la COVID-19 y se recuperaron en su domicilio, cumplieron con el tratamiento médico, algunas usaron remedios caseros. Practicaron estrictamente las medidas de bioseguridad para evitar que su familia se contagie. Utilizaron la tecnología digital y reforzaron su fe para afrontar el impacto familiar, emocional y social.

**Palabras Clave:** Infecciones por coronavirus; enfermeras; atención domiciliaria de salud; investigación cualitativa

**Contacto principal:**

rdiaz@usat.edu.pe

**Fecha recepción:** 16/11/2023

**Fecha aceptación:** 14/02/2024

**Financiación:** Este trabajo no ha recibido financiación.

**Conflicto de intereses:** Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.



**Licencia:** Este trabajo se comparte bajo la licencia de Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons (CC BY-NC-SA 4.0): <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

© 2024 Maria Pia Salinas-Gutierrez, Rosa Jeuna Díaz-Manchay, Lisseth Dolores Rodríguez-Cruz, Mirtha Flor Cervera-Vallejos, Francisca Constantino-Facundo, Sonia Tejada-Muñoz

**Citación:** Salinas-Gutierrez, M. P., Díaz-Manchay, R. J., Rodríguez-Cruz, L. D., Cervera-Vallejos, M. F., Constantino-Facundo, F., Tejada-Muñoz, S. (2024). Experiencias de las enfermeras en primera línea contagiadas con COVID-19 que recibieron atención domiciliaria. *Cultura de los Cuidados*, (68), 297–312. <https://doi.org/10.14198/cuid.22906>

**Abstract:**

**Introduction:** Nurses have provided care to patients with COVID-19, and many have had to deal with this virus when infected.

**Objective:** To describe the experiences of frontline nurses infected with COVID-19 who received home care.

**Method:** Descriptive qualitative research, the sample size was 12 nurses infected with COVID-19 who received home treatment in Chiclayo, Peru. Sampling was by snowball technique. To collect the data, the semi-structured interview was used through virtual media with prior informed consent.

**Results:** Three categories emerged: a) Uncertainty regarding the mode of transmission, means of diagnosis, symptomatology and evolution due to COVID-19, b) Recuperative care at home: medical treatment, use of traditional medicine and biosafety measures, and c) Impact on the family, work, social, emotional and spiritual life when suffering from COVID-19.

**Conclusions:** The nurses presented mild symptoms of COVID-19 and recovered at home, complied with medical treatment, some used home remedies. They strictly practiced biosecurity measures to prevent their family from getting infected. They used digital technology and strengthened their faith to cope with the family, emotional and social impact.

**Keywords:** Coronavirus infections; nurses; home nursing; qualitative research

**Resumo:**

**Introdução:** Enfermeiras têm prestado atendimento a pacientes com COVID-19, e muitos tiveram que lidar com esse vírus quando infectados.

**Objetivo:** Descrever as experiências de enfermeiros da linha de frente infectados com COVID-19 que receberam atendimento domiciliar.

**Método:** Emergiram três categorias: a) Incerteza quanto ao modo de contágio, meios de diagnóstico, sintomatologia e evolução da COVID-19, b) Cuidados de recuperação no domicílio: tratamento médico, uso da medicina tradicional e medidas de biossegurança, e c) Impacto na saúde vida familiar, laboral, social, emocional e espiritual ao sofrer de COVID-19.

**Resultados:** a) Participação do pessoal de saúde na atenção domiciliar: Consulta médica, administração de medicamentos e educação em saúde, b) Participação da família na atenção domiciliar: Satisfação das necessidades básicas, apoio emocional e espiritual, c) Anedotas familiares sobre oferta de oxigênio, cuidados com oxigenoterapia e pós -Terapia respiratória COVID-19, d) Controvérsias para aplicação de protocolos de biossegurança durante o atendimento domiciliar.

**Conclusões:** As enfermeiras apresentaram sintomas leves de COVID-19 e se recuperaram em casa, cumpriram tratamento médico, alguns usaram remédios caseiros. Eles praticavam rigorosamente as medidas de biossegurança para evitar que sua família fosse infectada. Eles usaram a tecnologia digital e fortaleceram sua fé para lidar com o impacto familiar, emocional e social.

**Palavras-chave:** Infecções por coronavirus; enfermeiras; assistência domiciliar; pesquisa qualitativa

---

## INTRODUCCIÓN

El Consejo Internacional de Enfermeros (2020) indicó que al 28 de octubre del 2020 el número de enfermeras fallecidas por contraer la COVID-19 ascendió a mil quinientos, provenientes de 44 países del mundo, considerándose una estimación baja al número real de muertes. Al 02 de setiembre del 2020, de las 55 mil enfermeras peruanas encargadas de la atención de pacientes COVID-19, 71 fallecieron y más de 5 mil se contagiaron (Noticias de América Latina y el Caribe, 2020). Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (2021), estimó que, entre enero de 2020 y mayo de 2021, fallecieron 115, 500 trabajadores de la salud por la COVID-19, aunque varios estados no informaron de manera oportuna por lo que hubo subregistro.

Precisamente, las enfermeras que brindaron atención directa a los pacientes en estrecha proximidad física, estuvieron expuestas a este virus y la falta de equipos de protección personal (EPP) o su uso inadecuado fueron los principales factores para que se contagien (Fernández, et al., 2020), algunas fueron ingresadas al hospital, pero la mayoría recibieron tratamiento domiciliario.

Al respecto, el tratamiento domiciliario en pacientes con COVID-19 después de una evaluación de riesgo puede ser una opción segura y efectiva que favorece preservar las capacidades hospitalarias para pacientes más necesitados y gravemente enfermos. Involucra que los pacientes se mantengan en aislamiento domiciliario por 14 días, reciban indicaciones, tratamiento y seguimiento del personal de salud a través del telemonitoreo, teleconsulta o por vía telefónica (Alishan, et al., 2022; Seguro social de salud, 2020; Martínez-Riera, & Gras-Nieto, 2021).

De modo que, muchas de las enfermeras en sus testimonios coincidían que se infectaron por COVID-19 durante su jornada laboral, y fueron trasladadas a permanecer en sus hogares

para recibir tratamiento domiciliario, pero el primer paso a cumplir fue el aislamiento domiciliario en su habitación, tratamiento sintomático con paracetamol y evaluar evolución (Sillero, 2020). Según, He, Liu, Chen, Qi, Liu, Zhang & Bai (2021) y Simeone, et al. (2022) las enfermeras contagiadas por COVID-19 experimentaron un shock físico y psicológico, de modo que vivieron una especie de tsunami psicológico abatido por el deseo de vivir. Asimismo, Son, Choi, Hwang & Yang (2021) concluyen que los participantes confirmados de COVID-19, experimentaron estigma social y sentimientos de culpa, actitudes negativas de la sociedad a través de las redes sociales y los medios de comunicación.

En ese sentido, existen pocas investigaciones sobre las experiencias de aquellas enfermeras que se infectaron con este virus y recibieron tratamiento domiciliario, de modo que se pretende comprender como impactó en su vida, cómo se contagiaron, que síntomas han presentado, cómo evolucionó su cuadro clínico, cómo se cuidaron y evitaron el contagio a su familia. Frente a ello, surgió el objetivo: Describir las experiencias de las enfermeras en primera línea contagiadas con COVID-19 que recibieron atención domiciliaria.

## METODOLOGÍA

El estudio fue de tipo cualitativo descriptivo (Grove & Burns, 2016), porque se enfocó en comprender y profundizar el fenómeno de estudio desde la perspectiva de los participantes, además existen muy pocas investigaciones sobre la temática propuesta, de modo que se pretendió comprender a profundidad la experiencia vivida de las enfermeras infectadas por COVID-19.

La población del estudio lo conformaron 164 enfermeras de Lambayeque en Perú que trabajaron en las unidades hospitalarias COVID-19 y se contagiaron de este virus. En la muestra se consideró solo a enfermeras de sexo femenino por ser la población predominante. Entre los criterios de inclusión: Enfermeras infectadas por COVID-19 que recibieron atención domiciliaria de salud, con mínimo de un mes de convalecencia, Dentro de los criterios de exclusión se consideró: a las enfermeras que por su evolución tuvieron que ser ingresadas en el hospital.

El tamaño de la muestra fue de 12 enfermeras y estuvo determinado por la técnica de saturación y redundancia, es decir la entrevista se finalizó cuando ya no hubo más datos relevantes que recolectar. El tipo de muestreo fue no probabilístico, se utilizó la técnica de bola de nieve, logrado por medio de una persona que facilitó el nombre de otra, y esta a su vez dio el nombre de un tercero, hasta que la muestra se saturó. El primer contacto fue una docente de la escuela de enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo que trabajaba en las unidades hospitalarias COVID-19 y se infectó del virus.

Se recolectó la información mediante una guía de entrevista semiestructurada compuesta por siete preguntas las cuales fueron: ¿Cómo ha sido su experiencia cuando se enfermó con la COVID-19?; ¿Cómo se contagió, qué síntomas tuvo, como le diagnosticaron esta enfermedad?; ¿cómo fue su tratamiento y evolución?; ¿Cómo se cuidó en su hogar, cuál

fue su tratamiento y cómo se protegieron en su familia?, ¿Cómo afectó esta enfermedad su vida familiar, laboral, social y emocional?, ¿Desearía agregar algo más?

El instrumento fue validado mediante juicio de 3 expertos, que tienen experiencia asistencial y en la investigación cualitativa, que, gracias a sus aportes, algunas preguntas fueron reformuladas para un mayor entendimiento y comprensión del objeto de estudio.

Las entrevistas se realizaron según su disponibilidad de tiempo y fue a través de llamadas telefónicas, siendo 3 entrevistas las que quedaron grabadas mediante la aplicación “Grabadora de llamadas” y 9 entrevistas por medio de Zoom, grabadas automáticamente previo consentimiento informado. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de 20 minutos, luego se procedió a la transcripción en un archivo en formato de Word y se les envió vía WhatsApp para que den su conformidad de la información. Las grabaciones se optarán por eliminadas en un período de 2 años, cumpliendo con los criterios de rigor científico de confirmabilidad y auditabilidad. Las entrevistas se llevaron a cabo entre los meses de enero a mayo del 2021.

Entre las dificultades para recolectar los datos, coincidió, esta actividad con los meses en que el Perú atravesaba la segunda ola de la COVID-19, por ello, algunas profesionales de enfermería no aceptaron participar en la investigación por la falta de tiempo, además, en varias oportunidades cambiaron la fecha y la hora acordada para la entrevista, para otro día.

Los datos fueron analizados mediante las cuatro fases del análisis cualitativo según Fernández (2006): a) Obtención de Información: en este primer paso se aplicó la entrevista semiestructurada a los participantes. b) Capturar, transcribir y ordenar la información: al aplicar las entrevistas estas fueron grabadas con el consentimiento de cada participante y luego se prosiguió a transcribirlas en un formato de Word. c) Codificación de la información: al tener las entrevistas transcritas en Word, se identificó las ideas principales de cada respuesta a las preguntas de cada entrevista, obteniendo 10 códigos que luego se agruparon por similitud en categorías. d) Integración de la información: Las tres categorías obtenidas fueron analizadas con los antecedentes del estudio.

Se tuvo en cuenta las siguientes consideraciones éticas (Simón, Viñas, & Góngora, 2020): Se aplicó el principio de autonomía donde las enfermeras tuvieron la capacidad de decidir si participan o no en la investigación, se les envió el consentimiento informado para requerir su autorización en la entrevista, de modo que su participación fue segura y voluntaria. Asimismo, se les aseguró que no estuvieran expuestas a ningún daño ni físico, ni emocional; aunque, durante dos entrevistas se presentó un indicio de tristeza por recordar su experiencia, automáticamente se pausó la entrevista y se les preguntó si deseaban continuar o reprogramarla, pero ambas decidieron continuarla, cumpliendo con los principios de beneficencia y justicia.

Se aplicó la confidencialidad para así preservar la integridad de las enfermeras que participaron del estudio tratando de no exponer en ningún momento su nombre, para ello se usaron seudónimos de colores. El trabajo fue aprobado por el comité de Ética de la Facultad de Medicina con resolución N°039-2021-USAT-FMED.

## RESULTADOS

### *Descripción de los informantes*

Participaron en el estudio 12 profesionales de enfermería de sexo femenino, cuyas edades fluctúan entre 24 y 56 años. Ellas trabajaron en hospitales dedicados a la atención de pacientes COVID-19, su jornada laboral era de 12 horas diarias, desempeñándose en diversos servicios como emergencia, Unidad de Cuidados Intermedios, hospitalización, centro quirúrgico, cirugía general, pediatría. Asimismo, 2 de ellas tienen grado de magíster, y 8 con especialización. Según su estado civil, 4 son solteras, 4 son casadas, 2 convivientes, 1 es viuda, y 1 es divorciada. Cabe indicar que solo en dos familias de las enfermeras sus esposos se contagiaron, pero los síntomas fueron leves, nadie requirió ir al hospital y recibieron también atención domiciliaria de salud.

### *Descripción del escenario cultural*

Las viviendas de las enfermeras del estudio están ubicadas en diferentes áreas urbanas del departamento de Lambayeque en el noroeste del Perú, específicamente en los distritos de Chiclayo, La Victoria, José Leonardo Ortiz y Lambayeque. Las casas tienen habitaciones individuales para cada miembro de la familia, sala-comedor, cocina, lavandería. El material de construcción predominantes es ladrillo en las paredes y techos, piso de cerámica, porcelanato y/o cemento. Todas contaban con servicios de agua, luz, y tenían electrodomésticos como televisor, lavadora, computadoras, radio, cocina de gas.

Después de realizar el procesamiento de los datos, se obtuvieron hechos significativos de las experiencias de las enfermeras infectadas por COVID-19, presentadas en las siguientes categorías:

#### **a) Incertidumbre ante modo de contagio, medios de diagnóstico, sintomatología y evolución ante la COVID-19**

Las enfermeras del estudio sintieron incertidumbre ante el contagio con la COVID-19, algunas revelaron que se infectaron cuando realizaban sus labores diarias al estar en contacto con pacientes COVID-19, muchas de ellas coinciden que la falta de EPP o la mala utilización de estos fue uno de los factores para contagiarse. Tal como develan los siguientes discursos:

*“Me contagié en el hospital, hubo muchos cambios en los flujos, los primeros 6 meses tuvimos procesos diferentes en el retiro del EPP” (AZUL)*

*“Ingresé al área de Trauma Shock, con el primer paciente que llegó con COVID-19 desde el distrito de Ferreñafe, lamentablemente hubo muchos cambios sobre el retiro correcto del EPP, y me contagié” (MARRON)*

*“no sé cómo me contagié, porque yo nunca he estado en exposición directa con otras personas en el trabajo sin uso de mascarilla, además el único lugar donde no uso mascarilla es en mi casa...” (CELESTE)*

Los medios de diagnósticos fueron diferentes, aunque cabe mencionar que algunas de ellas coincidieron en que les diagnosticaron mediante una prueba rápida y/o molecular, otras por una tomografía. Declarado por las propias enfermeras:

*“Me sacaron la prueba rápida, pero salió negativa, aunque continuaba con la sintomatología, a los tres días me sacaron el hisopado y salió positivo” (ROJO)*

*“Me tomaron la prueba rápida y salió negativa, pero la tomografía confirmó la COVID-19, había un infiltrado en base de pulmón izquierdo y había un compromiso entonces me dieron descanso médico, luego me hicieron la PCR y salió positiva” (AZUL)*

Las enfermeras que solo se infectaron una vez coinciden con la sintomatología: dolor de espalda, fiebre, malestar general, dolor de garganta, cefalea, pérdida de olfato y gusto, cansancio, debilidad, diarrea, rinorrea, tos. Estas son sus declaraciones:

*“La primera vez que tuve COVID-19, tuve todos los síntomas, primero tuve la fiebre por 2 días, luego apareció un terrible, horrible dolor muscular, en la parte baja de la espalda, a nivel de miembros inferiores y definitivamente lo que fue peor fue la anosmia y la pérdida del gusto, que fueron signos de larga duración, me duraron como 10 días en toda la infección...” (MORADO)*

*“Comencé con cefalea por dos días... luego tuve un dolor discreto no muy fuerte en la espalda a la altura de la base de los pulmones, por dos días” (ROSADO)*

*“La primera vez que me infecté no tuve casi síntomas, incluso antes que me realicen la prueba, tuve dolor de espalda de moderada intensidad, y de garganta...” (CELESTE)*

Todas las enfermeras entrevistadas tuvieron una evolución favorable no han requerido hospitalización para su tratamiento. Pero, algunos síntomas han persistido por más de 14 días, como el dolor, cansancio, debilidad muscular, disnea, congestión nasal, tos. Como se detalla a continuación:

*“Estuve 14 días con esta enfermedad, al noveno o décimo día recuperé la sensibilidad... Ahora no sé si es porque he dejado de hacer ejercicios o por haber tenido COVID-19, pero no tengo fuerza, siento cansancio” (ANARANJADO)*

*“Mi evolución fue favorable, la fiebre duró cuatro días ...pero el dolor de espalda aun lo tengo, cuando levanto mucho peso o hago mucho esfuerzo, tengo cansancio, no tengo la misma sensación gustativa que antes” (AZUL)*

*“Después de los 14 días, me quedé con congestión nasal, tos, sequedad de la garganta cansancio que me duró como dos semanas más” (CELESTE)*

## **b) Atención domiciliaria de salud: tratamiento médico, uso de medicina tradicional, y medidas de bioseguridad**

Las enfermeras recibieron tratamiento médico en su casa, y coinciden en haber tomado Ivermectina, Azitromicina, Paracetamol, antibióticos y antiinflamatorios. Algunas recibieron enoxaparina, anticoagulantes, vitamina C y jarabes para la tos. Así mismo, hicieron ejercicios



respiratorios, buena hidratación, descanso y mejoraron sus hábitos alimentarios. Como se refleja en los siguientes discursos:

*“Un médico del hospital me dio el tratamiento y me hacía seguimiento por teléfono...yo tomé azitromicina por 5 días, 1 gr de paracetamol cada 8 horas...tuve buena hidratación, descanso y una dieta equilibrada...”* (MORADO)

*“Nos dieron ivermectina una vez al día durante dos días, azitromicina cada 24 horas por 5 días, paracetamol 10 tabletas de paracetamol cada 8 horas por 3 días... aparte yo hacía ejercicios respiratorios con un espirómetro para prevenir cualquier tipo de complicación respiratoria”* (CELESTE)

*“Mi tratamiento fue de 10 días con vía endovenosa, me recetaron anticoagulantes, corticoides, antibiótico, antipiréticos, me hidrataron y colocaron vitamina C, y un antitusígeno”* (AZUL)

Por otro lado, se identificó que algunas enfermeras incluyeron remedios caseros, sugerido por sus familiares y/o amistades, entre los cuales destacaron las inhalaciones de eucalipto, infusiones o preparados de jengibre, cebolla, ajo, miel de abeja, a su vez consumían bastante líquidos, jugos verdes, y gárgaras con bicarbonato de sodio o de enjuague bucal.

