

# Revista de Enfermería y Humanidades

ASOCIACIÓN DE HISTORIA Y  
ANTROPOLOGÍA DE LOS CUIDADOS



# CULTURA DE LOS CUIDADOS

3.º Cuatrimestre 2019 • Año XXIII - N.º 55



Universitat d'Alicant  
Universidad de Alicante

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

## SUMARIO

### EDITORIAL

.Homo narrator. De cómo contamos historias a lo largo de la vida.

### FENOMENOLOGÍA

- .Percepción sobre el soporte social brindado a cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica.
- .Percepción de adolescentes sobre sexualidad y salud reproductiva: la escuela como espacio para la educación sexual.
- .Percepción de la población inmigrante sobre el sistema nacional de salud español.
- .Sentido cultural y personal de la enfermedad según Thomas Mann.
- .Tuberculosis y vivencias: Una mirada desde la fenomenología.
- .Percepción de profesionales de enfermería sobre la valoración de la sexualidad en adultos mayores (Chile).

### HISTORIA

- .La relación enfermera-paciente: identidad histórica, metodológica y terapéutica en los cuidados de enfermería.
- .Consideraciones sobre el cirujano comadrón en los siglos XVIII y XIX, el caso de Vitoria (Álava, España).
- .Historia de la enseñanza de Historia de la enfermería en Brasil.

### ANTROPOLOGÍA

- .Discriminación social y conducta sexual de hombres que tienen sexo con hombres en América Latina: Una revisión sistemática.
- .Hombres, necesidades de salud y motivaciones para la automedicación
- .Warfarina y prácticas culturales.
- .La enseñanza de enfermería: un camino de participación materna del cuidado del prematuro hospitalizado.
- .Estudio etnográfico sobre la dramatización de la alegría por clases sociales y del estigma en los adultos de la tercera edad del Asilo San Antonio (Colombia).
- .Práctica de profesionales de salud brindando intervenciones en apego con perspectiva comunitaria: "Encuentros y desencuentros"
- .La atención enfermera en Urgencias al paciente musulmán durante el Ramadán. Revisión sistemática.
- .Interculturalidad: una apuesta en la formación de los profesionales enfermeros.

### TEORÍA

- .Incertidumbre, estrés y su relación con el bienestar psicológico en familiares de dependientes del alcohol.
- .Práctica de profesionales de salud brindando intervenciones en apego con perspectiva comunitaria: "Encuentros y desencuentros"
- .Influencia de los factores psicosociales en la enfermedad de Crohn'.
- .Confiabilidad y validez de la escala para medir la contribución del cuidador al autocuidado del paciente con fallo cardiaco.
- .Incertidumbre en los cuidadores de niños hospitalizados en unidades de: cuidado intensivo neonatal-pediátrico (UCIN-UCIP).
- .Evaluación del riesgo de pie diabético en pacientes de edad avanzada.
- . El modelo Tidal: Una alternativa para la enfermería psiquiátrica.

### MISCELÁNEA



DOAJ  
DIRECTORY OF  
OPEN ACCESS  
JOURNALS



GRUPO DE INVESTIGACIÓN  
ENFERMERÍA Y CULTURA DE LOS  
CUIDADOS

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

#### CONSEJO EDITORIAL

##### DIRECCIÓN/EDITOR

José Siles González.

##### COMITÉ EDITORIAL

Luis Cibanal Juan - Carmen Solano Ruiz.

##### CONSEJO DE REDACCIÓN

##### COORDINADORA

Ana Lucía Noreña Peña

#### MIEMBROS CONSEJO REDACCIÓN

Miguel Ángel Fernández  
Gloria Hernández López  
Ana I. Ricarte Segura  
David De Gea Díaz  
Eva M.ª Gabaldón Bravo  
Elena Ferrer Hernández  
Flores Vizcaya Moreno  
José Ramón Martínez Riera  
M.ª Mercedes Rizo Baeza  
Rosa M.ª Pérez-Cañaveras  
Isabel Casabona Martínez

#### Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante

##### COORDINADOR INFORMÁTICO Y PÁGINA WEB

Pablo Diez Espinosa

#### - GESTIÓN FINANCIERA

- Grupo de investigación EYCC  
- Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados.  
- Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante.

#### COMITÉ CIENTÍFICO O ASESOR

##### Manuel Amezcua Martínez

Presidente de la Fundación Index. Profesor asociado Universidad de Granada (España). **Carmen Chamizo Vega**

Enfermera. Doctora por la Universidad de Alicante. Profesora Universidad de Oviedo. Oviedo (España).

##### César Hueso Montoro

Doctor por la Universidad de Alicante. Profesor Universidad de Granada (España).

##### Manuel García Martínez

Enfermero y licenciado en Antropología social y cultural. Doctor por la Universidad de

Sevilla. Profesor asociado Universidad de Sevilla (España).

##### Guillermo Silva Magaña

Doctor por Universidad de Alicante. Profesor titular. Universidad de Colima, Méjico. **Carlos Lousada Lopes Subtil**  
Profesor titular Escola/Faculdade: Escola Superior de Enfermagem. Viana do Castelo (Portugal).

##### Antonio C. García Martínez

Profesor Titular Universidad de Huelva (España).

**Maria Elisa Moreno-Fergusson** Profesora Asociada de la Facultad de Enfermería y Rehabilitación de la Universidad de La Sabana, Colombia. Editora de la revista Aquichan.

##### Esperanza de la Peña Tejeiro

Enfermera. Profesora Titular Escuela de Enfermería. Universidad de Extremadura (España).

##### Cecilio Eserverri Cháverri

Enfermero e Historiador de la enfermería Centro Asistencial San Juan de Dios. Palencia (España).

##### Francisca Hernández Martín

Enfermera y Licenciada en Historia. Presidenta del Seminario de Historia de la Enfermería. Doctora por la Universidad Complutense de Madrid. Profesora Titular Escuela de Enfermería, Universidad Complutense de Madrid. Madrid (España).

##### Francisco Herrera Rodríguez

Doctor en Medicina. Historiador de la Enfermería. Catedrático de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Cádiz (España).

##### Amparo Nogales Espert

Enfermera. Licenciada en Historia. Doctora por la Universidad de Valencia. Profesora Titular. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos I, Madrid (España).

##### Natividad Sánchez González

Enfermera. Profesora Escuela de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Albacete (España).

##### Francisco Ventosa Esquinaldo

Enfermero. Historiador de la Enfermería. Superior Gerente del Hospital San Juan de Dios "Juan Grande" Jerez/Cádiz (España) **Carmen de la Cuesta Benjumea** Ph. D. en Enfermería. Profesora Visitante Universidad de Alicante (España).

##### Marilyn Douglas

Doctora en Enfermería. Profesora, School of Nursing University of California, San Francisco (EEUU).

##### Fernando Porto

Doctor en enfermería por la escuela de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. Professor Adjunto da Esco la de Enfermagem Alfredo Pinto da UNIRIO (Brasil).

##### Beatriz Morrone

Profesora Titular de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Mar del Plata. Investigadora Categorizada II.

Integrante del Banco Nacional de Evaluadores para Proyectos de Investigación del Ministerio de Cultura y Educación (Argentina).

##### Ximena Isla Lund

Magister en Enfermería. Doctora por la Universidad de Alicante. Profesora Universidad del Bio-Bio (Chile).

##### Raquel Spector

Doctora en Enfermería. School of Nursing Boston College. Boston (EEUU).

##### Rick Zoucha

Enfermero. Doctor en Enfermería. Profesor Asociado. Universidad Duquesne Pittsburgh PA (EEUU).

Cultura de los Cuidados. Revista Sociofundadora del Consejo de Editores de Revistas de Enfermería Iberoamericanas.

#### INDIZADA E INSCRITA EN:

Cultura de los Cuidados está incluida en las bases de datos:

- CAPES/QUAL. Base de datos de revistas del Ministerio de Educación de Brasil.
- LATINDEX. Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.
- "Scientific Commons" Details at a Glance: Publications: 31, 839, 799 - Repositories: 1,157.
- SCOPUS, ESCI, EBSCO, PUBLISHING, CUIDATGE, CUIDEN CINHAL y hemerotecas digitales como: Cantárida y RUA (repositorio institucional Universidad de Alicante): <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/831>. "Inscrita y miembro del Servicio Cross. Ref. (DOI prefix is: 10.7184)". Coordinadora RUA: Ana L. Noreña.