*“Mis familiares me sugirieron tomar muchas infusiones de jengibre, manzanilla y miel de abeja ...en ayunas consumía jugos verdes... me hacía gárgaras con bicarbonato de sodio o de enjuague bucal”* (ROJO)

*“Tomábamos infusión de jengibre con cebolla, ajo y limón como agua de tiempo, un litro y medio cada miembro de la familia, el eucalipto en inhalaciones...”* (MORADO)

*“Me hice inhalaciones uno o dos veces al día con eucalipto y manzanilla, después tomaba dos vasos diariamente de un té que era a base de jengibre, ajo, limón, cebolla y eucalipto”* (CELESTE)

Las enfermeras aplicaron las medidas de bioseguridad en el hogar, se aislaron en una habitación, usaban mascarillas todo el día incluso para dormir, separaron los cubiertos o usaban descartables, algunas se preparaban sus alimentos, desinfectaban todo lo que tocaban. La familia también aplicó las medidas de bioseguridad para cuidarse y no infectarse, usaron mascarilla, lavado de manos, y desinfectaban la casa, etc. Como refieren a continuación:

*“Me aislé en una habitación, usé mascarilla hasta para dormir, me dejaban la comida en una sillita de madera y después recogían el servicio...había comprado una máquina de ozono para desinfectar mi cuarto, el cuarto de mi mamá, y el baño”* (ROSADO)

*“Tuve que aislarme por 14 días, y empecé a utilizar la mascarilla permanentemente, mi habitación estaba bien ventilada, nadie podía entrar, dormía sola, me alcanzaban las comidas, yo misma lavaba y desinfectaba todo con alcohol o lejía...”* (MORADO)

*“...utilizamos los platos descartables para mis alimentos y también una bolsa de plástico*

*para poder colocar ahí los desechos que generaba... mis hijos y mi hermano también tuvieron que utilizar la mascarilla, y tener una buena higiene y lavarse las manos” (ANARANJADO)*

*“Mi familia se protegió con mascarilla, mi madre me alcanzaba mis alimentos en platos descartables, luego se disponía a lavarse bien sus manos y retirarse la mascarilla... mis hermanos realizaban la limpieza diaria de la casa con lejía... en mi dormitorio tuve una bolsa grande para la basura donde eliminaba todos los descartables, con el fin de que nadie manipulé mis residuos” (MARRON)*

### **c) Impacto en la vida familiar, social, laboral, emocional y espiritual**

La COVID-19 definitivamente afectó a todas las enfermeras del estudio en diferentes aspectos de su vida, siendo el ámbito familiar en el que más impacto tuvo, debido a que muchas dejaron de visitar a sus familiares, mientras que otras tuvieron que separarse o tomar un distanciamiento cuando se infectaron. Han revalorado el compartir tiempo con la familia, utilizaron videollamadas o llamadas telefónicas para mantenerse comunicados. Lo expresan en los siguientes discursos:

*“Hemos estado acostumbrados a reunirnos los domingos con mis padres y mis hermanas, pero no podemos porque son adultos mayores y se pueden contagiar...” (ROJO)*

*“Me volví más cuidadosa con la higiene... si es que llevo al parque a mi hijo es con mucho más cuidado, y al igual con mis papás, estoy pendiente de desinfectar todo y que se laven las manos... empiezas a valorar el tiempo en familia y que lo más valiosos es el compartir en familia y el tener vida ya es una bendición” (MORADO)*

*“Respecto a mi vida familiar hubo una separación total con mi madre y mis hermanos, sin embargo, nos comunicábamos por videollamadas” (MARRON)*

Para la mayoría de las enfermeras entrevistadas no fue afectado su ámbito social, por el hecho de que son personas muy centradas en el trabajo y en su familia. Sin embargo, algunas estaban acostumbradas a acudir a eventos y/o reuniones presenciales, pero adoptaron reuniones por WhatsApp. Como referencia en los siguientes discursos:

*“Mi ámbito social no se me afectó, soy la persona que sale a trabajar, la que hace las compras, pero siempre bien protegida” (ROSADO)*

*“Mientras ese tiempo de enfermedad no me afectó mucho en el ámbito social, será porque soy una persona muy metida en la casa o que soy muy hogareña, además me gusta estar con mis hijos” (ANARANJADO)*

*“El ámbito social me afectó el no tener ya más reuniones con mis amigas, salíamos a comer... ahora nos comunicamos o reunimos por WhatsApp o Zoom” (ROJO)*

En el ámbito laboral, las enfermeras tuvieron descanso médico por 14 días, con la

finalidad de que se recuperen de la COVID-19. Sin embargo, algunas manifestaron que, al regresar a su centro de labores sentían temor de volverse a contagiar. Por otro lado, algunas enfermeras pasaron a realizar trabajo administrativo. Tal como de reflejan:

*“El ámbito laboral ha sido lo más horrible..., al salir de esta enfermedad y tener que regresar a trabajar una se queda con temor, yo sentía mucho temor al tener que atender a mis pacientes, y a veces pensé en no regresar al trabajo”* (BLANCO)

*“Cuando tú dices tengo COVID, todo el mundo se te aleja por el miedo y también hay que aceptarlo...me cambiaron a trabajar en lo administrativo para no estar contacto con los pacientes COVID-19”* (ROSADO)

*“Ahora estoy realizando un trabajo más administrativo, estas actividades administrativas te demanda más tiempo ...”* (CELESTE)

Al pasar por una experiencia de contagio por la COVID-19 las enfermeras sintieron un impacto en el aspecto emocional, han experimentado temor, ansiedad, miedo, depresión, cuestionamientos si es que están mejorando o no, acerca de si están haciendo las cosas bien. Sin embargo, una de las emociones más manifestadas por las enfermeras es el miedo a morir por su familia. Tal como lo refieren a continuación:

*“Tuve mucho temor, miedo a las complicaciones que se puede tener por esta enfermedad, miedo a la muerte, pero lo que si me preocupó mucho fue cuando mi esposo presentó síntomas, pero felizmente no se complicó más bien él me cuidó”* (CELESTE)

*“Me dio una depresión fuerte, yo tuve que hacer consulta con un psicólogo... estaba estresada, me di cuenta de que debía cuidarme más y descansar...”* (AZUL)

*“Te das cuenta que eres vulnerable, sientes miedo a empeorar y morir y creo que me deprimí... todas las mañanas me tomaba la temperatura y la saturación...”* (ROSADO)

El haber sufrido de la COVID-19 ha generado que las enfermeras fortalezcan su vida en el aspecto espiritual. Muchas al estar en la incertidumbre de su evolución de la enfermedad, solo se encomendaban a Dios y oraban por su salud, la de su familia y por todos los que estaban padeciendo esta enfermedad. Tal como lo indican:

*“Por otro lado, no hay que dejar que el miedo o el temor afecte nuestro sistema inmunológico, y que este virus pueda ganarnos, además, de que debemos confiar mucho en Dios, y que la fe nos conlleva a sobrellevar esta enfermedad”* (CELESTE)

*“Cada día la pasé preocupada quería que los días pasen pronto y poder salir bien librada, me refugié en Dios, Él fue mi alimento diario y mi esperanza para seguir adelante... rezaba mucho por mi salud, la de mi familia y de todos los enfermos por esta enfermedad, pidiéndole que pronto acabe esta pandemia”* (MARRON)

## DISCUSIÓN

En este estudio, la mayoría de enfermeras coinciden que se contagiaron en el hospital cuando atendían a pacientes con COVID-19, por el desconocimiento, la falta de EPP, unido al agotamiento laboral por las extensas horas de trabajo que a veces rompían los protocolos de bioseguridad. Resultados similares al estudio de Joo & Liu (2021), Raraz-Vidal, et al. (2021) y Liu, et al. (2020), al señalar que en esta pandemia el personal de salud no tenía EPP suficientes, a veces adaptaban con otros materiales que no eran adecuados para la atención de los pacientes, esto incrementó el riesgo de contraer el coronavirus.

En la pandemia COVID-19, se observa que hay un alto riesgo de contagio en los establecimientos de salud, como los hospitales, por eso es necesario que se fortalezcan las medidas de prevención, a su vez es necesario que se realice una temprana y oportuna detección de casos (Simeone, et al., 2022). Por lo tanto, se recomienda que en todos los establecimientos de salud se brinden los EPP necesarios, se realice una capacitación y monitoreo del cumplimiento de los protocolos establecidos.

En su mayoría las enfermeras presentaron síntomas leves como malestar general, tos, fiebre, dolor de espalda, dolor de garganta, cefalea, pérdida de olfato y gusto, cansancio, debilidad, diarrea, rinorrea, tos, aunque pocas fueron asintomáticas. Estos resultados coinciden con Silva, Cursino, Brandão, Góes, Depiant, Silva, Aguiar (2021); Son, Choi, Hwang & Yang (2021) y Ticona, Espinoza, & Ticona (2020). Pero, la noticia de la confirmación clínica de haber contraído el virus les generó temor e incertidumbre ante las posibles complicaciones. De modo que, ser enfermera y conocer a fondo la ruta diagnóstica de los pacientes afectados por la COVID-19, aumentaba este miedo (Simeone, et al., 2022; Son, Choi, Hwang & Yang, 2021).

Las enfermeras presentaron síntomas leves y no necesitaron de hospitalización por lo que recibieron atención domiciliaria a través de llamadas telefónicas para la monitorización constante de la saturación de oxígeno, evolución clínica, seguimiento del tratamiento con paracetamol, azitromicina, enoxaparina, e incluso la ivermectina. En el Perú los fármacos más utilizados fueron la cloroquina, hidroxicloroquina, azitromicina, lopinavir/ritonavir, entre otras (Ministerio de salud, 2020). Antes de la pandemia, algunos estudios habían demostrado que la ivermectina podía frenar la reproducción de algunos virus. En el 2020, varios estudios pequeños sugirieron mayores tasas de supervivencia con la ivermectina. Esto llevó a la a su introducción generalizada en la lucha contra la COVID-19 en todo el mundo, sin embargo, el verdadero efecto de la ivermectina es una cuestión que sigue siendo objeto de debate (Popp, et al., 2021). Por su parte Maguiña, Gastelo & Tequen (2020), explica que el abordaje terapéutico es básicamente sintomático y de sostén, no hay droga antiviral efectiva, ni cura alguna. Asimismo, el uso de oxímetros fue una herramienta para detectar la dificultad respiratoria (Alishan, et al., 2022). También, Mogollon-Torres, Rodríguez-Cruz, Zevallos-Cotrina & Diaz-Manchay (2021), refieren que los pacientes con COVID-19 leve pueden tratarse mediante asesoramiento remoto, indicando el tratamiento sintomático y el autoaislamiento mediante el telemonitoreo.

Además, algunas enfermeras complementaron su tratamiento con remedios caseros, básicamente las inhalaciones de eucalipto, preparaciones de jengibre con cebolla, ajo, y miel de abeja. Pero, Valdivia (2020), concluye que no existen remedios caseros para el coronavirus,

los productos que se consumen habitualmente pueden generar algún alivio, pero no previenen, y menos curan la COVID-19. Sin embargo, el calor húmedo que aportan los baños al vapor al inhalarse puede ayudar a la fluidez de la mucosidad. Sin embargo, los resultados están en consonancia con Sirén, et al (2020), quienes atribuyen la pronta recuperación ante la COVID-19 al uso de plantas medicinales, como el jengibre, chuchuwasa y ajuspanga en los pobladores de una comunidad indígena. Por su parte Willcox, et al (2020), demostraron que el uso de productos naturales usados habitualmente para los problemas respiratorios aumentó significativamente durante la pandemia de COVID-19, mayormente se usó la miel de abeja, el limón y el jengibre.

Todas las enfermeras coincidieron en que se aislaron en una habitación de su casa, usaron mascarilla todo el día, separaron los cubiertos o usaron menaje descartable, desinfectaban todo lo que manipulaban, para evitar contagiar al resto de su familia. Además, sus familiares aplicaron las medidas de bioseguridad para no infectarse, usaron mascarilla, lavado de manos, desinfección de la casa, etc. Al respecto, Martínez-Riera, & Gras-Nieto (2021) determinaron que para que una persona infectada de COVID-19 lleve tratamiento en su casa, se deberían tener en cuenta habitación de uso individual ventilada al exterior, respetar distancia de 2 metros; habitación con puerta cerrada, no recibir visitas; disponer de teléfono o intercomunicador para evitar el contacto; uso exclusivo de ropa, ropa de cama y útiles de higiene, lavado de manos frecuente, higiene de la vivienda para minimizar los contagios en su familia.

Por otro lado, debido a que estuvieron encerradas en sus habitaciones alrededor de dos semanas, las enfermeras experimentaron un gran impacto en el ámbito familiar, sintieron soledad por la falta de abrazos y besos de su familia. Pero, apreciaron que su familia estaba pendiente de ellas y las apoyaban con sus alimentos. Coinciden con Simeone, et al. (2022) y Sillero (2020) asevera que esta enfermedad no sólo es física, también es psíquica, y toca emocionalmente pues el aislamiento es duro al estar sola y triste en una habitación, aunque sea de su casa, pero la presencia de la familia al otro lado de la puerta reconforta el alma y se siente el amor y esfuerzo por cuidar y no contagiarse.

Si bien, hicieron videollamadas o llamadas telefónicas para mantenerse comunicados con los familiares y amistades, a veces realizaron reuniones por WhatsApp o Zoom. Zuluaga, Suárez, Castaño, Román & Luján (2020), mencionan que el personal sanitario se ha visto afectado en el ámbito social, al disminuir el número de visitas y de salidas con sus amistades, sin embargo, se reúnen por diversos medios de comunicación.

Otro aspecto a tener en cuenta, es el temor por el riesgo de sufrir una reinfección, que tuvieron al regresar a su centro de laboral después del descanso médico. Por lo que varias fueron rotadas del trabajo asistencial al administrativo. Además, otras manifestaron que percibieron distanciamiento de algunos compañeros de trabajo por el temor al virus. Missel, Bernild, Westh, Dagarán & Kikkenborg (2022), concluye que después de la COVID-19, el cuerpo se etiqueta como algo que otros temen y se convierte en un símbolo de asombro y alienación para los demás. El estigma apareció como una marca profunda en los participantes que experimentaron que su cuerpo se convirtió en un símbolo de miedo. Para, Son, Choi, Hwang & Yang (2021), el estigma es una barrera para el regreso de los pacientes a sus vidas normales en la sociedad.

Cabe mencionar que la totalidad de las enfermeras sintieron impacto en el aspecto emocional, han experimentado diversas emociones como miedo, ansiedad, estrés, tristeza, desesperación. Sobre todo, el miedo a morir y temor por el riesgo de contagiar a su familia. Lai, et al (2020) refieren que los pacientes con COVID-19, han manifestado desesperanza, desesperación, tristeza, ganas de llorar, cambios en el apetito, irritabilidad, frustración, sentimientos de inutilidad, pérdida del placer por las actividades que habitualmente se desarrollan, dificultad para pensar, concentrarse, tomar decisiones y recordar cosas, cansancio o falta de energía. Por ello, deben recibir ayuda de un profesional de la salud mental para que puedan afrontar estas emociones.

Algunas enfermeras se encomendaban al Dios y oraban por su salud. En un estudio similar realizado por Kowalczyk, Roszkowski, Montane, Pawlitzak, Tylkowski & Bajek (2020), demostraron que al estar expuestos a una pandemia se utilizaron diversas estrategias de supervivencia, siendo la fe una de ellas, lo que permitió mantener la esperanza y sentir seguridad. Por su parte Alvarado-Díaz & Pagán-Torres (2021) aportan que la espiritualidad y religión han mostrado ser factores protectores al promover apoyo, consuelo y bienestar en una cantidad significativa de personas con creencias espirituales y religiosas, así la fe ha aumentado en todo aquel infectado por COVID-19.

Este estudio tiene varias limitaciones, se devela la experiencia solo de las enfermeras, del sexo femenino por lo que sería interesante en posteriores estudios analizar las experiencias de otro sexo. Además, de otros profesionales de la salud que tuvieron la misma experiencia. Asimismo, el tamaño de la muestra es pequeña y no se pueden generalizar los resultados. También, sería interesante analizar la experiencia de los familiares que se contagiaron.

## CONCLUSIONES

Las experiencias de las enfermeras en primera línea contagiadas con COVID-19 que recibieron atención domiciliaria se iniciaron desde los primeros síntomas leves de la enfermedad, sintieron miedo e incertidumbre por el diagnóstico. Recibieron atención continuada en sus domicilios por monitoreo a través de llamadas telefónicas del personal de salud. El tratamiento farmacológico lo complementaron con el consumo de remedios caseros proporcionados por su familia. Además, utilizaron estrictamente las medidas preventivas de bioseguridad dentro del hogar para que el resto de su familia no se contagie.