#### CORRESPONDENCIA:

Carmen Solano Ruiz. Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante. Campus de San Vicente del Raspeig. Ap. 99. E-03080. Alacant-Alicante. Revista «online»: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/831>. ISSN: 1138-1728. -Dep. Legal: A-1309-1997. Título clave: Cultura de los Cuidados. Título abreviado: Cul. Cuid. Tirada/Producción: 3.000 ejemplares.

Disponible: <https://culturacuidados.ua.es/>

Diseño y maquetación:  
Taller Digital UA  
(Alicante).

LA DIRECCIÓN DE LA REVISTA NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS CONTENIDOS DE LOS ARTÍCULOS. MARCA ESPAÑOLA N.º 2.816.560. DENOMINADO: CULTURA DE LOS CUIDADOS. BOE. 16/04/2008.

## SUMARIO

<b>EDITORIAL</b>	
- Homo narrador. De cómo contamos historias a lo largo de la vida .....	4-10
<b>FENOMENOLOGÍA</b>	
- Percepción sobre el soporte social brindado a cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica.....	11-24
- Percepción de adolescentes sobre sexualidad y salud reproductiva: la escuela como espacio para la educación sexual.....	25-34
- Percepción de la población inmigrante sobre el sistema nacional de salud español.....	35-44
- Sentido cultural y personal de la enfermedad según Thomas Mann .....	45-56
- Tuberculosis y vivencias: Una mirada desde la fenomenología.....	57-67
- Percepción de profesionales de enfermería sobre la valoración de la sexualidad en adultos mayores (Chile).....	68-77
<b>HISTORIA</b>	
- La relación enfermera-paciente: identidad histórica, metodológica y terapéutica en los cuidados de enfermería.....	78-84
- Consideraciones sobre el cirujano comadrón en los siglos XVIII y XIX, el caso de Vitoria (Álava, España).....	85-97
- Historia de la enseñanza de Historia de la enfermería en Brasil.....	98-112
<b>ANTROPOLOGÍA</b>	
- Discriminación social y conducta sexual de hombres que tienen sexo con hombres en América Latina: Una revisión sistemática.....	113-125
- Hombres, necesidades de salud y motivaciones para la automedicación.....	126-141
- Warfarina y prácticas culturales .....	142-154
- La enseñanza de enfermería: un camino de participación materna del cuidado del prematuro hospitalizado.....	155-170
- Estudio etnográfico sobre la dramatización de la alegría por clases sociales y del estigma en los adultos de la tercera edad del Asilo San Antonio.....	171-182
- Práctica de profesionales de salud brindando intervenciones en apego con perspectiva comunitaria: "Encuentros y desencuentros".....	183-195
- La atención enfermera en Urgencias al paciente musulmán durante el Ramadán. Revisión sistemática .....	196-208
- Interculturalidad: una apuesta en la formación de los profesionales enfermeros.....	209-221
<b>TEORÍA</b>	
- Incertidumbre, estrés y su relación con el bienestar psicológico en familiares de dependientes del alcohol.....	222-231
- Influencia de los factores psicosociales en la enfermedad de Crohn.....	232-242
- Confiabilidad y validez de la escala para medir la contribución del cuidador al autocuidado del paciente con insuficiencia cardiaca.....	243-255
- Incertidumbre en los cuidadores de niños hospitalizados en unidades de: cuidado intensivo neonatal –pediátrico.....	256-269
- Evaluación del riesgo de pie diabético en pacientes de edad avanzada con diabetes mellitus.....	270-282
- El modelo Tidal: Una alternativa para la enfermería psiquiátrica.....	283-294
<b>MISCELÁNEA</b>	
- Reseña de El fantástico viaje de Cordel a través de la historia de la enfermería.....	295-298
- Reseña de Y de nuevo la eutanasia. Una mirada nacional e internacional.....	299-304
- Vacío habitado de André Cruchaga o la poesía como búsqueda de un lenguaje aprehensor del sentido/ sin sentido de la existencia.....	305-312

EDITORIAL

***Homo narrador. De cómo contamos historias a lo largo de la vida***

**Homo narrador. How we tell stories throughout life**

**Narrador Homo. Como contamos histórias ao longo da vida**

**Alfonso Miguel García Hernández<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Licenciado en enfermería. Doctor en Antropología Social y Cultural por la Universidad de La Laguna. Profesor titular de la Universidad de La Laguna (España).