Este personal dedicado a cuidar a otros, también sintió soledad por el aislamiento a pesar de vivir en la misma casa con su familia, sin embargo, la tecnología fue uno de sus grandes aliados para mantenerse en contacto y comunicación a través de llamadas y/o videollamadas. Para su recuperación gozaron de descanso médico por ley, y al retornar a sus labores, muchas de ellas sintieron temor de volver a infectarse, en su mayoría les designaron trabajo administrativo. Asimismo, algunas enfermeras acudieron a su fe para afrontar la enfermedad.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alishan, S., Ali, F., Iqbal, Z., Ammar, A., Muhammad, A., Farooq, F., et al. (2022). Home Management of COVID-19 Patients: A Successful Model in Non-severe COVID-19 Patients in the Developing World. *Cureus*, 14(1): e21605. Recuperado de: <https://www.cureus.com/articles/76511-home-management-of-covid-19-patients-a-successful-model-in-non-severe-covid-19-patients-in-the-developing-world>
- Alvarado-Díaz, E., & Pagán-Torres, O. (2021). Consideraciones sobre la Espiritualidad y la Religión como Recursos de Afrontamiento durante la Pandemia del COVID-19. *Revista Caribeña De Psicología*, 5(1), e5007. Recuperado de: <https://doi.org/10.37226/rcp.v5i1.5007>
- Camposano, Y., Ureta, R., Camposano, L., & Gutierrez, P. (2021). Tratamiento domiciliario del COVID-19: una alternativa a la crisis hospitalaria. *Revista siglo XXI*, 1(1):112. Recuperado de: <https://bit.ly/3BC7Bva>
- Consejo Internacional de Enfermería. (2020). *El CIE confirma el fallecimiento de 1 500 enfermeras por COVID-19 en 44 países y estima que las muertes de trabajadores sanitarios por esta enfermedad podrían superar las 20 000 en todo el mundo*. Recuperado de: <https://www.icn.ch/es/noticias/el-cie-confirma-el-fallecimiento-de-1-500-enfermeras-por-covid-19-en-44-paises-y-estima>
- Fernández, L. (2006). ¿Cómo analizar datos cualitativos? *Institut de Ciències de l'Educació. Universitat de Barcelona*. Recuperado de: <https://cutt.ly/qTpAu51>
- Fernandez, P., Lord, H., Halcomb, P., Moxham, P., Middleton, D., Alananzeh, D., et al. (2020). Implications for COVID-19: a systematic review of nurses' experiences of working in acute care hospital settings during a respiratory pandemic. *International Journal of Nursing Studies*, 103637. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103637>
- Grove, S., Gray, J & Burns, N. (2016). *Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. 6rd ed. Barcelona: Elsevier.
- He, J., Liu, L., Chen, X., Qi, B., Liu, Y., Zhang, Y., & Bai, J. (2021). The experiences of nurses infected with COVID-19 in Wuhan, China: A qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 29(5), 1180–1188. Recuperado de: <https://doi.org/10.1111/jonm.13256>
- Joo, J. & Liu, M. (2021) Nurses' barriers to caring for patients with COVID-19: a qualitative systematic review. *Int. Nurs. Rev.* 68, 202-13. Recuperado de: <https://doi.org/10.1111/inr.12648>
- Kowalczyk, O., Roszkowski, K., Montane, X., Pawlitzak, W., Tylkowski, B., & Bajek, A. (2020). Religion and Faith Perception in a Pandemic of COVID-19. *J Relig Health*, 59, 2671-7. Recuperado de: <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01088-3>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., et al. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*, 3(3): e203976. Recuperado de: <https://bit.ly/2YIuYVG>
- Liu, Q., Luo, D., Haase, J., Guo, Q., Wang, X., Liu, S., et al. (2020). *The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study*. *The Lancet Global Health*. Recuperado de: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30204-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30204-7)
- Maguiña, C., Gastelo, R., & Tequen, A. (2020). El nuevo Coronavirus y la pandemia del Covid-19. *Revista Medica Herediana*, 31(2), 125-31. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.20453/rmh.v31i2.3776>
- Martínez-Riera, J., & Gras-Nieto, E. (2021). Atención domiciliaria y COVID-19. Antes, durante y después del estado de alarma *Enfermería clínica*, 31, S24–S28. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.003>

- Ministerio de salud. (2020). *Documento técnico atención y manejo clínico de casos de COVID-19*. Recuperado de: <https://cutt.ly/HgjKUK5>
- Mogollon-Torres, F., Rodríguez-Cruz, L., Zevallos-Cotrino, A., & Diaz-Manchay, R. (2021). Características clínicas y epidemiológicas de pacientes COVID-19 en telemonitoreo en el primer nivel de atención. *Arch Med (Manizales)*, 21(2): Recuperado de: <https://doi.org/10.30554/archmed.21.2.4193.2021>
- Missel, M., Bernild, C., Westh, S., Dayaran, I., & Kikkenborg, S. (2022). The marked body – a qualitative study on survivors embodied experiences of a COVID-19 illness trajectory. *Scand J Caring Sci*, 36: 183-91. Recuperado de: <https://doi.org/10.1111/scs.12975>
- Noticias de América Latina y el Caribe. (2020). *Colapso sanitario en Perú: con más de cinco mil enfermeras contagiadas, el gremio denuncia abandono*. Recuperado de: <https://cutt.ly/lgjJcco>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). The impact of COVID-19 on health and care workers: a closer look at deaths. World Health Organization. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345300>
- Popp, M., Stegemann, M., Metzendorf, M., Gould, S., Kranke, P., Meybohm, P., et al. (2021). Ivermectin for preventing and treating COVID-19. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(8). Recuperado de: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD015017.pub2>
- Raraz-Vidal, J., Allpas-Gomez, H., Torres-Salome, F., Cabrera-Patiño, W., Alcántara-Leyva, L., Ramos-Gómez, R., et al. (2021). Condiciones laborales y equipos de protección personal contra el Covid-19 en personal de salud, Lima-Perú. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 21(2), 335-345. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v21i2.3608>
- Seguro social de salud. (2020). *Recomendaciones clínicas para el manejo domiciliario de pacientes con sospecha o confirmación de infección por COVID-19*. Recuperado de: [http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/Recomendaciones\\_para\\_el\\_manejo\\_domiciliario\\_pacientes\\_COVID\\_19\\_v2.pdf](http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/Recomendaciones_para_el_manejo_domiciliario_pacientes_COVID_19_v2.pdf)
- Silva, L., Cursino, E., Brandão, E., Góes, F., Depiant, J., Silva, L., Aguiar, R. (2021). The therapeutic itinerary of health workers diagnosed with COVID-19. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29, e3413. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4691.3413>
- Sillero, A. (2020). Enfermera y superviviente Covid-19. *Coviviendo Ciberindex*. Recuperado de: [http://www.fundacionindex.com/fi/?page\\_id=1767](http://www.fundacionindex.com/fi/?page_id=1767)
- Simeone, S., Ambrosca, R., Vellone, E., Durante, A., Arcadi, P., Cicolini, G., et al (2022). Lived experiences of frontline nurses and physicians infected by COVID-19 during their activities: A phenomenological study. *Nursing & Health Sciences*; 24(1): 245-54. Recuperado de: <https://doi.org/10.1111/nhs.12920>
- Simón, Y., Viñas, E., & Góngora I. (2020). Ética e investigación científica en enfermería. *Investigaciones Médico quirúrgicas*, 12(3). Recuperado de: <http://www.revcimeq.sld.cu/index.php/imq/article/view/651>
- Sirén, A., Uzendoski, M., Swanson, T., Negrete, I., Gualinga, E., Tapia, A., et al. (2020). Resiliencia contra la pandemia de covid-19 en comunidades indígenas kichwa en la Amazonía ecuatoriana. *MundosPlurales*, 7(2), 101-107. Recuperado de: <https://doi.org/10.17141/mundosplurales.2.2020.4738>
- Son, H-M., Choi, W-H., Hwang, Y-H., & Yang, H-R. (2021). The Lived Experiences of COVID-19 Patients in South Korea: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14):7419. Recuperado de: <https://doi.org/10.3390/ijerph18147419>
- Ticona, C., Espinoza, M., & Ticona, E. (2020). COVID-19. El manejo ambulatorio durante la transmisión comunitaria intensa. *Anales de la Facultad de Medicina*, 81(2), 211-7. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.15381/anales.v81i2.18406>



- Valdivia, G. (2020). Remedios caseros contra el covid-19: más mitos que verdades. *Agencia peruana de Noticias*. Recuperado de: <https://bit.ly/3auKnv6>
- Willcox, M., Donovan, E., Hu, X., Elboray, S., Jerrard, N., Roberts, N., et al. (2020). Views regarding use of complementary therapies for acute respiratory infections: Systematic review of qualitative studies. *Complement Ther Med*, 50(102382). Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2020.102382>
- Zuluaga, L., Suárez, K., Castaño, L., Román, A., & Luján, L. (2020). *Impacto social, laboral y familiar en empleados de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios del municipio de Rionegro, a partir de las medidas de contingencia implementadas para responder a la pandemia del COVID-19* (Tesis de Licenciatura). Universidad CES. Recuperado de: <https://bit.ly/3oV4Em2>

# Violencia en pareja en personas seropositivas: una revisión sistemática

## *Partner violence in HIV-positive people: a systematic review*

### Violência por parceiro íntimo em pessoas soropositivas: uma revisão sistemática

LUIS MANUEL RODRÍGUEZ OTERO, SANDRA ELIZABET MANCINAS ESPINOZA

#### Luis Manuel Rodríguez Otero

Universidad Autónoma de Sinaloa. México.  
luismaotero@yahoo.es  
<https://orcid.org/0000-0002-1748-9303>

#### Sandra Elizabet Mancinas Espinoza

Universidad Autónoma de Nuevo León.  
México.  
sandramancinas@hotmail.com  
<https://orcid.org/0000-0002-6869-2598>

#### Contacto principal:

luismaotero@yahoo.es

Fecha recepción: 13/11/2023

Fecha aceptación: 11/01/2024

**Financiación:** Este trabajo no ha recibido financiación.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflicto de intereses.



**Licencia:** Este trabajo se comparte bajo la licencia de Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons (CC BY-NC-SA 4.0): <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

© 2024 Luis Manuel Rodríguez Otero, Sandra Elizabet Mancinas Espinoza

#### Resumen:

El presente trabajo tiene como objetivo, caracterizar la violencia en pareja en personas con seropositividad (prevalencia, tipos de acciones violentas, variables de riesgo/ protectoras y consecuencias), para lo cual se realizó una revisión sistemática a través del protocolo PRISMA. La búsqueda de artículos se realizó en Scopus, Web of Science, Eric, Scielo y Pubmed publicados hasta 2021. Se encontraron 113 artículos, de los cuales 22 cumplieron con los criterios de elegibilidad. Los resultados indican que la violencia en pareja en personas seropositivas, además de manifestarse de manera física, psicológica, patrimonial, sexual y verbal, se puede presentar a través del uso del VIH para ejercer la violencia. La prevalencia varía en función del contexto geográfico en un intervalo del 19,6% al 43,1%; la cual es superior en población migrante y en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) mujeres seropositivas, parejas no heterosexuales y en parejas en la que ambos miembros son seropositivos. Las variables de riesgo/ protectoras identificadas se asociaron con las dimensiones: informativas, motivacionales, de habilidades conductuales, sociodemográficas, culturales, de salud, sociofamiliares y políticas. Asimismo, se evidenciaron consecuencias sociales, económicas y de salud.

**Palabras Clave:** Violencia doméstica; Violencia de género; Violencia intra-género; VIH.

#### Abstract:

The objective of this work is to characterize partner violence in people with seropositivity (prevalence, types of violent actions, risk/protective variables, and consequences), for which a systematic review was carried out through the PRISMA protocol. The search for articles was carried out in Scopus, Web of Science, Eric, Scielo and Pubmed published up to

**Citación:** Rodríguez-Otero, L. M., Mancinas Espinoza, S. E. (2024). Violencia en pareja en personas seropositivas: una revisión sistemática. *Cultura de los Cuidados*, (68), 313–328. <https://doi.org/10.14198/cuid.22920>



2021. 113 articles were found, of which 22 met the eligibility criteria. The results indicate that intimate partner violence in seropositive people, in addition to manifesting itself in a physical, psychological, patrimonial, sexual, and verbal way, can be presented using HIV to exercise violence. The prevalence varies depending on the geographical context in a range from 19.6% to 43.1%, which is higher in the migrant population and in men who have sex with men (MSM), seropositive women, non-heterosexual couples and in couples in which both members are seropositive. The risk/protective variables identified were associated with the dimensions: informational, motivational, behavioral skills, sociodemographic, cultural, health, socio-family and political. Likewise, social, economic and health consequences were evidenced.

**Keywords:** Domestic violence; gender violence; intra-gender violence; HIV.

**Resumo:**

O objetivo deste trabalho é caracterizar a violência conjugal em pessoas com soropositividade (prevalência, tipos de ações violentas, variáveis de risco/proteção e consequências), para a qual foi realizada uma revisão sistemática por meio do protocolo PRISMA. A busca de artigos foi realizada no Scopus, Web of Science, Eric, Scielo e Pubmed publicados até 2021. Foram encontrados 113 artigos, dos quais 22 atenderam aos critérios de elegibilidade. Os resultados indicam que a violência por parceiro íntimo em pessoas soropositivas, além de se manifestar de forma física, psicológica, patrimonial, sexual e verbal, pode se apresentar por meio do uso do HIV para exercer a violência. A prevalência varia de acordo com o contexto geográfico em uma faixa de 19,6% a 43,1%; que é maior na população migrante e em homens que fazem sexo com homens (HSH), mulheres soropositivas, casais não heterossexuais e em casais em que ambos os membros são soropositivos. As variáveis de risco/proteção identificadas foram associadas às dimensões: informacional, motivacional, habilidades comportamentais, sociodemográficas, culturais, de saúde, sociofamiliares e políticas. Da mesma forma, foram evidenciadas consequências sociais, econômicas e de saúde.

**Palavras-chave:** Violência doméstica; violência de gênero; violência intra-gênero; HIV.

## INTRODUCCIÓN

### *Justificación*

La violencia en pareja hace referencia a los actos de agresión, abuso, sometimiento y control que se produce en el seno de una relación de pareja (actual o pasada), que causan daño físico, psicológico o sexual (Aiquipa y Canción, 2020); la cual, como señalan Rojas, Rojas, Meza y Villalobos (2021), puede tomar diferentes nominaciones en función del género y la orientación sexual de los sujetos. Así, se habla de violencia de género (la ejercida de hombres hacia mujeres), violencia ejercida por mujeres hacia hombres y, violencia intra-género (aquella que se da en el seno de una relación de personas del mismo sexo).

Se identifican ciertas variables que facilitan las interacciones violentas, en este sentido Aponte, et. Col. (2020) citan las siguientes: la presencia de trastorno de personalidad, tendencia a la irascibilidad, impulsividad, dificultades de empatía, baja autoestima, extraversión, inestabilidad emocional, apertura a la experiencia, consumo de drogas y alcohol, distrés, depresión, ansiedad, trastorno por estrés post traumático, personalidad antisocial, trastorno de personalidad límite y experiencias previas de violencia. En la misma línea, Alonso, Cerezo, Pagés, Ramos y Torricelli (2011) presentan algunos factores determinantes, aunque de carácter más social: (1) imaginarios sociales que legitiman la violencia, (2) bajo nivel educativo (3) precariedad laboral y desempleo, (4) falta de cobertura sanitaria, (5) el machismo, (5) la LGTBI-fobia y (6) el estigma sobre el VIH.

Por otro lado, Kouyoumdjian, Findlay, Schwandt y Calzavara (2013) señalan que la relación entre el VIH y la violencia en pareja refiere a una problemática contextual que depende de múltiples factores (sociales, culturales, políticos, institucionales, etc.), entre los que se pueden destacar los siguientes: 1) la agresión sexual puede aumentar el riesgo de infección por VIH; 2) los comportamientos en aquellos que experimentan violencia en pareja pueden aumentar el riesgo de VIH; 3) las personas que experimentan violencia en pareja pueden tener disfunción inmune relativa; 4) la infección por VIH conduce a la violencia en pareja; 5) la violencia en pareja puede afectar las pruebas del VIH, la divulgación del estado del VIH y el acceso a la atención del VIH; 6) la perpetración de la violencia en pareja se asocia con comportamientos de riesgo de VIH e infección por VIH; 7) las experiencias antecedentes pueden aumentar el riesgo de infección por violencia en pareja y VIH y; 8) existen muy pocas intervenciones de prevención al respecto.

Los factores que contribuyen a la ocurrencia de la violencia en personas seropositivas, como señala Arévalo-Mora (2019), producen consecuencias tanto sociales como singulares. Las primeras se manifiestan en exclusión social y repercusiones económicas. En tanto que las consecuencias singulares refieren a los efectos personales en las víctimas en el nivel físico, psicológico y relacional; así como en la trayectoria de su padecimiento. Rojas, Rojas, Meza y Villalobos (2021) consideran que las consecuencias de la violencia (físicas, psicológicas, sociales y económicas) no sólo afectan a las víctimas, sino también a su entorno familiar y comunitario.

Pese a la relevancia del tema, aún existe poco conocimiento en torno a la violencia en la pareja de personas con seropositividad. Kouyoumdjian, Findlay, Schwandt y Calzavara (2013)<sup>1</sup>

---

1. No obstante, estos autores no constatan variables de riesgo y de protección; las formas de ejercer la violencia y las consecuencias. Asimismo, el estudio de la prevalencia se encuentra actualizado hasta 2013.

realizaron una revisión de 101 documentos para identificar la relación entre el VIH y la violencia en pareja; centrando su objeto de estudio en la prevalencia, la relación/vinculación entre ambas variables y las intervenciones realizadas con base en la prevención. Estos investigadores encontraron que solamente tres documentos aluden a la frecuencia de la perpetración de violencia en personas con VIH. Por su parte, el estudio de Galván et col. (2004) —contextualizado en Estados Unidos (EEUU)— identificó una prevalencia de 20% de violencia en personas con VIH. Un estudio similar, realizado por Bogart et col. (2005) observó que 24,9% de las mujeres, 23,2% de los hombres heterosexuales y 16,3% de los hombres homosexuales y/o bisexuales seropositivos sufrieron violencia en pareja. Asimismo, en un estudio con HSH realizado en EEUU, Craft y Serovich (2005) encontraron una prevalencia de 78,4% en violencia psicológica; 39,2% en violencia física y 27,5% en coerción sexual.

Con base en lo expuesto, se identifica que el VIH constituye un factor diferenciador en las situaciones de violencia en pareja, en las cuales los procesos de estigmatización hacia este padecimiento juegan un papel determinante y favorecen la devaluación, la discriminación y la exclusión social (Rodríguez-Otero y Rodríguez, 2021); además de los efectos en el nivel físico y emocional. Todo ello convoca a generar conocimiento sobre la violencia de pareja en personas con seropositividad.

### Objetivos

Se plantea una revisión sistemática a partir de la metodología PRISMA con el objetivo general de caracterizar la violencia en pareja en personas con seropositividad, a través de los siguientes objetivos específicos: (1) describir las variables de riesgo y las variables protectoras en la violencia en pareja en personas con dicho padecimiento; (2) enumerar las vías a través de las cuales se ejerce la violencia en pareja en personas con VIH; (3) identificar la prevalencia asociada a la violencia en pareja en personas con seropositividad y; (4) citar las consecuencias que produce la violencia en pareja en personas con VIH.

## MÉTODO

En la presente investigación se realiza una revisión sistemática, la cual como indican González, Buñuel y Aparicio (2011), se caracteriza por: (1) su especificidad sobre el proceso de elaboración, (2) la posibilidad de replicación y verificación tanto de los resultados como de las conclusiones, (3) el abordaje en profundidad sobre una temática específica, (4) la utilidad en la obtención de respuestas concretas a cuestiones específicas y (5) el uso de datos objetivos.

Se utilizó la guía del protocolo PRISMA para la realización de la investigación, el cual está compuesta por un total de 27 ítems agrupados en las secciones: título, resumen, introducción, métodos, resultados, discusión, limitaciones, conclusiones y financiación (Urrútia y Bonfill, 2010).