Cómo citar este artículo en edición digital: Garcías Hernández, A.M: (2019). Cultura de los Cuidados (Edición digital), 23 (55). Homo narrador. De cómo contamos historias a lo largo de la vida. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 23(55). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.55.01>

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

Correo electrónico: [almigar@ull.edu.es](mailto:almigar@ull.edu.es)

Recibido: 10/11/2019

Aceptado: Invitación editorial.



*Los relatos proporcionan a las culturas el modelo de identidad y de conducta que deben seguir sus miembros. Jerome Bruner. The Culture of Education.*

**ABSTRACT**

In this editorial, the author reflects on narratives as a source of knowledge of experiences linking transdisciplinary perspectives (nursing, biology, anthropology), and reveals the usefulness of these narrative materials as means of constructing meanings that contribute to a better understanding of life. **Keywords:** Nursing, narrative, narrative-based nursing, phenomenology.

**RESUMEN**

En esta editorial el autor reflexiona sobre las narrativas como fuente de conocimiento de las experiencias vinculando perspectivas transdisciplinares (enfermería,

biología, antropología), y revela la utilidad de estos materiales narrativos como medios de construcción de significados que contribuyen a un mejor entendimiento de la vida.

**Palabras clave:** enfermería, narrativa, enfermería basada en la narrativa, fenomenología.

**RESUMO**

Neste editorial, o autor reflete sobre as narrativas como fonte de conhecimento de experiências que vinculam perspectivas transdisciplinares (enfermagem, biologia, antropologia) e revela a utilidade desses materiais narrativos como meio de construir significados que contribuem para

melhor compreensão da vida.  
**Palavras-chave:** enfermagem, narrativa, enfermagem baseada em narrativas, fenomenologia.

Somos una especie que nos contamos historias desde pequeños y seguimos contándolas sin descanso a lo largo de nuestra vida. Narrar, por tanto, forma parte de nuestra naturaleza y construye la realidad en la que vivimos (Villarroya, 2019: 14). El mundo desplegado por nuestra obra narrativa es siempre un mundo temporal, de modo que el tiempo se hace tiempo humano en cuanto se articula de modo narrativo; a la vez, la narración es significativa en la medida en que describe los rasgos de la experiencia temporal, un círculo bien construido cuyas dos mitades se refuerzan mutuamente y alcanza su plena significación cuando se convierte en una condición de la existencia temporal. De modo que narración implica memoria y previsión, espera. Después de todo, recordar es tener una imagen del pasado, a modo de una huella de los acontecimientos que permanecen unidos a nuestro espíritu (Ricoeur, 2004). Entendemos los relatos de una forma dinámica y por ello las situaciones que narramos, que conforman nuestro conocimiento, se explican desarrollándose en el tiempo, ordenando los acontecimientos, que a su vez nos ofrecen la experiencia complementada con información que confirma la interpretación.

En palabras de Jerome Bruner, el mundo como relato y el relato de propios y extraños posee expectativas reconocibles,

reflexiones sobre acciones que casi siempre comienzan con alguna infracción del orden previsible de cosas o acontecimientos, tal como la peripéteia de Aristóteles, de modo que la acción del relato describe los intentos por superar o llegar a una conciliación con la infracción imprevista y sus consecuencias, para finalizar con un resultado a modo de conclusión. Los relatos nos acompañan desde pequeños y estructuran el largo aprendizaje que seguimos mientras configuramos las habilidades sociales que necesitamos para vivir en sociedad. Para Bruner “la etimología nos advierte que narrar deriva ya del narrare latino, ya de gnarus, que es aquel que sabe de un modo particular; lo que nos hace pensar que relatar implica ya un modo de conocer, ya un modo de narrar, en una mezcla inextricable” (2003: 48). Contamos pues historias y estas, nuestras historias, nos permiten crear y recrear un espacio propio donde los personajes, las acciones y las situaciones pueden ser creados a voluntad e integrados en diversas actividades, desde el juego, hasta el cotilleo, pasando por la literatura y el arte. Pero el relato es mucho más que una simple herramienta de aprendizaje. Narrar se ha adueñado de nosotros, de nuestra vida social y de la comprensión del mundo. El relato verosímil es el medio a través del que nos construimos insertos en un modelo de cómo funciona el mundo en el que vivimos que entendemos de modo razonable y eficaz, que

respetar la experiencia previa del narrador con los elementos del relato actual. Los humanos asumimos que para que algo tenga efecto ha de tener alguna característica especial que le permita comprender lo que ha sucedido, explicar los acontecimientos que no pueden explicarse por fenómenos físicos, sino por la participación de personas que actúan movidas por emociones, pensamientos o creencias.