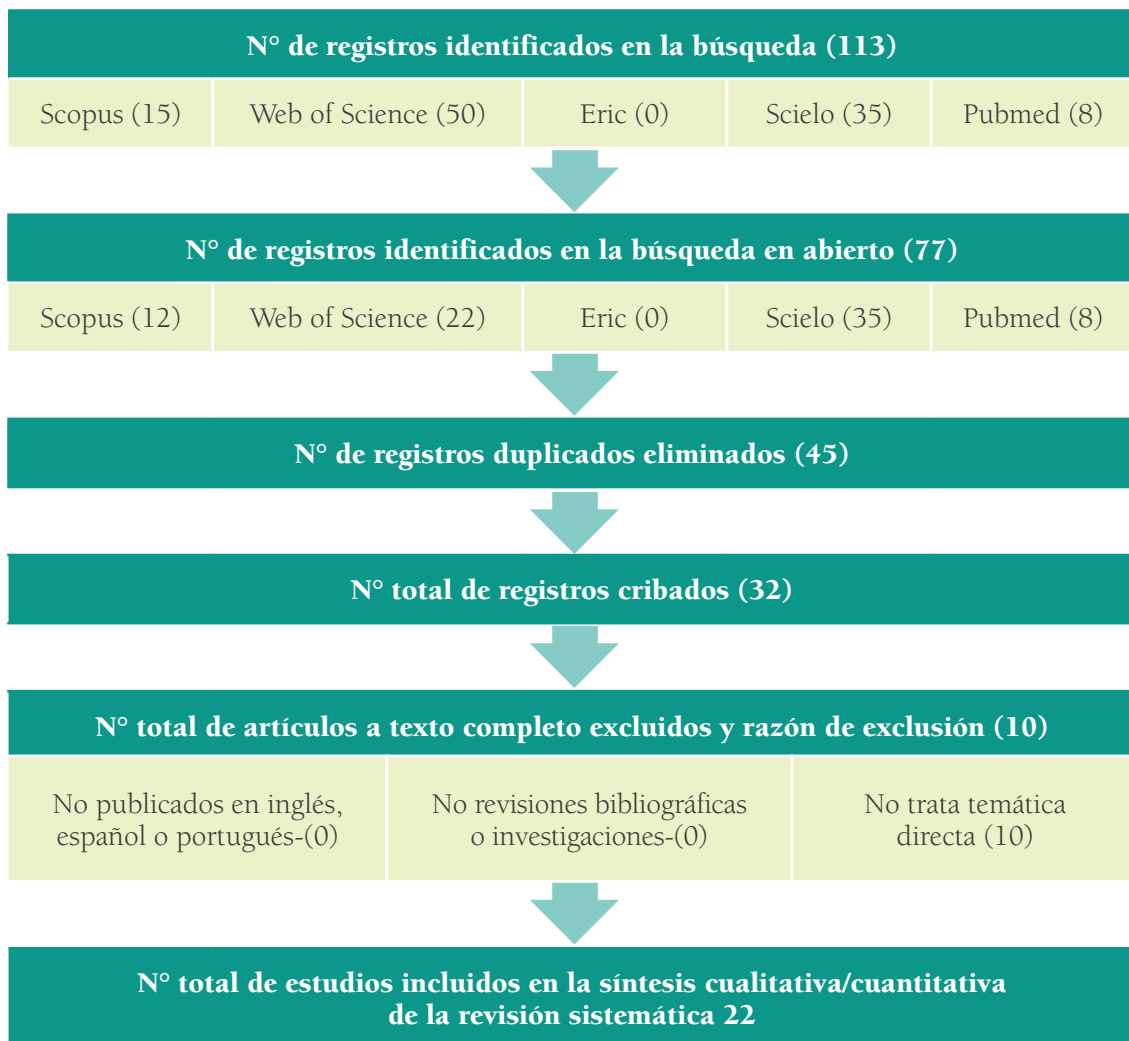
En la aplicación del protocolo de búsqueda (véase la figura 1) se utilizaron como criterios de elegibilidad: (1) documentos científicos publicados, incluyendo investigaciones cualitativas, cuantitativas, mixtas y revisiones bibliográficas (narrativas y sistemáticas), (2) documentos publicados en inglés, español y/o portugués, (3) documentos de acceso libre y (4) artículos

científicos que abordaban de forma directa la violencia en pareja en personas seropositivas. Asimismo, cabe destacar que no se incluyeron restricciones en los años de publicación de los documentos para poder obtener el máximo de documentos.

Para la extracción de los documentos se utilizaron las bases de datos: Scopus, Web of Science, Eric, Scielo y Pubmed; las cuales destacan por albergar documentos científicos indexados con gran calado en las Ciencias Sociales.

La búsqueda de los documentos se realizó en septiembre de 2021, utilizando las siguientes palabras clave en cada una de las bases de datos: (1) “Violencia en pareja” y VIH, (2) “Violencia doméstica” y VIH, (3) “Violencia de género” y VIH, (4) “Intimate partner violence” and VIH, (5) “Domestic violence” and VIH y (6) “Gender violence” and VIH. Las cuales se incluyeron en la búsqueda tanto de los títulos como de los resúmenes de los documentos.

Figura 1. Protocolo de búsqueda



Fuente: elaboración propia.

Una vez identificados los documentos se aplicaron los criterios de elegibilidad para la selección de los estudios, los cuales se descargaron en formato PDF para su análisis. Se realizó una tabla resumen en la que de cada uno de los documentos se identificó: (1) la referencia bibliográfica, (2) el año de publicación, (3) el tipo de estudio (investigaciones cualitativas, cuantitativas, mixtas y revisiones bibliográficas narrativas o sistemáticas), (4) el contexto (ciudad/s y país/es), (5) la muestra, (6) la técnica de recogida de datos y (7) resumen y principales conclusiones.

Para analizar los estudios se identificó el método y las técnicas de recogida y análisis de los datos; así como el uso de instrumentos validados. Por otro lado, se tomaron en consideración las variables contextuales y temporales.

Para el resumen y principales conclusiones se utilizaron cinco meta-categorías: (1) las variables de riesgo frente a la violencia en pareja en personas seropositivas, (2) las variables protectoras frente a la violencia en pareja, (3) las formas a través de las cuales ésta se puede ejercer, (4) la prevalencia y (5) las consecuencias de dicha violencia.

## RESULTADOS

Se identificaron un total de 113 estudios en las 5 bases de datos objeto de análisis, con las palabras clave previamente citadas. Una vez aplicados los criterios de inclusión y eliminados los documentos duplicados se incluyeron un total de 22 artículos científicos en la síntesis cualitativa/cuantitativa de la revisión sistemática (véase figura 1).

En cuanto a las características generales de los estudios revisados, cabe destacar por un lado las diferencias contextuales y por otro lado la variabilidad de técnicas de recogida de los datos, así como el diseño metodológico y las unidades de análisis. En cuanto al año de realización, podemos decir que se trata de una temática relativamente reciente, no mayor a dos decenios y con acentuación en el último lustro (véase tabla 1).

Tabla 1. Características de los textos analizados, en razón de número

Año de publicación		Contexto		Diseño metodológico		Técnica de obtención de datos		Población y muestra	
2021	2	Sudáfrica	4	Revisión sistemática	1	Análisis de datos secundarios	4	Estudios y documentos sobre el tema	3
2020	2	EEUU	3	Revisión narrativa	3	Expedientes	1	Hombres y mujeres con seropositividad	3
2018	2	México	4	Estudios cuantitativos	11	Cuestionario	6	Mujeres seropositivas	6
2017	3	Brasil	2	Estudios cualitativos	5	Encuesta	4	Hombres seropositivos	1
2016	4	Colombia	1	Estudios mixtos	2	Entrevistas semi-estructuradas	2	Mujeres seropositivas y no seropositivas	6
2014	2	España	1			Entrevistas en profundidad	1	Hombres seropositivos y no seropositivos	1
2012	1	República Dominicana	1			Grupos focales y cuestionarios	1	Expertos	1
2011	1	Cuba	1			Grupos focales y entrevistas en profundidad	1	Mujeres seropositivas, parejas y expertos	1
2010	1	Canadá	1			Análisis de datos secundarios, lluvia de ideas y entrevistas estructuradas	1		
2009	2	Trinidad y Tobago	1			Expedientes y cuestionarios	1		
2008	1	Etiopía	1						
2002	1	Jamaica							
		Myanmar							
		Nepal							
		Senegal							
		Tailandia							
		Reino Unido							
		Multicéntricos de más de 100 países	2						
<b>Total</b>	<b>22</b>		<b>22</b>		<b>22</b>		<b>22</b>		<b>22</b>

Fuente: elaboración propia



No obstante, la identificación del uso de instrumentos validados y pruebas estadísticas de fiabilidad en cada estudio es necesario mencionar que los estudios cualitativos incluidos utilizan la triangulación, la constatación de resultados con literatura científica y/o la revisión por pares. En cuanto a los estudios cuantitativos se aprecia el uso de instrumentos validados y/o la validación de éstos en el uso de escalas Likert; así como el uso del estadístico de fiabilidad t-Student para la comparación de medias. En el resto de los documentos se aprecia el uso del estadístico de chi-cuadrado. Aunque los estudios de Tymchuk, et col. (2018) y Narasimhan et col. (2016) no especifican la validación de los instrumentos y los de Narasimhan et col. (2016) y Reid, Nielsen y Reddock (2010) no incluyen pruebas de fiabilidad.

Entre los estudios analizados se han identificado 5 cuestiones centrales en cuanto a la violencia en pareja en personas seropositivas: (1) las formas a través de las cuales ésta se ejerce, (2) la prevalencia, (3) las variables de riesgo y (4) protectoras frente a la violencia en pareja en personas seropositivas y (5) las consecuencias de dicha violencia. Es importante resaltar que ninguna revisión sistemática identificada hace referencia a intervenciones de prevención del VIH/ITS con mujeres que han experimentado violencia en pareja.

En cuanto a *las formas de ejercer la violencia* que se presentan, se puede decir que al igual que en parejas no seropositivas, ésta se manifiesta regularmente a través de acciones físicas, psicológicas, patrimoniales y verbales. No obstante, el estudio de Rodríguez-Otero y Rodríguez (2021) encontró que sí existen formas específicas mediante las cuales se hace uso del VIH para ejercer la violencia; por ejemplo: (1) amenazar con decir a otras personas el estatus de seropositividad, (2) ocultar la portación del VIH y contagiar a la pareja, (3) impedir a la pareja ir al doctor o a la clínica, (4) impedir a la pareja tomar la medicación y (5) decir a la pareja que si no está con él/ella, al tener VIH, otras personas no querrán estar él/ella. Tal como se muestra en la tabla 2, el estudio de Reid, Nielsen y Reddock (2010) encontró que la principal acción violenta asociada a la condición de seropositividad es negarse a usar preservativo durante en las relaciones sexuales. En tanto que el estudio de Rodríguez-Otero y Rodríguez (2021), muestra una mayor amplitud de manifestaciones. No obstante, los autores señalan que ningún caso manifestó impedimentos para ir al doctor o a la clínica por parte de la pareja.

Tabla 2. Prevalencia según tipo de acción violenta asociada a la condición de seropositividad

Acción violenta	Prevalencia %	Nivel de significancia	Autores
Amenazas con revelar el estatus de seropositividad	2	> 0,05	Rodríguez-Otero y Rodríguez (2021)
Ocultamiento de la portación del VIH y contagio por parte de la pareja	2,5	> 0,05	
Impedimentos para tomar la medicación	0,5	> 0,05	
Decir a la pareja que, si no está con él/ella, al tener VIH, otras personas no querrán estar él/ella	1,5	> 0,05	
Negarse a usar preservativa en las relaciones sexuales	2,02	(a)	Reid, Nielsen y Reddock (2010)

Nota: (a) El estudio no presenta esas pruebas.

Fuente: Elaboración propia.

En referencia a la *prevalencia* de este tipo de violencia, se han identificado 12 estudios que analizan de forma cuantitativa dichas variables. Éstos muestran la existencia de un amplio intervalo que va desde 19,6% a 43,1%, tal como se muestra en la tabla 3.

Por otro lado, a través de la revisión realizada se observó en referencia la prevalencia que existe una mayor prevalencia de víctimas en: (1) población migrante y HSH (\*)<sup>2</sup> (Martínez, et col, 2014), (2) mujeres seropositivas que no seropositivas (Pinho, Cabral y Barbosa, 2017; Barros, Schraiber y França-Junior, 2011; González-Pacheco, Lartigue y Vázquez, 2008)<sup>3</sup>, (3) mujeres, parejas no heterosexuales y en parejas en la que ambos miembros son seropositivos (Rodríguez-Otero y Rodríguez, 2021) y (4) en sujetos con mayor nivel de apego seguro y satisfacción con la vida (Rodríguez-Otero y Rodríguez, 2021). En este sentido Rodríguez-Otero y Rodríguez (2021) identificaron las siguientes frecuencias de violencia en pareja: (a) el 30,03% de hombres y el 66,66% de mujeres ( $p > 0,05$ ), (b) el 32,65% parejas heterosexuales y el 49,95% de parejas no heterosexuales ( $p > 0,05$ ), (c) el 66,66% de parejas seroprevalentes y el 50,58% de las parejas serodiscordantes ( $p > 0,05$ ), (d) en sujetos con mayor nivel de apego seguro ( $x = 2,58$ ; DT = 0,931;  $p = 0,848$ ) y (e) en pacientes con mayor nivel de satisfacción con la vida ( $x = 3,54$ ; DT = 1,11;  $p = 0,198$ ).

2. (\*) Se trata de una revisión bibliográfica.

3. Pinho, Cabral y Barbosa (2017) identificaron que el 30,7% de las mujeres con VIH y el 19,5% de mujeres no seroprevalentes sufrieron violencia en pareja ( $p = 0,005$ ). Barros, Schraiber y França-Junior (2011) señalan que el 72,1% de las mujeres con VIH y el 62,8% de mujeres no seroprevalentes sufrieron violencia en pareja. No especificar valor de chi cuadrado. González-Pacheco, Lartigue y Vázquez (2008) no especificar valor estadístico de las mujeres no seropositivas.

Tabla 3. Prevalencia de la violencia en personas con seropositividad, diferenciada por contexto

País	Prevalencia (%)	Nivel de significancia	Índice de confianza (%)	Autores y año
Brasil	30,7	0,05	(a)	Pinho, Cabral y Barbosa (2017)
	72,1	0,9; 2,4	95	Barros, Schraiber y França-Junior (2011)
Sudáfrica	19,6	44,8; 52,6	95	Peltzer, Rodriguez y Jones, (2016)
	42	0,84; 1,37	95	Kim, et col (2009)
México	40,4	0,05	(a)	Rodríguez-Otero y Rodríguez (2021)
Colombia	33,6	27: 40	95	Arévalo-Mora (2020)
España	43,1	0,05	(a)	Toda, et col (2020)
Canadá	76,1	(a)	(a)	Bird, Lemstra, Rogers y Moraros (2016)
EEUU	62	(a)	(a)	Villegas, et col (2012)
Etiopía Jamaica Myanmar Nepal Senegal Tailandia Reino Unido	89	(a)	(a)	Narasimhan et col (2016)

Nota: (a) El estudio no presenta esas pruebas.

Fuente: Elaboración propia.

Respecto a las *variables de riesgo/ protectoras*, Cavanaugh y Ward (2021) señalan que existen tres grandes dimensiones (información, motivación y habilidades conductuales). La dimensión información alude a la ausencia de conocimientos sobre VIH y las ITS y la falta de comunicación con la pareja; aspecto identificado también en las investigaciones de Villegas, et col. (2012) y Reid, Nielsen y Reddock (2010). Por otro lado, mencionan las actitudes hacia los condones, la comodidad con las discusiones sexuales, las intenciones de comportamientos preventivos vinculados con el sexo seguro y las cogniciones de riesgo sexual en cuanto a la dimensión motivación (Cavanaugh y Ward, 2021); pero Derosé, et col. (2017) también aluden al miedo como factor vinculado a la motivación. En cuanto a las habilidades conductuales Cavanaugh y Ward (2021) refieren a: las capacidades para negociar el uso de condones (aspecto también presentado por Reid, Nielsen y Reddock, 2010), la discusión

sobre sexo seguro con la pareja, las estrategias de sexo más seguro, la asertividad sexual y la autoeficacia para las conductas de reducción del riesgo de VIH / ITS. No obstante, se han identificado otros estudios que incluyen el ocultamiento y/o desvelamiento del estatus de seropositividad (Juan-Martínez, Rangel, Castillo-Arcos y Cacique, 2018; Barros, Schraiber y França-Junior, 2011), las infidelidades (Derose, et col., 2017), las actitudes negativas hacia las personas seropositivas (Juan-Martínez, Rangel, Castillo-Arcos y Cacique, 2018; Villegas, et col, 2012); así como la no comunicación con la pareja, la inequidad en la toma de decisiones en las relaciones sexuales (Hatcher, Colvin, Ndlovu y Dworkin, 2014) y las experiencias padadas de control y de violencia (Kim, et col, 2009; Arévalo-Mora, 2020).

Además de las dimensiones expuestas por Cavanaugh y Ward (2021), también se identificaron estudios que incluyen como factores determinantes: (1) ciertas cuestiones sociodemográficas, (2) aspectos culturales, (3) elementos relacionados con la dimensión salud, (4) variables sociofamiliares y (5) cuestiones políticas. En cuanto a las variables sociodemográficas se advierten estudios que presentan como elementos determinantes ante este tipo de violencia: (1) la dependencia económica (Arévalo-Mora, 2020; Juan-Martínez, Rangel, Castillo-Arcos y Cacique, 2018; Derose, et col, 2017), (2) el ejercicio de actividades relacionadas con el trabajo sexual (Toda, et col, 2020), (3) las situaciones de inseguridad en el empleo y en la vivienda (Toda, et col, 2020; Hartmann, et col, 2016), (4) la edad (Arévalo-Mora, 2020; Villegas, et col., 2012), (5) las cargas familiares de menores (Arévalo-Mora, 2020), (6) el tipo de familia monoparentales o nucleares (Arévalo-Mora, 2020) y (7) la situación sentimental de las mujeres en unión libre y/o separadas (Arévalo-Mora, 2020). Respecto a las cuestiones culturales, entre los estudios analizados se presentan como variables determinantes el rechazo y la discriminación por parte de familiares y/o personas de la comunidad, lo que disminuye su red de apoyo social (Juan-Martínez, Rangel, Castillo-Arcos y Cacique, 2018), los factores culturales, especialmente por cuestiones étnicos y religiosos (Juan-Martínez, Rangel, Castillo-Arcos y Cacique, 2018) y cuestiones estructurales de la desigualdad de género (Hartmann, et col, 2016). En tanto en cuanto a la dimensión salud se presentan cuestiones tales como: (1) la no adherencia al tratamiento del agresor (Juan-Martínez, Rangel, Castillo-Arcos y Cacique, 2018), (2) el consumo de alcohol (Juan-Martínez, Rangel, Castillo-Arcos y Cacique, 2018; Derose, et col, 2017; Hartmann, et col, 2016; Hatcher, Colvin, Ndlovu y Dworkin, 2014); (3) el consumo de drogas (Arévalo-Mora, 2020; Hatcher, Colvin, Ndlovu y Dworkin, 2014), (4) el haber sufrido alguna infección de transmisión sexual (incluido el VIH) y/o inyectarse drogas no de forma diaria (Toda, et col, 2020), (5) la presencia de síntomas depresivos (Peltzer, Rodríguez y Jones, 2016; Villegas, et col, 2012) y (6) el no acceso al PREP o a la medicación retroviral específica para el VIH (Hartmann, et col, 2016). En referencia a la dimensión familiar y social, a través del análisis de contenido de los documentos se han identificado las siguientes variables: (1) la falta de redes de apoyo (Rodríguez-Otero y Rodríguez, 2021; Juan-Martínez, Rangel, Castillo-Arcos y Cacique, 2018; Hartmann, et col, 2016); (2) el desconocimiento del estatus de seropositividad por parte de la red social (Rodríguez-Otero y Rodríguez, 2021; Juan-Martínez, Rangel, Castillo-Arcos y Cacique, 2018; Derose, et col, 2017), (3) la existencia de cargas familiares (Arévalo-Mora, 2020), (4) el apoyo social y económico (Arévalo-Mora, 2020) y (5) la percepción social de la violencia (Hatcher, Colvin, Ndlovu y Dworkin, 2014). Finalmente, tanto la falta de políticas y de recursos (Gutiérrez y Lemus, 2017; Hatcher, Colvin, Ndlovu y Dworkin, 2014; Lusti-Narasimhan, Collin y Mbizvo, 2009), como el apoyo institucional (Derose, et col, 2017; Lusti-Narasimhan, Collin y Mbizvo, 2009) se perfilan como variables políticas determinantes. En este sentido, Lusti-

Narasimhan, Collin y Mbizvo (2009) añaden el hecho de no abordar las cuestiones de violencia género, la profilaxis posterior a la exposición para víctimas de violencia y la anticoncepción de emergencia en la normativa y propuestas de política pública. Mientras que Herrera y Campero (2002), haciendo mención al carácter legal del orden establecido mencionan la importancia de las representaciones, actitudes y discursos institucionales y destacar el papel que tienen las fuentes de poder al respecto: (1) la información y la educación, (2) las habilidades sociales, (3) el acceso a servicios y a tecnologías de prevención, (4) el acceso a recursos económicos, (5) el capital social y (6) la oportunidad de tener voz en la toma de decisiones en todos los niveles.

Otra de las categorías identificadas en los estudios hace referencia a las *consecuencias* que produce este tipo de violencia; las cuales se relacionan con tres dimensiones (salud, económico y social). Respecto a la dimensión salud, según los estudios analizados, la existencia de violencia en pareja influye en la trayectoria de la enfermedad en las víctimas (Juan-Martínez, Rangel, Castillo-Arcos y Cacique, 2018) y genera trastornos del estado de ánimo y alteraciones neurocognitivas en las mismas (Tymchuk, et col, 2018); así como síntomas depresivos (Tymchuk, et col, 2018). Por otro lado, a nivel económico favorece el distanciamiento de las víctimas de las fuentes de apoyo económico y alimentario (Derose, et col, 2017); mientras que a nivel social genera tanto la internalización del estigma entre las víctimas (Derose, et col, 2017) como distanciamiento familiar y social (Derose, et col, 2017).

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

A través de la presente investigación se ha constatado que la violencia en pareja en personas seropositivas tiene rasgos distintivos, los cuales se asocian en primer lugar al poco acervo en la investigación; ya que solamente se han identificado 22 artículos científicos que tratan de forma directa tal problemática. Por otro lado, se observa una mayor tendencia al abordaje de la violencia de género que a otras formas de violencia en pareja; lo cual se debe tanto al estigma asociado al VIH (Kouyoumdjian, Findlay, Schwandt y Calzavara, 2013) como a la invisibilización de la violencia intra-género (Cerezo, Pagés, Ramos y Torricelli, 2011; Rojas, Rojas, Meza y Villalobos, 2021).

Asimismo, se aprecia que la violencia en pareja en personas seropositivas, además de materializarse mediante violencia física, psicológica, patrimonial, sexual y verbal (Aiquipa y Canción, 2020), se puede presentar a través del uso del VIH para ejercer la violencia: (1) amenazar con decir a otras personas el estatus de seropositividad, (2) ocultar la portación del VIH y contagiar a la pareja, (3) impedir ir al doctor o a la clínica a la pareja, (4) impedir tomar la medicación a la pareja y (5) decir a la pareja que si no está con él/ella, al tener VIH, otras personas no querrán estar él/ella.

En referencia a la prevalencia de este tipo de violencia, se han identificado 12 estudios que analizan de forma cuantitativa dicha variables, a través de los cuales se advierte que existen un amplio intervalo que varía desde el 19,6% al 43,1% en función del contexto y el año; aspecto también referido por otros autores (Galvan et col, 2004; Bogart et col, 2005; Craft y Serovich, 2005; Kouyoumdjian, Findlay, Schwandt y Calzavara, 2013). También se

observó en referencia la prevalencia que existe una mayor prevalencia de víctimas en: (1) población migrante y HSH, (2) mujeres seropositivas que no seropositivas, (3) mujeres, parejas no heterosexuales y en parejas en la que ambos miembros son seropositivos y (4) en sujetos con mayor nivel de apego seguro y satisfacción con la vida. De esta forma se constata la confluencia de otros estigmas con el VIH y la influencia de factores sociales, culturales, políticos e institucionales (Bogart et col, 2005; Kouyoumdjian, Findlay, Schwandt y Calzavara, 2013).

En cuanto a las variables de riesgo y las variables protectoras de la violencia en pareja en personas seropositivas, a de más de la existencia de factores psicológicos y consumos de sustancias en las víctimas y agresores Aponte, et. Col. (2020), la percepción social de la violencia, el nivel educativo, el empleo, la cobertura sanitaria, el machismo, la LGTBI-fobia y el estigma sobre el VIH (Cerezo, Pagés, Ramos y Torricelli, 2011), se advirtieron diferentes dimensiones que definen la multidimensionalidad de esta problemática; las cuales se asocian con cuestiones: (1) informativas, (2) motivacionales, (3) de habilidades conductuales, (4) sociodemográficas, (5) culturales, (6) de salud, (7) sociofamiliares y (8) políticas.

Finalmente, los resultados reflejan que, al igual que en la violencia de género, en este tipo de situaciones producen consecuencias vinculadas con aspectos tanto sociales, económicos y de salud, las cuales afectan tanto a las víctimas de violencia (Arévalo-Mora, 2019) como a su entorno (Rojas, Rojas, Meza y Villalobos, 2021) y en el transcurso de la patología de víctimas y agresores (Arévalo-Mora, 2019).

### *Limitaciones*

Cabe destacar que los estudios se contextualizan en un total de 17 países; por ende, al tratarse de la violencia en pareja de una problemática en la que infieren las variables socioculturales y contextuales, la comparación de los datos de prevalencia son limitados. Por otro lado, los estudios de Tymchuk, et col (2018) y Narasimhan et col. (2016) no especifican la validación de los instrumentos aplicados y además el de Narasimhan et col. (2016) y el de Reid, Nielsen y Reddock (2010) no incluyen pruebas de fiabilidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiquipa, J. J., y Canción, N. M. (2020). Mujeres supervivientes de violencia de pareja: factores y procesos psicológicos implicados en la decisión de permanecer o abandonar la relación. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 38(1), 189-202. <https://www.semanticscholar.org/paper/Mujeres-supervivientes-de-violencia-de-pareja%3A-y-en-Tello-Su%C3%A1rez/f843bb688433d8b8d70ce3ab45f06f88d2be66f0>
- Alonso, A., Cerezo, A., Pagés, R. A., Ramos, K., & Torricelli, V. (2011). *Informe de situación sobre VIH y violencia basada en el género: una aproximación desde los determinantes sociales*. Guatemala: ONUSIDA. Disponible en [https://www.paho.org/gut/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=9-derechos-humanos-y-salud&alias=445-informe-de-situacion-sobre-vih-y-violenciabasada-en-genero&Itemid=518](https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=9-derechos-humanos-y-salud&alias=445-informe-de-situacion-sobre-vih-y-violenciabasada-en-genero&Itemid=518)
- Aponte, C., Araoz, R., Medrano, P., Ponce, F., Taboada, R., Velásquez, C., & Pinto, B. (2020).

- Satisfacción conyugal y riesgo de violencia en parejas durante la cuarentena por la pandemia del covid-19 en Bolivia. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS*, 18(2), 416-457. Recuperado en 05 de octubre de 2021, de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-21612020000200005&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612020000200005&lng=es&tlng=es).
- Arévalo-Mora L. (2019). Mujeres víctimas de violencia de pareja en el contexto de la infección por VIH en la ciudad de Bogotá. Fase I, 2017. *Revista de Salud Pública*, 21(1): 34-41. Disponible en [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642019000100034](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642019000100034)
- Arévalo-Mora, L. (2020). Mujeres víctimas de violencia de pareja en el contexto de la infección por VIH en la ciudad de Bogotá. Fase I, 2017. *Revista de Salud Pública*, 21, 34-41. <https://www.scielosp.org/article/rsap/2019.v21n1/34-41/>
- Barros, C., Schraiber, L. B., & França-Junior, I. (2011). Association between intimate partner violence against women and HIV infection. *Revista de saude publica*, 45, 365-372. <https://www.scielo.br/j/rsp/a/BWM5CRndpkSPnPFTYnPV4wp/abstract/?lang=en>
- Bird, Y., Lemstra, M., Rogers, M., & Moraros, J. (2016). Third-world realities in a first-world setting: A study of the HIV/AIDS-related conditions and risk behaviors of sex trade workers in Saskatoon, Saskatchewan, Canada. *Sahara-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 13(1), 152-161. <https://www.ajol.info/index.php/saharaj/article/view/143850>
- Bogart, L. M., Collins, R. L., Cunningham, W., Beckman, R., & Golinelli, D. (2005) The association of partner abuse with risky sexual behaviors among women and men with HIV/AIDS. *AIDS Behav*, 9, 325-333. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16091853/>
- Cavanaugh, C., & Ward, K. (2021). HIV/STI prevention interventions for women who have experienced intimate partner violence: a systematic review and look at whether the interventions were designed for disseminations. *AIDS and Behavior*, 1-12. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10461-021-03318-5>
- Craft, S. M. & Serovich, J. M. (2005) Family-of-origin factors and partner violence in the intimate relationships of gay men who are HIV positive. *Journal Interpers Violence*, 20, 777-791. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1255964/>
- Derose, K. P., Payán, D. D., Fulcar, M. A., Terrero, S., Acevedo, R., Farías, H., & Palar, K. (2017). Factors contributing to food insecurity among women living with HIV in the Dominican Republic: A qualitative study. *PloS one*, 12(7), e0181568. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0181568>
- Galvan, F. H., Collins, R., Kanouse, D. E., Burnam, M. A. & Paddock, S. M. (2004) Abuse in the close relationships of people with HIV. *AIDS Behav*, 8, 441-451. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10461-004-7328-z>
- González-Pacheco, I., Lartigue, T., & Vázquez, G. (2008). Estudio de casos y controles en un grupo de mujeres embarazadas con experiencias adversas en la infancia y/o adolescencia e infecciones de transmisión sexual. *Salud mental*, 31(4), 261-270. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252008000400003](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000400003)
- González, J., Buñuel, J. C., y Aparicio, M. (2011). Listas guía de comprobación de revisiones sistemáticas y metaanálisis: declaración PRISMA. *Evidencias en pediatría*, 7(97), 1-6. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5621308.pdf>
- Gutiérrez, M. R. B., & Lemus, M. D. (2017). Integración de la perspectiva de género en la prevención de las ITS/VIH/sida en atención primaria de salud. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 31(4), 1-8. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=81767>
- Hartmann, M., Montgomery, E., Stadler, J., Laborde, N., Magazi, B., Mathebula, F., & van der Straten, A. (2016). Negotiating the use of female-initiated HIV prevention methods in a

- context of gender-based violence: the narrative of rape. *Culture, health & sexuality*, 18(6), 611-624. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13691058.2015.1101786>
- Hatcher, A. M., Colvin, C. J., Ndlovu, N., & Dworkin, S. L. (2014). Intimate partner violence among rural South African men: alcohol use, sexual decision-making, and partner communication. *Culture, health & sexuality*, 16(9), 1023-1039. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13691058.2014.924558>
- Herrera, C., & Campero, L. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud pública de México*, 44(6), 554-564. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=17060>
- Juan-Martínez, B., Rangel Flores, Y. Y., Castillo-Arcos, L. D. C., & Cacique, L. (2018). Ser mujer indígena, vivir con VIH y violencia de pareja: una triple vulneración frente al derecho a la salud. *Index de Enfermería*, 27(3), 161-165. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962018000200012](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000200012)
- Kim, J., Ferrari, G., Abramsky, T., Watts, C., Hargreaves, J., Morison, L., ... & Pronyk, P. (2009). Assessing the incremental effects of combining economic and health interventions: the IMAGE study in South Africa. *Bulletin of the World Health Organization*, 87, 824-832. [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/bwho/v87n11/a10v8711.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/bwho/v87n11/a10v8711.pdf)
- Kouyoumdjian, F. G., Findlay, N., Schwandt, M., & Calzavara, L. M. (2013). A systematic review of the relationships between intimate partner violence and HIV/AIDS. *PLoS One*;8(11). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24282566/>
- Lusti-Narasimhan, M., Collin, C., & Mbizvo, M. (2009). Sexual and reproductive health in HIV-related proposals supported by the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. *Bulletin of the World Health Organization*, 87, 816-823. <https://www.scielosp.org/article/bwho/2009.v87n11/816-823/en/>
- Martinez, O., Wu, E., Sandfort, T., Shultz, A. Z., Capote, J., Chávez, S., ... & Ovejero, H. (2014). A couple-based approach: An innovative effort to tackle HIV infection among Latino gay men. *Ehquidad*, 1, 15-32. <https://europepmc.org/article/med/25580466>
- Narasimhan, M., Orza, L., Welbourn, A., Bewley, S., Crone, T., & Vazquez, M. (2016). Sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV: a global community survey. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(4), 243. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4794297/>
- Peltzer, K., Rodriguez, V. J., & Jones, D. (2016). Prevalence of prenatal depression and associated factors among HIV-positive women in primary care in Mpumalanga province, South Africa. *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 13(1), 60-67. <https://www.ajol.info/index.php/saharaj/article/view/136891>
- Pinho, A. D. A., Cabral, C. D. S., & Barbosa, R. M. (2017). Diferencias y similitudes entre mujeres que viven y no viven con VIH: aportes del estudio GENIH para la atención a la salud sexual y reproductiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(12). [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017001205006&script=sci\\_abstract&tlng=es](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017001205006&script=sci_abstract&tlng=es)
- Reid, S. D., Nielsen, A. L., & Reddock, R. (2010). Changes in HIV needs identified by the National AIDS Hotline of Trinidad and Tobago. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 27, 93-102. [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rpsp/v27n2/a02v27n2.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v27n2/a02v27n2.pdf)
- Rodríguez-Otero, L. M. y Rodríguez, M. G. (2021). El VIH como vía de materialización de la Violencia de Género e Intragénero. *Enfermería Global*, 20(2), 196-215. <https://revistas.um.es/global/article/view/435891/302801>



- Rojas, J. L., Rojas, I., Meza, R. N., & Villalobos, A. (2021). Violencia de parejas gays y en hombres que tienen sexo con hombres: una revisión sistemática exploratoria. *Revista Criminalidad*, 63(1), 173-186. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1794-31082021000100173](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-31082021000100173)
- Toda, C. F., Casabona, J., Majó, X., Meroño, M., González, V., Colom, J., Brugal, M., Espelt, A. (2020). Mujeres que usan drogas inyectadas y violencia: necesidad de una respuesta integrada. *Adicciones*, 20(10), 1-8. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1322>
- Tymchuk, S., Gomez, D., Koenig, N., Gill, M. J., Fujiwara, E., & Power, C. (2018). Associations between depressive symptomatology and neurocognitive impairment in HIV/AIDS. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(5), 329-336. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0706743717737029>
- Urrútia, G., & Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina clínica*, 135(11), 507-511. [https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/suppl/2013/06/10/bmjopen-2012-002330.DC1/bmjopen-2012-002330supp\\_PRISMA-2010.pdf](https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/suppl/2013/06/10/bmjopen-2012-002330.DC1/bmjopen-2012-002330supp_PRISMA-2010.pdf)
- Villegas, N., Cianelli, R., Ferrer, L., Kaelber, L., Peragallo, N., & Yaya, A. O. (2012). HIV PREVENTION FOR HISPANIC WOMEN FIFTY YEARS AND OLDER. *Horizonte de enfermería*, 23(1), 51-61. <https://europepmc.org/article/med/25242862>

## Invención de la Espera o Tejiendo expectativas y ausencias mientras pasa el tiempo

*Invention of Waiting or Weaving expectations and absences as time goes by*

*Invenção da espera ou tecer expectativas e ausências com o passar do tempo*

JOSÉ SILES

José Siles

Universidad de Alicante. España.

jose.siles@ua.es

<https://orcid.org/0000-0003-3046-639X>

Fecha recepción: 27/01/2024

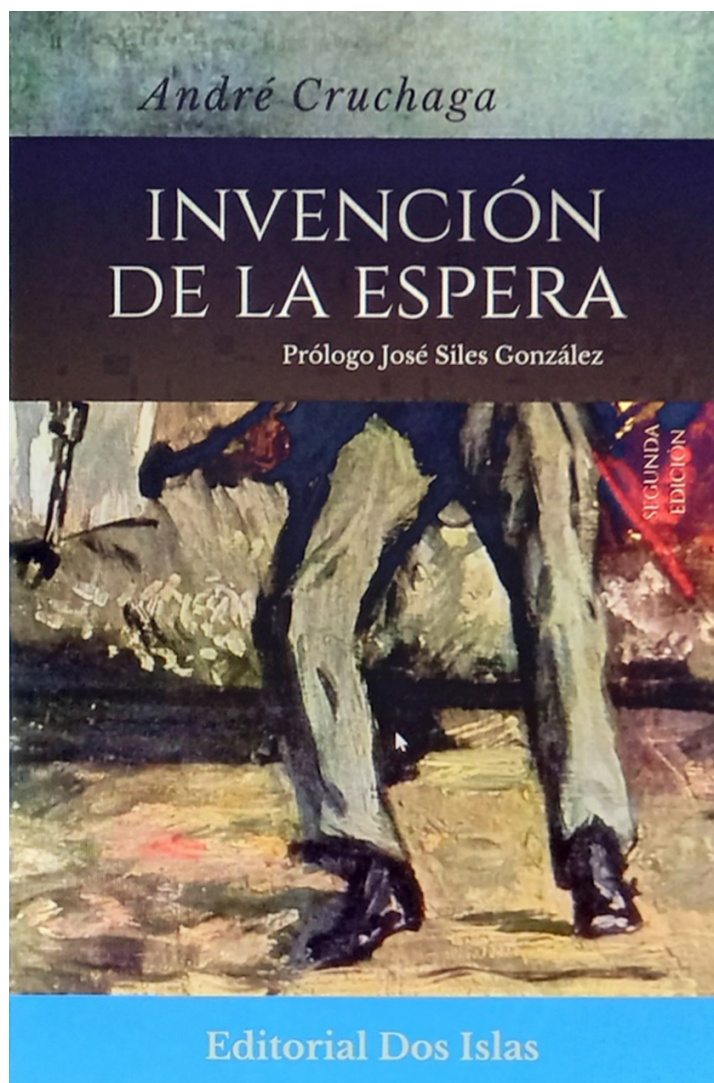
Fecha aceptación: 22/02/2024



**Licencia:** Este trabajo se comparte bajo la licencia de Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons (CC BY-NC-SA 4.0): <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

© 2024 Jose Siles

**Citación reseña:** Siles, J. (2024). Invención de la Espera o Tejiendo expectativas y ausencias mientras pasa el tiempo. *Cultura de los Cuidados*, (68), 329–340. <https://doi.org/10.14198/cuid.27227>



Cruchaga, A. (2024) *Invención de la espera*. El Salvador: Editorial Dos Islas.

**Resumen:** En esta reseña, José Siles analiza y describe las características del último poemario del poeta Salvadoreño André Cruchaga.

**Palabras Clave:** Poesía; André Cruchaga; poesía salvadoreña.

**Abstract:** In this review, José Siles analyses and describes the characteristics of the latest collection of poems by Salvadoran poet André Cruchaga.

**Keywords:** Poetry; André Cruchaga; Salvadoran poetry.

**Resumo:** Nesta resenha, José Siles analisa e descreve as características da última coletânea de poemas do poeta salvadorenho André Cruchaga.