En los últimos años, muchos nos hemos sumado a esa corriente de profesionales, que se centran en el entendimiento de cómo la capacidad narrativa modela nuestros conceptos de realidad y legitimidad. Un "viaje narrativo" que nadie discute y que guía a historiadores y estudiosos desde la historiografía<sup>1</sup>, la antropología, la sociología y la enfermería, para dar sentido a vidas, biografías y autobiografías por ellos narradas que construyen y crean y, que nos ayudan a reconocer y reconocernos. Una representación fiable de lo que ocurre y, a la vez, conveniente, que da sentido a lo que vivimos con verosimilitud, de modo razonable y eficaz. Que ayuda a crear significados a quienes viven sus vidas, en diferentes estados de salud-enfermedad o padecimiento en el marco de las diversas culturas. Una narrativa que ha trascendido y que se encuentra más allá de los círculos académicos, inmersa en el mundo simbólico y que incluso se ha convertido en un

instrumento para combatir las élites dominantes. Un arma para el oprimido que le permite narrar su propia historia: de mujeres, de grupos étnicos, de desfavorecidos, de invisibles o de personas enfermas y que sufren... Lévi-Strauss nos muestra que el mito y el relato son manifestaciones de una cultura que llega a pactar con las exigencias contrapuestas de la vida comunitaria, donde la narrativa refleja las tensiones inherentes a una cultura que produce los intercambios que requiere la vida cultural. Explicamos lo que nos ocurre, que determina nuestra interacción con el entorno a través de nuestro cuerpo, además de saber dónde estamos, necesitamos entender cómo nos encontramos en el lugar en el que estamos. El dónde, incluye también nuestro cuerpo, que es una parte importante de cómo experimentamos nuestro entorno, nuestra mente. Cuerpo y entorno modulan y limitan nuestra representación del espacio e invitan a cada individuo a representarlo de manera distinta.

Mientras, científicos sociales han empezado a comprender que no se necesita emular a los físicos o a los humanistas de gabinete, ni siquiera inventar algún nuevo dominio del ser que sirva como objeto de sus investigaciones. En cambio, se requiere proceder según su vocación e intentar descubrir un orden de la vida colectiva en la que determinar las conexiones de lo que ha estado realizando con iniciativas afines,

interesados en el estudio de la narrativa, de la naturaleza, de sus usos y su alcance.

<sup>1</sup> W.J.T. Mitchel en su obra "*On Narrative*" recopila artículos de eminentes historiadores

## *Cultura de los Cuidados*

siempre y cuando se haya realizado efectivamente alguna cosa; de este modo, cada vez más investigadores han asumido un enfoque esencialmente hermenéutico. La incorporación de la literatura de la imaginación tampoco es ajena y aporta más poder al uso de las narrativas pues tiene la capacidad de poner fin a la inocencia. Se comporta no como una lección sino como una tentación que reexamina lo obvio y que convierte a la narrativa, a su espíritu, en un movimiento subversivo más que pedagógico. Alejada de querer controlar lo aleatorio de la narrativa y los relatos en unos límites reconocibles, tal como ansía la jurisprudencia o la psiquiatría que busca patrones narrativos "sanos" frente a otros más ilusorios de la realidad. Situamos las cosas que ocurren no en un espacio objetivo, sino en el entorno en el que los acontecimientos ocurren o los observamos. Un entorno que es más que lo percibimos y representamos de acuerdo a situaciones específicas que estamos viviendo y que incluyen nuestro estado afectivo, nuestras motivaciones, nuestras metas, nuestro cuerpo y muchos otros aspectos particulares de la situación. Completamos nuestros relatos explicando la causa de lo que ocurre, que ha provocado o inducido lo que hemos vivido, que incluye comprender que la intención precede a la acción, y con quien establecemos una relación entre los elementos de una situación. No hay relato sin causa y esta determina el relato y, es precisamente la atribución de las causas de cada acción lo que convierte a cada una de

las narrativas en testimonios diferentes e incompatibles en ocasiones.

Aunque la distancia entre campos como la biología y la enfermería se han ido acortando, las narrativas en nuestra disciplina deben ligarse mucho más al individuo y a lo familiar con apariencia real, pues, después de todo, nuestra misión es volver a conferir extrañeza a lo familiar, para transformar tal como plantea Bruner (2003:27) "el indicativo en subjuntivo". En el libro "La Fábrica de historias" Bruner ya nos dice que no hay relatos neutros y que siempre narramos desde perspectivas particulares y que en ella es posible identificar funciones específicas del relato que dan razón de su sentido y de sus funciones en la vida humana, al narrar: actos interpretativos, intencionados, ya sea transgrediendo lo banal para convertirlo en epifánico o para pensar y promover mundos posibles o vidas realizables, puesto que narrar es una forma privilegiada que nos ayuda a construir nuestra identidad, mientras modelamos la mente o la experiencia que nos permite aprehender y dar sentido a la realidad, incluso comportándose como un arte connotativo-simbólico cultural que puede necesitar complementarse con otros modos de conocimiento humano, puesto que narrar es una actividad de la intersubjetividad claramente condicionada por nuestra cultura. Es un recorrido de doble sentido, de fuentes internas y externas: Fuentes internas como "la memoria, los sentimientos, las ideas, las creencias, la

subjetividad” y externas como “la aparente estima de los demás y las innumerables expectativas que derivamos muy pronto, inclusive inconscientemente, a partir de la cultura en que estamos inmersos” (Bruner, 2003: 94). En una cultura entendida como local, no como universal tal como refiere Clifford Geertz.

Sea como fuere, para llegar a establecer relaciones causales, necesitamos adquirir o desarrollar una serie de facultades: la capacidad para entender que algo es un objeto, un elemento independiente de nuestro entorno que incorpora variables de movimiento y velocidad que segmentan lo que ocurre a dichos acontecimientos particulares, que busca crear una base sólida sobre la que fijar relaciones causales entre elementos de nuestro entorno que se construye narrativamente vehiculado por el lenguaje. Los relatos son la moneda corriente de intercambio en la cultura, ya que en el sentido figurado crean e imponen lo previsible y paradójicamente también compila y censura lo que contraviene sus cánones. Construye su historia pasada y presente con mitos y cuentos, con sus dramas y sus rituales conmemorativos que autorizan y reivindican momentos vividos, reconstruidos desde el recuerdo y la necesidad de explicar el bien y el mal que orienta la narrativa hacia un encuentro de las intersubjetividades que se afana por organizar y comunicar dicha experiencia. De modo que, la convencionalización de la narrativa convierte a la experiencia

individual en una moneda de intercambio colectivo que circula en un nivel más amplio que la simple relación interpersonal. Toma pues protagonismo la narrativa popular que se organiza sobre la dialéctica entre normas que sustentan la expectativa y las transgresiones a dichas normas. Y su mayor enemigo es la simplicidad, de modo que cuanto más simple es el relato y mayor es la complejidad que explique, mayor será nuestra disposición a aceptarlo y nuestra satisfacción al hacerlo.

Nuestras narraciones necesitan del narrador, del sujeto que cuenta, que se cuenta, que es contado. Al final de cuentas el relato de nuestras vidas es primordial, pues se comporta como la sustancia que construye significados, mediada por las narraciones, ello no sirve para representar fiablemente lo que nos acontece, sino para dar sentido a lo vivido. Aunque es posible que puedan darse las mentiras, tal como refiere Mario Vargas Llosa en “La verdad de las mentiras” (1990) donde se pronuncia abiertamente a favor de la calificación como mentira de la literatura de la que ha tenerse en cuenta puesto que según sus palabras la literatura es la expresión de la insatisfacción del hombre, de la crisis vital que le acucia. La ficción es juzgada según la calidad de las novelas o, dicho de otro modo, para entendernos, de la capacidad de persuadir de una verdad al lector. Según su opinión, la literatura es un mecanismo por medio del cual satisfacemos nuestro inconformismo vital y es, en este sentido, en el que la literatura es esa mentira



que construimos para vivir “lo que no vivimos” (“El viaje a la ficción”, 2008: 29).