**Palavras-chave:** Poesía; André Cruchaga; poesia salvadorenha.

El poeta salvadoreño André Cruchaga (Nueva Concepción, Chalatenango: 1957), cuya singladura por el mundo de la poesía se inició allá por la década de los noventa compatibilizando su faceta lírica -que acabaría convirtiéndose en algo fundamental en su vida- con su actividad docente y la gestión en instituciones educativas; ha sido capaz de dar a luz una vasta e impresionante obra cuyos ecos han trascendido fronteras geográficas, lingüísticas y culturales (sus poemarios han sido editados en diferentes países de distintos idiomas y variopintas culturas). Entre su amplia producción poética se pueden destacar: “Alegoría de la palabra” (1992), “Visión de la muerte” (1994), “Enigma del tiempo” (1996), “Roja Vigilia” (1997), “Rumor de pájaros” (2002), “Oscuridad sin fecha” (2006), “Pie en tierra” (2007), “Caminos cerrados” (2009), “Viajar de la Ceniza” (2010), “Cielorraso” (2017), “Vacío habitado” (2020), “Estación Huidobro” (2021), “Lejanías rotas” (2022), “Noción de la extrañeza: Antología poética (1988-2018)” (2022), “Metáfora del desconcierto”(2023), “Camino disperso” (2023), etc.

A estas alturas tengo claro que Cruchaga es uno de los autores más prolíficos que conozco (su amplia obra lo corrobora), pero, además, el salvadoreño acostumbra a dotar a sus poemas con una hondura poco habitual en el panorama poético actual y que en alguna ocasión he llegado a calificar de “radical”<sup>1</sup>. Su originalidad, tan natural que deslumbra casi sin querer, confiere a sus versos (y a su prosa poética) la trascendencia desnuda en sí misma, sin abanderamientos tendenciosos ni artificios baldíos, de los grandes escritores que no necesitan mutilar la realidad para hacer más fácil la comprensión de las contradicciones de la vida. Así, en su dilatada obra, nos damos de bruces con poemarios que, respondiendo a diferentes temáticas, mantienen con atino y severa pertinencia el rumbo de una nave lírica cuyo patrón tiene claras las coordenadas que tiene que seguir para alcanzar siempre el mismo destino, un puerto conocido de antemano solo en el plano onírico, pero revelado durante el proceso de escritura que ha dado lugar a tantos vástagos poéticos. De ahí la necesidad de escribir de Cruchaga: no puede vivir sin reiniciar, una y otra vez, el mismo periplo que le ha de llevar siempre a la misma dársena, un fondeadero donde pueda, al fin, anclar su existencia navegante.

He tenido la inmensa suerte de leer con profusión a Cruchaga. Sus poemas, casi siempre escorados a la prosa poética, jamás me han dejado indiferente y a estas alturas he de confesar que mi creciente interés por su obra estaba vinculado al hecho de que me resultara imposible quedarme impasible ante la lectura de una poesía en la que me sentía como en mi propia casa; sí, una lectura que reflejaba en gran medida lo que yo siempre he intuido que constituye la esencia de la poesía. Tal vez por este seguimiento contumaz de la obra de un poeta como Cruchaga al que he calificado en otras ocasiones como referente de la poesía “humanista sensorial”, y tras diferentes interpretaciones sobre la misma, creo que por fin, con la lectura de “Invención de la Espera”, he llegado a descubrir, al menos en parte, la nucleogénesis que constituye su proceso creativo. Pero vayamos en primer lugar al sugestivo título de este nuevo poemario.

---

1. “(...) Una radicalidad (de raíz, de profundidad, de ignota trascendencia) que confiere un gran calado al conjunto de la obra. Efectivamente, leyendo cualquiera de estos poemas al azar, el lector podrá confirmar tras su detenida lectura la persistencia de una estética que trasciende y aglutina la diversidad temática en cualquiera de ellos. Tal como afirmamos cuando escribimos la reseña de Cielorraso: “(...) Cruchaga no se ampara en la supuesta sencillez del fenómeno sujeto de su acción poética, sino que su indagación profundiza en las raíces siguiendo todas las vías posibles del ser poético..., ser que observa, siente, huele, ama, odia, toca, disfruta, sufre y, sobre todo, respeta la esencia del sentimiento (Siles, 2019).

La espera -su invención- como título que preludia una temática, supone un reto a la imaginación de los lectores: ¿Qué es la espera y qué o a quién se espera? El irlandés Samuel Becket (secretario de James Joyce) a mediados del siglo XX, escribió *Esperando a Godot*, un personaje que nunca llega a presentarse mientras sí que hay otros personajes que lo esperan con más o menos paciencia, a la vez que se agranda la sombra de una ausencia (lo que no acaba de llegar) (Becket, 2015). No se sabe para que lo esperan ni parece importar, pero mientras el tiempo pasa la espera -y por tanto la ausencia- va adquiriendo protagonismo y, al mismo tiempo, perdiendo sentido. Cruchaga propone la *Invencción de la espera* para que esperemos algo, tal vez aguardando la llegada de la felicidad, el amor, un amigo, la enfermedad o la muerte (que sería el final de la mencionada espera). Analizando algunos de los poemas integrados en *Invencción de la espera* podemos hallar algunas pistas sobre el enfoque del autor respecto a la espera.

En *He abierto los ojos*, la espera es sumamente incómoda y se evidencia a través de la autocontemplación: “(...) Es torpe el frío frente al espejo degollado de la espera (...)” (Cruchaga, 2024, 114); por otro lado, en *Todo pasa*, Cruchaga parece advertirnos sobre la futilidad de toda espera: “(...) La vida supone una espera desheredada(...)” (Cruchaga, 2024, 115); Asimismo, en *Casi comedia este pasado*, se nos advierte de las bajezas y pobreza de la espera: “(...) la espera, al cabo, es infame embriaguez, indigencia (...)”. (Cruchaga, 2024, 118); por último, en *Infructuosidad*, el poeta nos previene de que, en realidad, todos somos víctimas de la espera: “(...) De alguna manera fuimos «víctima de la angustia, del que espera de súbito que todo se haga luminoso»(...)” (Cruchaga, 2024, 125). En definitiva, Cruchaga nos dice que hay que abrir los ojos para percatarse de que todo pasa, todo... menos la espera.

En reseñas previas sobre su obra he sostenido que el cruchaguismo se caracteriza por el mantenimiento de unas constantes o líneas maestras que se manifiestan, por un lado, en cuanto a recursos propiamente literarios: la sinestesia (polisensualismo), la metáfora, el simbolismo, la sensorialidad transversal, etcétera; y, por otro lado, persistencias derivadas de su particularismo literario que incidían en el anclaje de su poesía en diferentes caladeros estéticos<sup>2</sup>: creacionismo (Ahí están sus reiteradas referencias a Huidobro e incluso su poemario titulado “Estación Huidobro”) o ultraísmo (aunque no de forma epidérmica, pero en el sustrato de la obra cruchaguiana aparecen vetas borgianas y, sobre todo, urgencias por innovar para erradicar cualquier obstáculo que se interponga en el advenimiento del futuro y en la sensorialidad poética empleando la metáfora como arma principal), surrealismo (la propia sinestesia es una declaración de surrealismo en cuanto hace hablar materia inerte y subleva el orden y organización funcional de los sentidos, tal como ciertos ecos de la etapa surrealista de Alexandre que se dejan translucir en parte de la obra cruchaguiana), absurdismo (al igual que sucede con Huidobro, César Vallejo es otro gran referente en la poesía cruchaguiana que fluye sin pausa entre la angustia y el absurdo) (Matas Moreno, 2007). Podríamos seguir estableciendo

2. “(...) Etiquetar a los poetas según las características de sus obras no es tarea sencilla y, muchas veces resulta artificioso, pero en el caso que nos ocupa es aún una tarea mucho más ardua. También es posible escudriñar las influencias de otros poetas y otros movimientos: modernismo, surrealismo, creacionismo, ultraísmo, etc. En este sentido, Cruchaga admira y ha leído a muchos poetas y seguramente tendrá influencias de muchos de ellos, pero es difícil que se reflejen en su poesía de forma evidente. Vicente Huidobro es uno de los poetas cuya influencia sí se puede atisbar nitidamente en el trabajo de Cruchaga. Huidobro equiparaba el arte poético al ejercicio divino pues éste rezumaba la libertad y la pulsión creadora (...)” (Siles, 2019, 307).

diferentes vínculos con otras tendencias, pero resultaría redundante y poco práctico porque con lo expuesto hasta ahora es suficiente para obtener una imagen o impresión de la complejidad y magnitud de la obra de André Cruchaga; además, en esta poesía el autor respira una libertad hermenéutica tan abierta al holismo experiencial y sensorial (el todo del poema no es equivalente a la suma de sus versos) que resultaría casi imposible que el sugestionado lector no se “contaminara” y acabara identificando paralelismos y perpendicularismos entre la obra cruchaguiana y diferentes (y tal vez aparentemente incompatibles) coordenadas estéticas.

Volviendo a la nucleogénesis, al análisis de la motivación esencial de André Cruchaga, aquello que le impulsa a escribir de la manera que lo hace, creo estar en condiciones de lanzar algunas hipótesis que, aunque no descabelladas, sí que emanan tanto de mi subjetividad, una subjetividad socializada, habitus o conjunto de esquemas generativos a partir de los cuales puedo percibir, sentir y actuar en una realidad dada tal como es el caso del mundo representado en la poesía cruchaguiana y particularmente en “Invención de la Espera” (Bordieu, 2012). A nuestro entender, son tres las líneas maestras sobre las que se vertebra la obra y el auténtico leitmotiv de André Cruchaga: las limitaciones perceptivas del ser humano, las limitaciones y potencialidades del lenguaje para interpretar y describir la realidad, y, por último, las dificultades para entender de forma clara y definitiva el sentido de la vida.

### *La percepción de la realidad como primera limitación del ser humano*

Cruchaga también percibe, siente y actúa según su propia subjetividad, una subjetividad consciente de la incapacidad del ser humano para percibir el mundo en su enredada integridad, dado que estamos limitados a un reducido catálogo de posibilidades sensitivas: colores, sabores, olores, tactos y sonidos. En “Invención de la Espera” (2023) (por supuesto, también en su obra anterior), Cruchaga vuelve a insistir en la necesidad de pulverizar las limitaciones sensoriales mediante el recurso poético:

Sobre el olfato:

En *Eventualidades* nos damos de bruces con un poema donde las parábolas tienen cierta fragancia: “(...) Nada inventamos después del hedor del aroma de las parábolas (...)” (Cruchaga, 2024, 87); Asimismo, en *Única conquista*, el lector se encuentra con el dolor que le provoca al poeta la inodora naturaleza de los recuerdos “(...) y ya no hay sed en el pecho, ni olor en el recuerdo (...)” (Cruchaga, 2024, 31).

Respecto a la vista:

En el poema que da lugar al título del poemario: *Invención de la Espera*, el poeta refleja la necesidad de percibir visualmente el alma en toda su magnitud: “(...) Para darle sentido a la propia defunción, intento sin vaciar mis ojos, otras maneras de ver el absoluto de su alma (...)” (Cruchaga, 2024, 7).

En *Petición*, Cruchaga deja constancia de su anhelo de visualizar la sangre tras la batalla y los temblores del mañana: “(...) luz para ver el hilo de sangre de la batalla, el temblor de mañana (...)” (Cruchaga, 2024, 91).

En el poema *En la distancia*: el poeta barrunta que solo se ve lo que no se puede ver: “(...) supongo que solo nos quedan los ojos para ver la penumbra (...)” (Cruchaga, 2024, 117).

Acerca del Tacto:

En el poema *Ventana de entresueño* el poeta ahonda en la sensualidad sinestésica: “(...) Hay días en los que mis pies no tocan el alba(...)” (Cruchaga, 2024, 71).

Asimismo, en *Eventualidades*, el autor expresa sus sospechas sobre la veracidad de lo que se percibe a través de los sentidos: “(...) Acaso clamor en el falso tacto de los sentidos (...)” (Cruchaga, 2024, 87).

Mientras en *Viajeros impertinentes* y *Un Hombre camina*, Cruchaga se centra en el tacto para volver al recurso polisensorial: “(...) A través del ramaje de la ropa sudada, el pecho toca la cabeza del lenguaje desvelado (...)” (Cruchaga, 2024, 131); “(...) A mi alrededor pasan los ciegos con el aroma de un flor en sus manos y tocan la felicidad de mi tristeza(...)”. (Cruchaga, 2024, 74).

Sobre el oído:

En los poemas *Certezas* y *Juego extraño* el poeta retorna de nuevo al abordaje sinestésico combinado con dosis ajustadas de absurdismo: “(...) Un túnel sordo oye mis cansancios, la piedra con la que tropiezo, la falsa sonrisa con la que espera el alma (...)” (Cruchaga, 2023, 20); “(...) El rastro que dejan las máscaras de agua y que usted oye (...)” (Cruchaga, 2024, 28).

En *Semblante de la ira*, el poeta se lamenta y revuelve ante el acechante cerco que la existencia, en forma de enfermedad, depresión, infortunio, va estrechando, tal vez, en torno a una joven a la que correspondería vivir una fase de esplendor: “(...) Jamás entendí el río de sombras en su joven carne, ni qué moría en su pecho, al escuchar el ojo de agua tibio en su ingle (...)”. (Cruchaga, 2024, 44).

En torno al sabor:

En el poema *Solo este tiempo*, el autor se queja levemente respecto a la fugacidad de la vida y el tiempo que se nos pasa dejándonos un sabor a fruta inmadura que repercute en el lenguaje: “(...) En realidad no hay otro tiempo sino este que se escapa y nos deja un sabor tetelque en las palabras. Un sabor de sintaxis desfigurada (...)” (Cruchaga, 2024, 85).

*Las limitaciones y potencialidades del lenguaje para interpretar  
y describir la realidad: el reto asumido por André Cruchaga*

Es lógico pensar que si no se dispone de capacidades perceptivas para interpretar la verdad, la realidad (Lyotard, 2000)<sup>3</sup>, el lenguaje, que es el principal instrumento mediante el que el hombre fue catalogando el entorno a su alcance perceptivo para poder pasar del caos (desorden) al cosmos (orden), también estará afectado por esas limitaciones. Ante esta situación de impotencia, la poesía en general y la lírica de André Cruchaga en particular, empoderan al lenguaje revistiéndolo con una fuerza que trasciende lo perceptivo: la imaginación creativa y el mundo onírico como medios para superar las limitaciones sensoriales, aunque sea mediante quiméricos espejismos surgidos de una inspiración creativa febril donde el instinto, la hermenéutica desnuda de dogmas y la genialidad conforman el triángulo de una transgresión presentida.

Para Siles. Cruchaga, consciente de que el lenguaje es dependiente de las percepciones, de los sentidos, se revela contra las limitaciones transitivas del lenguaje explorando formas expresivas que superan la capacidad de lo sensorial (Siles, 2019). De ahí la importancia del polisensualismo, la sinestesia y de enfoques poéticos como: absurdismo, creacionismo, ultraísmo, surrealismo, etc. Uno de los recursos esenciales para la poesía cruchaguiana ante las restricciones del lenguaje es el empleo de metáforas que hacen fluir las palabras y dinamizan las expresiones mediante idas y venidas de una a otra parte explorando el universo poético para establecer puntos de balance comparativo, una especie de cotejo que evidencia el carácter proteico de su obra. En *invención de la Espera* se pueden encontrar diferentes referencias a la labor infructuosa del lenguaje:

La zozobra lingüística -en cuanto a su incapacidad para superar las limitaciones del tinglado perceptivo- también es productiva en este caso para Cruchaga: Así, En *Ebriedad del ahogo*, vemos como: "(...) Se abren al polvo los miembros absortos. Vómito que nunca deja mancha. Desprendidos trozos del cuerpo (...)" (Cruchaga, 2024, 25). Mientras en *Solo tengo presente*: "(...) Todo me habla desde el lenguaje arrancado a los muertos (...)" (Cruchaga, 2024, 35); o en *Búsqueda del olvido* "(...) la lluvia del oprobio elevada a lenguaje (...)" (Cruchaga, 2024, 43). En *Cábala irreal* dota a los pájaros de lenguaje y sentimientos "(...) Entonces valen la pena los pájaros sobre el estanque de la rosa. Vale la almohada en su lenguaje de ternura (...)" (Cruchaga, 2024, 77). En *Instantes del sopor*, Cruchaga explicita la ineptitud rancia del lenguaje: "(...) Y claro, resultó insuficiente el lenguaje de los peces, confuso, para discurrir en esta lenta espera, lacerada por el moho (...)" (Cruchaga, 2024, 100).

Otra de las estrategias del poeta para superar las limitaciones del lenguaje y las contradicciones existenciales estriba en el uso de la dialéctica. Así, por ejemplo, podemos observar en *Invención de la Espera* como proliferan expresiones contrapuestas que despiertan

---

3. El posmodernismo que ha hecho caer a la ciencia en un relativismo radical rechazando no solo los grandes mitos, religiones y fábulas que explicaban los grandes misterios para mantener al hombre con una mínima dosis de certidumbre sobre la tierra: cosmogénesis, antropogénesis, enfermedad, dolor, guerra, muerte, vida, etcétera (Lyotard, 2000); sino que también, desde estos presupuestos posmodernistas, se refutan los logros científicos colocando a la ciencia en el núcleo de la impotencia del ser humano para observar e interpretar la verdad. Ante esta fragmentación y disipación cultural y científica, el lenguaje, además de sufrir las limitaciones derivadas de las sesgadas capacidades perceptivas, debe asumir la descomposición abocado al relativismo posmodernista.



sentimientos que tienen su parte de *yin* y su porción de *yang*. Uno de los ejemplos de esta dialéctica poética la encontramos en dos poemas que tratan sobre el olvido: *Búsqueda del olvido* y *Resistencia al olvido*.

En el pensamiento de Nietzsche hay una valoración del olvido que se refiere a una reflexión sobre los seres vivos y su funcionamiento: el olvido es una condición para el buen funcionamiento de la vida en tanto el peso del recuerdo puede transformarse en algo aplastante (Nietzsche, 1999). Borges en su "Funes el Memorioso" describe la vida de una persona que está tan atribulada por los recuerdos (lo recuerda absolutamente todo) y que no tiene tiempo en todo el día para nada, ni siquiera para dormir, sólo puede dedicarse al ejercicio evocatorio (Borges, 1988). Cruchaga, poeta cuya vida andará colmada de evocaciones, se siente atraído por la memoria y la necesidad de recordar...al menos tanto como por la desmemoria y el salvífico recurso a la desmemoria y el olvido. Es este, el del olvido o la evocación, un tema especialmente delicado para los poetas. El poeta salvadoreño afronta el olvido de una forma dialéctica en "Invención de la Espera", tal como se ha señalado anteriormente, nos topamos con dos poemas complementarios que sintetizan la sustancia de un cruce: *Búsqueda del olvido* y *Resistencia al olvido*.

En *Búsqueda del olvido*, Cruchaga explora la sensación de querer olvidar y dejar atrás ciertos recuerdos o experiencias dolorosas. El poeta expresa su anhelo por encontrar pequeños fragmentos de memoria que sean inalterables, como muros que puedan protegerlo del frío emocional. El verso "esa suerte de plegaria en la sangre cuando ya fenece" muestra la búsqueda de consuelo o alivio en momentos de desesperanza. El deseo de una mirada y la imagen del "trompo de girasol maullando sobre el pasto de los ojos" sugieren la necesidad de conexión y afecto en medio de la desolación. El poema continúa describiendo la sensación de quedarse en los rincones de algún bostezo, lo que podría significar una sensación de estancamiento o monotonía. Los "recovecos de espina de mi casa" y los "estrépitos de gato en celo" crean una imagen de cierto desasosiego.

*Búsqueda del olvido*: Alguien desde el olvido, añora pedacitos imperturbables/ de memoria, muros abruptos para preservar o detener el frío,/esa suerte de plegaria en la sangre cuando ya fenece/ el aire en el umbral de la puerta y solo queda el deseo/ de una mirada, el trompo de girasol maullando sobre el pasto de los ojos (...)/ Después solo me quedo en los rincones de algún bostezo:/nada nuevo en los recovecos de espina de mi casa/ y sus estrépitos de gato en celo (...)" (Cruchaga, 2024, 45).

En *Resistencia al olvido*, el poema presenta una actitud de entereza ante el olvido. La referencia a la resistencia de rodillas sugiere un esfuerzo constante por no dejar que los recuerdos se desvanezcan por completo. La noche en ascenso y la claridad extraña del desencanto evocan sentimientos de desilusión y confusión. El poema continúa con una imagen de agua confundida y meses desbocados, lo cual podría simbolizar el paso del tiempo y la sensación de estar atrapado en una corriente caótica.

*Resistencia al olvido*: "(...) De rodillas aquella resistencia al olvido/ La noche en ascenso, como la claridad extraña del desencanto,/como el agua confundida de los meses desbocados:/ aterido me pierdo en los vagones del ansia/de una esperanza de aullidos,/en vagones de

ojeras que cuelgan, lánguidos,/de un grito de garlopas fruto del viento enloquecido (...)" (Cruchaga, 2024, 9).

Ambos poemas exploran la temática del olvido y la búsqueda de consuelo o resistencia frente a la pérdida de recuerdos o experiencias significativas. Presentan imágenes evocadoras y emotivas para transmitir la complejidad de estos sentimientos. Tal vez la obra de Dalí "Los relojes Blandos o La persistencia de la memoria" (1931) expresan de alguna forma la dialéctica poética de Cruchaga sobre la memoria y el olvido mediante la pintura metafórica: Mientras que los relojes se derriten, no perduran (el olvido); el paisaje marino, la rama de olivo o el mueble sí resisten en paso del tiempo (la persistencia del recuerdo).

Pero el lenguaje no solo tiene limitaciones, también posee potencialidades; es decir recursos que son desarrollables en determinadas condiciones para superar, por ejemplo, la caducidad del lenguaje científico ante nuevos hallazgos como el fenómeno cuántico o la inteligencia artificial. El lenguaje poético tiene potencial para superar el lenguaje científico dada su funcionalidad no pragmática, sino estética y se mueve como pez en el agua con la eclosión del absurdo dado que como señala Cohen (1973) se trata del absurdo creador de un sentido diferente, extraño que rompe la cadena causal y juguetea incesantemente con lo ilimitado. En el mismo sentido se expresa Michel Houellebecq (2006) afirmando que el lenguaje poético es un recurso especialmente pertinente que supera al lenguaje científico para describir conceptos abstractos y complejos.

En la poesía de Cruchaga encontramos desarrollada esa potencialidad del lenguaje poético que le permite que sus poemas siempre vayan más allá de lo predeterminado como lógico. Así, en el poema *Levedad*, Cruchaga nos avisa de la proteica naturaleza del lenguaje que es, simultáneamente, esclerosis de la palabra y torbellino avasallador: "(...) Lo que tenemos en las palabras es una especie de esclerosis como fuerza plural de un torbellino avasallador. A ratos somos solo un enloquecido minuto de la muerte, ese polvillo del lenguaje que se enreda en los dedos y que nos opaca los pensamientos (...)" (Cruchaga, 2024, 88); o el poeta confiesa su esfuerzo por transgredir las limitaciones del lenguaje en *Ventanas de Sopor*: "(...) Uno tiene que inventar ventanas para desarmar la niebla en los ojos (...)" Y claro, resultó insuficiente el lenguaje de los peces, confuso, para discurrir en esta lenta espera, lacerada por el moho (...)" (Cruchaga, 2024, 100).

### *La dificultad para entender de forma clara y definitiva el sentido de la vida*

Por último vamos a tratar una temática universal en el mundo de la poesía: el sentido de la vida. Ya Heidegger recurrió a la poesía para lamerse las heridas provocadas por su hiriente afirmación sobre lo absurdo de la vida en *El ser y el tiempo*: "El hombre es un ser arrojado a la vida para la muerte"; lo que provoca una desesperanza lacerante que quizás solo tiene remedio mediante los meta-relatos religiosos y, sobre todo, a través del absurdismo e incluso creacionismo poético (Siles y Solano, 2007).

André Cruchaga comparte con Heidegger esta preocupación existencial (lo ha testimoniado a lo largo de su obra poética) y en *Invencción de la Espera*, como no podía ser menos<sup>4</sup>, presta gran atención a la muerte, pues es este un tema recurrente que nunca ha rehuído y sobre el que ha mostrado siempre gran interés; así en *Campana sumergida*: “(...) Alguien desde su muerte desdeña la ternura, mientras muere la cueva de larvas de la mudez (...)” (Cruchaga, 2024,8), describe como la muerte despoja de sentimientos y voz al difunto. Asimismo, en *Al punto de la nada*, el poeta explora las posibilidades del descanso o el nirvana que nos regala la muerte: “(...) No quiero esta eternidad de abismo,/ni la reiteración de la fosa./No el miedo a la noche que empieza a hacerse negra,/no al frío amargo que se posa sobre el césped o la piedra,/no a los ojos abatidos, arrodillados en el vacío de lo desandado,/no al silencio hundido en las manos./No a este césped de oscuridad que cubre el cuerpo./Aquí el preludio de un pájaro sin alas, al punto de la nada./Una muerte infinita que se recuesta en el pecho./Una fosforescencia negra que rompe de tajo los relámpagos (...). (Cruchaga, 2024, 14).

En *Porción de mi sangre* el poeta confiesa que la espera de su fin ocupa buena parte de su vida y su pensamiento: “(...) Ayer y ahora, la espera viva de la muerte. Sus huesos. / El retrato cerrado sobre la carne helada de las fechas./ La espera sombría en este cuarto donde los perros cada día,/estrenan su aullido, o su inalterable servidumbre (...)” (Cruchaga, 2024, 26). Por último, para no prolongar más este apartado dedicado a la preocupación más universal del ser humano: el paso de la existencia a la nada, el poeta salvadoreño nos presenta en *Después de todo*, una visión panorámica desde el féretro: “(...) Permanezco con mi garganta raída de llagas. / Pienso en laúd abisal de huesos en lo profundo de la muerte de una lágrima. / Bajo la tierra estaremos rotos en la asfixia de un féretro (...)” (Cruchaga, 2024,111).

Como conclusiones tras la lectura de este nuevo poemario, lo primero que se puede afirmar es la pertenencia o parentesco de “Invencción de la espera” con la obra anterior de André Cruchaga, pues se mantienen los aspectos más significativos que distinguen la poesía del poeta salvadoreño. Estos pilares sobre los que se erigen los poemas cruchaguianos responden a unas características estilísticas y temáticas que el autor domina con una genialidad que puede llegar a resultar desconcertante para quien no esté familiarizado con su obra. Una obra que no nos atrevemos a incluir exclusivamente en una sola tendencia, pues Cruchaga dinamiza su poesía de tal forma que lo mismo encontramos en el sótano de sus poemas yacimientos de corte surrealista, que estratos de puro absurdismo o creacionismo. En todo caso, la poesía de André Cruchaga es transgresora y su lenguaje mantiene una rebeldía que lo aleja de los remansos donde fluyen la poesía autocomplaciente y los estereotipos fijados por las diferentes tendencias o modas poéticas cómodamente establecidas y reconocidas.

4. En “Vacío habitado” encontramos múltiples referencias a la muerte: “Así, en “Féretros” el poeta vislumbra con el sosiego de los sabios cautos la irreversible llegada del porvenir: “Siempre me ha cautivado la madera al poniente de mis zapatos. /En el callejón sin salida de la tumba,/las honras fúnebres del océano. /Y la turbiedad de los espejos (...)” (Cruchaga, 2020: 54).

En “Cada día la muerte”: “Sube a la memoria el pensapapel de los ataúdes. / Todo está escrito, allí, después de todo en la respiración (...)”(Cruchaga, 2020); se aprecia la preexistencia del final desde el primer aliento vital, pero no como un drama, sino más bien como la constatación de una realidad que todo el mundo necesita soslayar para seguir su camino con cierta higiene diaria (Siles, 2019).

Sí podemos constatar, además, que la poesía que Cruchaga nos presenta en “Invención de la Espera” es dialéctica (pues está cómoda, o aparenta estarlo, con las contradicciones), sinestésica (dota a los sentidos de un cierto caos ordenado) proteica (su dinamismo confiere una vivacidad vertiginosa a los poemas), metafórica (el autor reincide en el empleo generoso de las comparaciones), y, por supuesto, simbólica (pues los poemas cruchaguanos respiran símbolos).

En definitiva, en *Invención de la espera* Cruchaga trata sin condescendencia la condición humana y las complejidades de las relaciones interpersonales. Sus versos exploran la fragilidad de la vida, el paso del tiempo y la búsqueda de significado en un mundo efímero y casi siempre perdido en la confusión. Se trata de una exploración que recorre el paisaje donde se ubican los temas más universales y existenciales. Además, la musicalidad y el ritmo de la poesía de Cruchaga son notables. Sus versos fluyen con armonía y cadencia, creando una experiencia poética que va más allá del significado literal de las palabras y que, sin duda, provocará resonancias emocionales en los conmovidos lectores que vayan a tener la fortuna de leer este poemario.

## REFERENCIAS

- Becket, S. (2015). *Esperando a Godot*. Barcelona: Austral.
- Bordieu, P. (2012). *La distinción: Criterio y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus.
- Borges, J.L. (1988). *Funes el memorioso*. Buenos Aires: Arcadia.
- Vallejo, C. (1973). *Obra poética completa. La Habana*: Casa de las Américas. César Vallejo, 2ª ed. México/Madrid/Buenos Aires: Siglo veintiuno.
- Cohen, J. (1973). *Estructura del lenguaje poético*. Madrid: Gredos.
- Cohen, J. (1982). *El lenguaje de la poesía*. Madrid: Gredos.
- Cruchaga, A. (2014). *Viaje póstumo/ Viatge pòstum*. El Salvador: Imprenta Rilcadone.
- Cruchaga, A. (2020) *Vacio habitado*. El Salvador: Teseo.
- Cruchaga, A. (2024) *Invención de la espera*. Miami (USA): Editorial Dos Islas.
- Houellebecq, M. (2006). *El mundo como supermercado*. Madrid: Anagrama.
- Lemaître, J. Monique (2001), *Viaje a Trilce*. México: Plaza y Valdés.
- Lyotard, J.F. (2000). *La condición posmoderna*. Madrid: Cátedra.
- Matas Moreno, J.M<sup>a</sup>. (2007). César Vallejo entre la angustia y el absurdo. *Salina: revista de lletres*, 21, 127-136.
- Meo Zilio, Giovanni (2002), *Estilo y poesía en César Vallejo*. Lima: Universidad Ricardo
- Nietzsche, F. (1999). *Sobre la utilidad y el perjuicio de la historia para la vida*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Siles González, J. (2015). Viaje Póstumo/ Viatge pòstum (Reseña). *Cultura de los Cuidados*, 19, (41), 171-172. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.41.21>
- Siles, J. & Solano, C. (2007). El origen fenomenológico del “cuidado” y la importancia del concepto de tiempo en la historia de la enfermería, *Cultura de los Cuidados*, 21, 19-27. <https://doi.org/10.14198/cuid.2007.21.04>.
- Siles, J. (2017). Cruchaga, Cielorraso, la poesía sinestésica de André Cruchaga [Cruchaga, André (2017). Cielorraso. Colección Palabra de Alto Riesgo. El Salvador: Editorial

- Otoniel Guevara]. *Cultura de los Cuidados*, 21(48), 245-246. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.48.27>
- Siles, J. (2019). Reseña de “Vacío habitado de André Cruchaga o la poesía como búsqueda de un lenguaje aprehensor del sentido/ sin sentido de la existencia”. *Cultura de los Cuidados*, 23(55), 305-312. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.54.27>
- Vallejo, César (1975), *Obra poética completa*. La Habana: Casa de las Américas.

## Historia de la enfermería. Evolución Histórica del cuidado enfermero 4ª Edición de María Luisa Martínez Martín y Elena Chamorro Rebollo

*History of nursing. Historical Evolution of Nursing Care 4th Edition by María Luisa Martínez Martín and Elena Chamorro Rebollo*

História da enfermagem Evolução histórica dos cuidados de enfermagem 4ª  
Edição de María Luisa Martínez Martín e Elena Chamorro Rebollo

ANA NOREÑA-PEÑA

### Ana Noreña-Peña

Universidad de Alicante. España.  
ana.norena@ua.es  
<https://orcid.org/0000-0002-5997-493X>

Fecha recepción: 08/01/2024

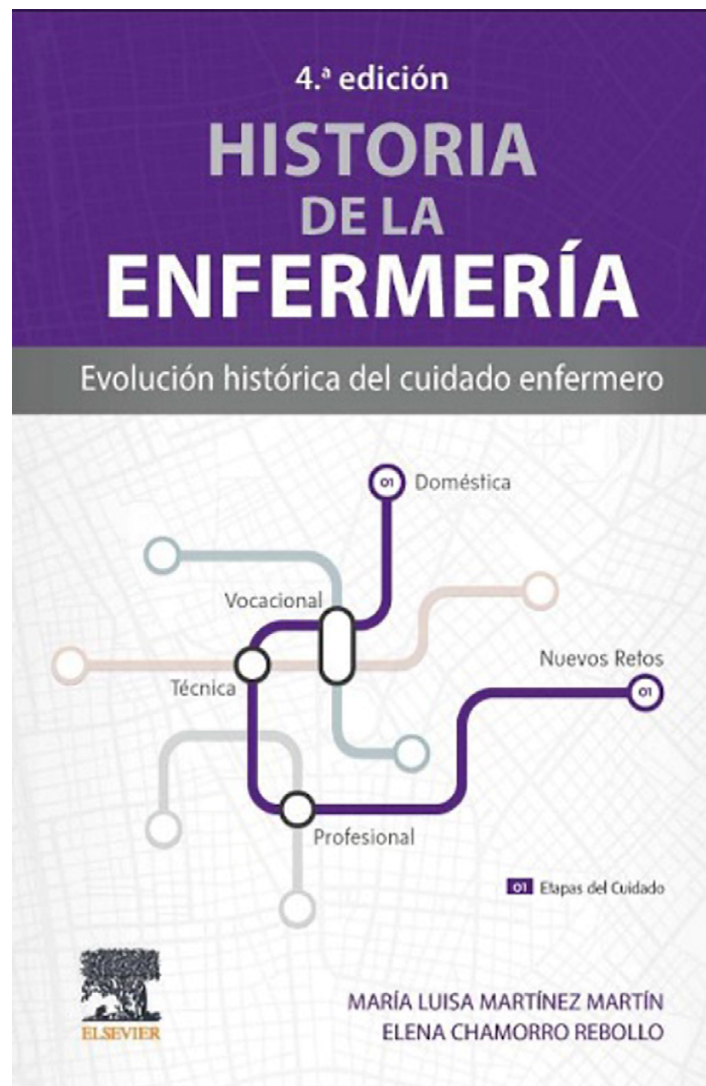
Fecha aceptación: 11/02/2024



**Licencia:** Este trabajo se comparte bajo la licencia de Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons (CC BY-NC-SA 4.0): <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

© 2024 Ana Noreña-Peña

**Citación reseña:** Noreña-Peña, A. (2024). Historia de la enfermería. Evolución Histórica del cuidado enfermero 4ª Edición de María Luisa Martínez Martín y Elena Chamorro Rebollo. *Cultura de los Cuidados*, (68), 341–346. <https://doi.org/10.14198/cuid.27228>



Martínez Martín, M. L., Chamorro Rebollo, E. (4ª Edición) *Historia de la enfermería. Evolución Histórica del cuidado enfermero*. ELSEVIER: Editorial.

**Resumen:** Ana Noreña-Peña escribe una reseña sobre el libro de María Luisa Martínez Martín y Elena Chamorro Rebollo “Historia de la enfermería. Evolución Histórica del cuidado enfermero”.

**Palabras Clave:** Historia; enfermería; evolución; cuidado; etapas.

**Abstract:** Ana Noreña-Peña writes a review of the book by María Luisa Martínez Martín and Elena Chamorro Rebollo “History of nursing. “Historical Evolution of Nursing Care”

**Keywords:** History; nursing; evolution; care; stages.

**Resumo:** Ana Noreña-Peña escreve uma resenha do livro de María Luisa Martínez Martín e Elena Chamorro Rebollo “História da enfermagem. “Evolução Histórica dos Cuidados de Enfermagem”

**Palavras-chave:** História; enfermagem; evolução; cuidado, etapas.

Tenemos la fortuna de presentar el libro de las profesoras de Enfermería: María Luisa Martínez Martínez, profesora honoraria del Departamento de Enfermería de la Universidad Autónoma de Madrid y de Elena Chamorro Rebollo, Decana de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia Salud Infirmorum de la Universidad Pontificia de Salamanca, Madrid.

Al inicio de esta obra, en el prólogo el catedrático José Siles González de la Universidad de Alicante, nos indica que este libro permite entender la naturaleza del cuidado desde una perspectiva histórica y a su vez, comprender cómo se ha manifestado de múltiples maneras el cuidado, a través del tiempo, desde una perspectiva religiosa, cultural, estética antropológica entre otras. Alaga y da valor a esta obra por su carácter pedagógico. Para este fin, las autoras hacen un recorrido detallado a nivel histórico de las distintas fases de la enfermería: vocacional, técnica, etapa profesional, incluyendo finalmente los nuevos retos de la profesión de enfermería.

Se destaca el esfuerzo que han realizado las autoras por difundir e interpretar la historia de la enfermería detalladamente, demostrando un conocimiento amplio en la materia, que permite profundizar y recrearse en los acontecimientos que han marcado el devenir de la profesión de enfermería.

En esta obra, las profesoras Martínez y Chamorro, plantean cinco capítulos, cada uno de ellos ampliar la visión de cómo se ha desarrollado los sucesos que marcaron el desarrollo de la enfermería y permite valorar la diversidad de aspectos a considerar dentro del análisis histórico de la enfermería y su esencia, el cuidado.