Goffman aplica la metáfora del juego a casi todo lo que puede abarcar con sus manos. El vaivén de mentiras, meta-mentiras, verdades increíbles, amenazas, torturas, sobornos y chantajes que comprende el mundo del espionaje se construye como un “juego expresivo” a modo de un carnaval de engaños semejante a la vida en general, ya que, en una frase que podría proceder de Gabriel García Márquez o de Juan Rulfo, nos refiere que “los agentes [son] un poco como todos nosotros, y todos nosotros [somos] un poco como los agentes”. En los trabajos de Goffman, lo que sucede en un hospital psiquiátrico, en cualquier hospital o prisión o incluso en un internado, es un “juego ritual de adquisición de sí mismo”, juego en el que el equipo médico o docente posee la mayoría de las figuras, un baile en el que nos comportamos como en un juego en el que “como todo psicótico o cómico debe saber, cualquier jugada incorrecta puede atravesar la fina membrana de la realidad inmediata”. El conflicto social, la desviación, la actividad empresarial, los roles sexuales, los ritos religiosos, la jerarquía del estatus y la simple necesidad de aprobación humana, reciben el mismo tratamiento. La vida no es por tanto sino una caja de estrategias (Geertz, 1994: 38).

El relato tiene el poder de “concretizar”, vía metáfora, ciertas realidades que de otra forma quedarían en la penumbra sin ser

reveladas. El relato, en ese sentido, arroja una luz que permite ver la realidad: “La narrativa, incluso la de ficción, da forma a cosas del mundo real y muchas veces les confiere, además, una carta de derechos en la realidad” (Bruner, 2003: 22). Esta comprensión del poder del relato busca “construir la realidad” y hace pensar en lo que Ricoeur llamaba la “vehemencia ontológica” de la metáfora, gracias a la cual, y sólo gracias a ella, la realidad adviene al mundo humano bajo una luz nueva (2001: 328). Da sentido a lo vivido de manera conveniente a nuestros intereses y a nuestro entorno social, que es lo más importante en nuestras vidas, que provoca en muchos casos tensión y desajustes entre lo que explicamos y lo que realmente ocurre. Participar del relato a lo largo de nuestras vidas es significar el aprendizaje social, contribuir al conocimiento que adquirimos, y a los modelos que nos explican cómo funciona el mundo y nosotros mismos. Somos, pues, una especie narrativa, llevada del impulso por dar sentido a lo que sucede a nuestro alrededor, mediante relatos que construimos continuamente.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Bruner, J. (1996). *The Culture of Education*. Cambridge: Harvard University Press
- Bruner, J. (2002). *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- Bruner, J. (2003). *La fábrica de historias. Derecho, literatura, vida*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Geertz. C. (1987). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- Geertz. C. (1994). *Conocimiento local. Ensayos sobre la interpretación de las culturas*. Barcelona: Paidós.
- Mitchell, W.J.T. (1981). *On Narrative*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Ricoeur, P. (2001). *La Metáfora viva*. Madrid: Ed. Cristiandad – Ed. Trotta.
- Ricoeur, P. (2004). *Tiempo y narración. Configuraciones del tiempo en el relato histórico*. Tomo I. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- Vargas Llosa, M. (2002). *La verdad de las mentiras*. Alfaguara, Madrid.
- Vargas Llosa, M. (2011). *El viaje a la ficción*. Santillana, Madrid.
- Vilarolla, O. (2019). *Somos lo que contamos. Cómo los relatos construyen el mundo en que vivimos*. Editorial Ariel. Barcelona.