El primer capítulo, acerca de la etapa doméstica del cuidado, incluye aspectos fundamentales para comprender cómo se fue presentado en la humanidad, desde la prehistoria, situaciones y circunstancias que nos señalan que existía un sentido existencial del cuidado y que con el devenir de los descubrimientos, del orden social y de cómo se fue dando sentido y orden a todo lo que acontecía, se llegó a asignar roles de cuidado, encontrándonos a nivel histórico ya en las sociedades más avanzadas del mundo clásico.

A nivel de la prehistoria, encontramos que se detallan cuestiones a como se abordaba la salud y la enfermedad, dando a conocer el papel de la Paleopatología con el fin de investigar la evolución de las enfermedades, identificadas desde el paleolítico: osteosarcomas, fracturas, gota, enfermedades infectocontagiosas etc. Destacando el papel del animismo, la magia y la religión para el tratamiento de las enfermedades y la conservación de la salud.

También, en este capítulo, hablan acerca del rol de la mujer como cuidadora principal en estas sociedades primitivas, encargándose de tareas indispensables: alimentación, reproducción, abrigo, higiene etc... Señalan, a su vez, al hechicero y la bruja, como figuras de autoridad dentro del clan, considerados líderes, sabios con poderes sobrenaturales al manejar asuntos relacionados con procesos de salud-enfermedad.

En cuanto a las civilizaciones antiguas, hacen referencia ya a las fuentes históricas, algunos papiros contenían información acerca de descripciones de enfermedades y síntomas e indicaban preparaciones de medicinas con sustancias de origen vegetal, mineral y animal. Las autoras, nos señalan las creencias de estos pueblos, por ejemplo, de Egipto, donde la salud y la enfermedad era un designio de los dioses, por lo que la asistencia sanitaria pasaría a ser de carácter místico



y empírico. En este sentido, los templos eran donde tal vez, pudieron acoger a enfermos y practicar los sacerdotes-médicos distintas intervenciones.

Cabe destacar, que estas autoras nos hacen un recorrido por otras civilizaciones de gran calado como es India, China, Grecia, nos hablan acerca de las consideraciones que tenían acerca de la salud y la enfermedad, qué cuidados a la salud eran reseñables, cuáles eran los métodos que empleaban para tratar las enfermedades y qué instituciones se podrían señalar como lugares para el cuidado de la salud.

En el segundo capítulo, nos recrean la etapa vocacional del cuidado, muestran la influencia del cristianismo en la atención al enfermo, resaltando la importancia de las órdenes religiosas, militares y mendicantes en los cuidados. Hablan de cómo fueron evolucionando los métodos terapéuticos a lo largo de la Edad Media (siglos V-XV), cómo eran los hospitales medievales y, finalmente, qué influencia tuvo la reforma protestante en la secularización del cuidado. Describen, el período que comprende desde el nacimiento de pensamiento cristiano hasta el final de la Edad Moderna.

Muestran como en sus inicios de la Edad Media, los cristianos interpretaban la enfermedad como un modo de redención del alma. El crecimiento y el fervor religioso hizo que hubiese congregaciones, hermandades y órdenes dedicadas al cuidado de los enfermos. La labor de figuras como: las diaconisas, las viudas entre otras, las autoras indican que fue indispensable para la organización de los cuidados. En esta época se anteponía la fe a cualquier tipo de actuación de carácter médico o curativo. Se crearon numerosas instituciones para el cuidado de enfermos y necesitados.

A su vez, reseñan como a medida que avanza la Edad Media, surgieron los movimientos poblacionales y, los individuos se fueron desvinculando de la protección de instituciones religiosas, apareciendo la clase burguesa. Nos explican como los ciudadanos se agrupaban en urbes, con focos de insalubridad y pestes. Surgieron, a su vez, ordenes militares (con las Cruzadas), y otras religiosas o seculares que fueron las que apoyaron el cuidado de los hospitales. En los pueblos, también se contaba con la figura de los barberos, sangradores y cirujanos quienes empíricamente daban tratamientos para cualquier dolencia.

Luego, nos recrean como el mundo moderno, que llegó con la invención de la imprenta. En esta etapa, la Edad Moderna, se dio lugar a grandes avances científicos, sin embargo, entre la gente la enfermedad se seguía contemplando desde una perspectiva sobrenatural. Hablan de cómo se siguieron presentando enfermedades y entre los ilustres de la época se buscaban soluciones para el manejo por ejemplo de los residuos o del hacinamiento, así como mejores condiciones de alimentación, higiene y trabajo.

Nos enseñan que, con la llegada del protestantismo, las órdenes religiosas se dispersaron abandonando el cuidado a los enfermos. Sin embargo, pasados unos años la Iglesia recomendó organizar los servicios hospitalarios y volvieron a estar presentes en el cuidado a la salud algunos movimientos religiosos. Comentan, en este capítulo los métodos para tratar las enfermedades seguían siendo de carácter mágico/ religioso, con una parte de la sociedad que, por su condición social, podía ser atendida por médicos con conocimientos técnicos más sofisticados. Finalmente,

argumentan cómo se desarrolló esta etapa vocacional de los cuidados en España, revisando sus singularidades con el resto de Europa.

El capítulo tres, explican cómo se desarrolló la etapa técnica del cuidado, analizan las repercusiones que tuvo en la enfermería las acciones que se llevaron a cabo por los reformadores del siglo XIX. Nos detallan la influencia de Florence Nightingale en la profesionalización. No dejando indiferente a los lectores, debido a que incluyen aspectos de los avances científicos, técnicos y la influencia en la atención a la salud. Además, tienen en cuenta hitos históricos, como es el protagonismo de la asistencia hospitalaria en la Segunda Guerra Mundial. Como en el anterior capítulo, las autoras reseñan los cambios acontecidos en España durante los siglos XIX y XX.

Hacen hincapié, a que la transición de la etapa vocacional a la etapa técnica se produjo de una forma lenta y progresiva, debido a la influencia religiosa. Detallan, los acontecimientos de la Edad Contemporánea y sus revoluciones a nivel industrial, con transformaciones a nivel de la ciencia, la cultura, y a nivel demográfico. Factores que trajeron consigo repercusiones sociales como es la entrada del capitalismo, el liberalismo y la burguesía. Explican, que se dieron grandes avances para la medicina con el desarrollo de la microbiología o la utilización del microscopio o que estaban presentes en la población enfermedades: la viruela, la fiebre tifoidea y la colera, con una mortalidad infantil que alcanzaba hasta el 50% antes de los 5 años. Nos esclarecen que se aplicaba el método científico que permitía conocer empíricamente la causa de la enfermedad y su tratamiento. Entre otras cosas, había una preocupación por las condiciones laborales y de saneamiento, lo cual también motivo que se diesen movimientos de Salud Pública.

En sus disertaciones, señalan en camino que se tuvo que recorrer para la transformación de la práctica enfermería, indicando que se alcanzó durante el siglo XIX y parte del XX. En este período celebres representantes del cuidado de la enfermería, como lo son las Diaconisas de Kaiserwerth o Elisabeth Fry, impulsaron la enseñanza y la organización de estudios de aquellas mujeres que se dedicaban a la asistencia a los enfermos, siendo las que abrían paso a la actividad enfermera que posteriormente desarrolló Florence Nightingale. Las autoras muestran a su vez, como se fue abriendo paso la profesión de enfermería en España.

En el cuarto capítulo, nos entregan una perspectiva de los cambios sociales acaecidos en el siglo XX y las primeras décadas del siglo XXI, identificando cómo han influido en la atención en salud. Las autoras reconocen la influencia de las enfermeras teorizantes como Newman, Roy, Peplau, Leininger etc...en la construcción de la disciplina enfermera. Valoran cómo se ha llevado a cabo la preparación y formación de profesionales enfermería a través de programas de grado, posgrado, doctorado y reconocen la responsabilidad que tiene actualmente la enfermería en el contexto de atención sanitaria. Describen, como es este período de tiempo es una etapa de consolidación para enfermería, una disciplina que posee un cuerpo de conocimientos propios con responsabilidades y ámbitos de actuación claramente definidos.

Finalmente, para terminar este libro, plantean nuevos retos de la profesión enfermera, invitándonos a los lectores a reflexionar sobre la pandemia del COVID-19 y su influencia, analizando el papel de la enfermería. Las autoras dejan un buen final con reflexiones que tiene

que ver, por ejemplo, con el uso de las redes sociales como medio para difundir conocimientos en enfermería o valorar la consolidación de una práctica de enfermería avanzada. En este aspecto, tienen en cuenta que hay una necesidad de especialización y formación continua de los profesionales de enfermería. No nos dejan indiferentes, mencionan la importancia del trabajo colaborativo y multidisciplinar para la investigación, gestión y el trabajo asistencial, así como la necesidad de investigar, precisamente, con el fin de seguir avanzando en el conocimiento enfermero para identificar cuáles son las intervenciones enfermeras más eficaces para el cuidado.

No queda más que invitar a la lectura de este libro, un recurso bibliográfico de consulta para docentes, estudiantes investigadores, profesionales asistenciales y para todo aquel de desee conocer la historia de la enfermería desde sus inicios hasta la actualidad, en el pueden hallar una gran fuente de conocimientos de cómo la enfermería se ha abierto paso y evolucionado entregando su legado a la sociedad.

Ana Noreña-Peña

## Francisco Herrera Rodríguez (†) escribe una reseña del libro de José Siles: Historia Cultural de los Cuidados

*Francisco Herrera Rodríguez (†) writes a review of José Siles's book: cultural history of care*

Francisco Herrera Rodríguez (†) escreve uma resenha do livro de Jose Siles: história cultural do cuidado

FRANCISCO HERRERA RODRÍGUEZ

**Francisco Herrera Rodríguez**  
Universidad de Cádiz. España.  
<https://orcid.org/0000-0001-5358-0756>

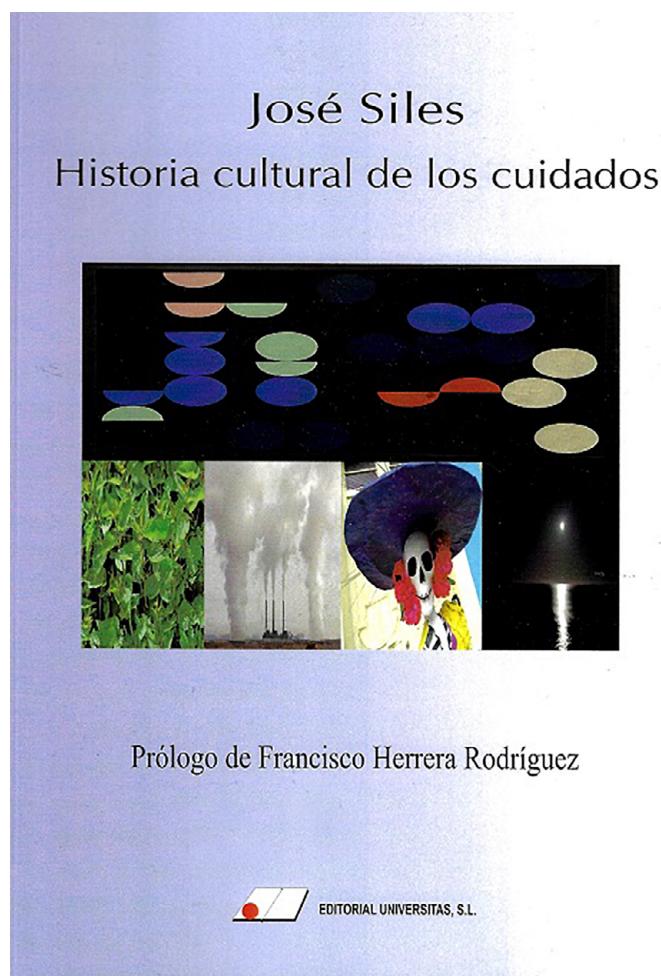
Fecha recepción: 20/06/2023  
Fecha aceptación: 02/12/2023



**Licencia:** Este trabajo se comparte bajo la licencia de Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons (CC BY-NC-SA 4.0): <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

© 2024 Francisco Herrera Rodríguez

**Citación reseña:** Herrera Rodríguez, F. (2024). Francisco Herrera Rodríguez (†) escribe una reseña del libro de José Siles Historia Cultural de los Cuidados. *Cultura de los Cuidados*, (68), 347–350. <https://doi.org/10.14198/cuid.27231>



Siles, J. (2023) *Historia cultural de los cuidados*. Universitas, S.L.: Editorial.

**Resumen:** Francisco Herrera Rodríguez escribe una reseña sobre el libro José Siles “Historia cultural de los cuidados”.

**Palabras Clave:** José Siles González; historia de la enfermería; historia cultural de los cuidados; enfermería; antropología de los cuidados.

**Abstract:** Francisco Herrera Rodríguez writes a review of José Siles's book “Cultural history of care”.

**Keywords:** José Siles González; history of nursing; cultural history of care; nursing; anthropology of care.

**Resumo:** Francisco Herrera escreve uma resenha do livro de Jose Siles “História cultural do cuidado”.

**Palavras-chave:** José Siles González; história da enfermagem; história cultural dos cuidados; enfermagem; antropologia dos cuidados.

Al leer el libro del profesor José Siles González ha venido a mi mente una escueta frase: «Toda una vida». Ni más ni menos que toda una vida para construir una obra tan estructurada, precisa y aquilatada; solamente hay una manera de conseguirlo: formándose, estudiando, trabajando con entusiasmo y fe en lo que se hace, sabiendo que la obra que se tiene en el telar es un compromiso con los contemporáneos y con los futuros lectores que quieran adentrarse en la historia de la Cultura de los Cuidados. En alguna ocasión, escuché a Pedro Laín Entralgo decir que la vida de un investigador pasa por tres etapas: una etapa de acarreo del material de estudio, la etapa de síntesis y la etapa de legado. No todos los investigadores consiguen culminar las tres; aunque ya es un éxito y un privilegio coronar una síntesis coherente de lo aprendido. En este caso concreto, con este libro, el profesor Siles González consigue llegar a la tercera etapa, la obra que la lectora o el lector tiene entre sus manos va a quedar y va a seguir influyendo en el futuro, y esto es así porque no es una obra improvisada, sino porque se ha fraguado durante décadas, de esto puedo dar fe porque conozco al profesor Siles desde finales de la década de los ochenta cuando empezamos a coincidir en las reuniones científicas relacionadas con la Historia de la Enfermería.

Los investigadores de la disciplina citada saben que esto es así porque conocen su obra, pero quizás para los que la conozcan menos habría que apuntar unos cuantos datos que indican su capacidad de superación, su pasión universitaria y docente. Por ejemplo, no hay que olvidar que en la Universidad de Murcia obtuvo los títulos de Diplomado en Enfermería (1980), licenciado en Historia (1982) y licenciado en Pedagogía (1990), titulaciones que señalan no solo su afán de estudio y de crecimiento intelectual, sino también que desde muy pronto quería dotar su vocación docente de todos los elementos posibles para alejarse del autodidactismo, además de abrir puertas profesionales que pocos enfermeros conseguían a principios de los ochenta. En 1993 se doctoró en Historia, en la Universidad de Alicante, con la tesis Estructura familiar y función social de la mujer en Alicante (1868-1936), dirigida por el doctor Glicerio Sánchez Recio. A todo esto, hay que añadir que entre los años 1980 y 1991 desarrolló actividad asistencial como enfermero en las ciudades de Cartagena, Murcia, Córdoba, Cabra, Almería y Alicante. Si se analizan los datos apuntados se comprende lo que venimos diciendo desde el principio: el afán de superación del profesor Siles. No es fácil desarrollar una labor asistencial como enfermero y a la vez estudiar dos carreras universitarias más.

No todo queda en lo expuesto, sino que desde el año 1989 hasta la actualidad ha ido desarrollando su carrera universitaria, hoy día es Catedrático de la Universidad de Alicante, ha conseguido cuatro sexenios de investigación y ha dirigido el Departamento de Enfermería de la citada Universidad (2000-2003); como docente ha impartido varias disciplinas: «Fundamentos teóricos e histórico-antropológicos para la investigación en Enfermería», «Investigación cualitativa en Ciencias de la Salud», «Metodología e innovación cuantitativa», «Fundamentos de Enfermería I», «Historia y Cultura de los Cuidados», «Cultura de los Cuidados, Educación para el desarrollo y pensamiento crítico», «Fuentes escritas, orales e iconográficas en investigación socio-sanitarias», etc. Esta amplia responsabilidad docente ha ido pareja con la publicación de libros o manuales para la formación de los alumnos o para la documentación de los especialistas, por ejemplo: Pasado, presente y futuro de la Enfermería en España. Perspectiva histórica y epistemológica (1996), Historia de la Enfermería (1999 y 2011), o História, cultura dos cuidados & métodos (2016), esta última obra en colaboración con T. Oguisso y G. Freitas. El profesor Siles González ha cultivado también la asistencia y la organización de reuniones científicas relacionadas con la Historia de la Enfermería y la Cultura de los Cuidados, ha publicado más de un centenar de

artículos en revistas nacionales e internacionales, y ha extendido su labor docente e investigadora dirigiendo cuarenta tesis doctorales. Y por si esto fuera poco, encontramos que fundó en 1997 la revista *Cultura de los Cuidados*, que sigue dirigiendo en la actualidad; publicación que, a base de mucha dedicación, hoy día tiene los reconocimientos del sello de calidad FECYT: revista Excelente; Q1 en Scopus e indización en ESCI. Podríamos seguir, pero con lo dicho creemos que son suficientes los avales para afirmar que el profesor Siles es una de las figuras más destacadas de su Universidad y un referente de la enfermería española y latinoamericana.

Y ahora el profesor Siles González, en su etapa de máxima experiencia y de legado, presenta a la comunidad científica esta *Historia Cultural de los Cuidados*; fruto, como diría Hesíodo, de los trabajos y de los días. Una obra que no me cabe la menor duda será un referente de la disciplina para las actuales generaciones y las venideras; una obra vertebrada en cuatro grandes apartados: «Fundamentos teóricos y metodológicos de la Historia Cultural de los Cuidados y la Enfermería»; «Los Cuidados y la Enfermería en las diferentes etapas históricas...»; «Fase religioso institucional de la Historia cultural de los Cuidados y la Enfermería» y «La enfermería preprofesional: la larga transición hacia la profesionalización (siglos XVIII al XX)».

La lectora o el lector que tenga este libro entre las manos encontrará un caudal de datos concretos que lo situaran en la evolución de la Historia de los Cuidados y de la Enfermería (española e internacional), pero también elementos de reflexión sobre la motivación cuidadora como paso previo a un concepto de cuidado, la dimensión estética de los cuidados, la poesía de los cuidados, la imagen de la enfermera en la narrativa y en el cine, la repercusión de la pandemia COVID-19 en la labor de las enfermeras, el poshumanismo y la cosificación de los cuidados mediante la Inteligencia Artificial y la robotización, etc.

El profesor Siles ha conseguido en esta obra, a la vez, una estructura didáctica y profundidad en el análisis; acompaña la obra una abundante iconografía y bibliografía. Lo mejor es que juzguen las personas que abran y lean este libro, estoy seguro que concluirán que es una obra necesaria y que la tendrán por siempre como libro de cabecera. Es la obra de «toda una vida».

Mientras, el profesor Siles proseguirá su singladura como docente, investigador, poeta y novelista, infatigable labor la de este navegante de la Enfermería y de la Cultura.