## FENOMENOLOGÍA

**Percepción sobre el soporte social brindado a cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica****Perception of the social support provided to family caregivers of people with chronic disease****Percepção do apoio social prestado a familiares cuidadores de pessoas com doença crônica****Lorena Chaparro Díaz<sup>1</sup>, Sonia Carreño Moreno<sup>2</sup>, Mauricio Arias Rojas<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Enfermera, Doctora en Enfermería. Profesora asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: [olchaparrod@unal.edu.co](mailto:olchaparrod@unal.edu.co)

<sup>2</sup> Enfermera, Doctora en Enfermería. Profesora asistente, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: [sparrenom@unal.edu.co](mailto:sparrenom@unal.edu.co)

<sup>3</sup> Enfermero, Doctor en Enfermería(c). Profesor asistente, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia. Correo electrónico: [emauricio.arias@udea.edu.co](mailto:emauricio.arias@udea.edu.co)

Cómo citar este artículo en edición digital: Chaparro Diaz, L., Carreño Moreno, S. & Arias-Rojas, M. (2019). Percepción sobre el soporte social brindado a cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 23 (55). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.55.02>

Correspondencia: Avenida Carrera 30 No.45-03 Ciudad Universitaria Edificio 228, Piso 3 Of. 305. Bogotá, Colombia. Teléfono: 3165000 Ext. 17013

Correo electrónico de contacto: [emauricio.arias@udea.edu.co](mailto:emauricio.arias@udea.edu.co)



Recibido:20/06/2019

Aceptado:12/10/2019

**ABSTRACT**

The objective of this study was to describe the perception of social support of the family caregiver of people with chronic diseases. A qualitative descriptive approach with content analysis based on an inductive type categorization was used, involving 130 main

caregiver participants captured through the Chronic Patient and their family Care research group. The information was collected through questionnaires written with open questions during the months of February to June 2018 in the Faculty of Nursing of the National University of Colombia. The findings were grouped into 9 categories that were named as the support

that relieves the burden, the support to face and overcome, the need for emotional support, to transcend spiritual support, the need for tangible support, support to support others, technology ICT information and communication as a medium for support, Perception of state and institutional support and Being a visible and supported caregiver. It can be concluded that the greater need for social support expressed by caregivers is related to emotional and spiritual support, in which making their work visible, being recognized and being accompanied is the most important thing for them.

**Key words:** Social support, caregivers, chronic illness, burden of disease, nursing care.

### RESUMEN

El objetivo de este estudio fue describir la percepción de soporte social del cuidador familiar de personas con enfermedades crónicas. Se utilizó un abordaje cualitativo descriptivo con análisis de contenido basado en una categorización de tipo inductivo, se incluyeron 130 participantes cuidadores principales captados por medio del grupo de investigación de Cuidado al paciente crónico y su familia. La información se recolectó por medio de cuestionarios escritos con preguntas abiertas durante los meses de Febrero a Junio del 2018 en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Los hallazgos se agruparon en 9 categorías que fueron denominadas como el soporte que alivia la carga, el soporte para afrontar y superar, necesidad de apoyo emocional, trascender en el apoyo espiritual, necesidad de apoyo tangible, soporte para apoyar a otros, Tecnologías de la información y la comunicación TICS como medio para el soporte, Percepción de soporte estatal e institucional y Ser un cuidador visible y apoyado. Se puede concluir que la mayor necesidad de soporte social expresada por los cuidadores esta relacionada con el apoyo emocional y espiritual, en el que hacer visible su labor, tener reconocimiento y estar acompañados es lo más importante para ellos.

**Palabras clave:** Soporte social, cuidadores, enfermedad crónica, carga de la enfermedad, cuidado de enfermería.

### RESUMO

O objetivo deste estudo foi descrever a percepção de apoio social do cuidador familiar de pessoas com doenças crônicas. Utilizou-se uma abordagem qualitativa descritiva com análise de conteúdo baseada em uma categorização por tipo indutivo, envolvendo 130 principais cuidadores participantes do grupo de pesquisa em Cuidado ao Paciente Crônico e sua família. As informações foram coletadas por meio de questionários escritos com questões abertas durante os meses de fevereiro a junho de 2018 na Faculdade de Enfermagem da Universidade Nacional da Colômbia. Os resultados foram agrupados em 9 categorias que foram nomeadas como

o apoio que alivia a carga, o apoio para enfrentar e superar, a necessidade de apoio emocional, para transcender o apoio espiritual, a necessidade de apoio tangível, apoio para apoiar os outros, tecnologia Informação e comunicação em TIC como meio de apoio, Percepção de apoio estatal e institucional e Ser um cuidador visível e apoiado. Pode-se concluir que a maior necessidade de apoio social, expressa pelos cuidadores, está relacionada ao apoio emocional e espiritual, no qual tornar o trabalho visível, ser reconhecido e estar acompanhado é o mais importante para eles.

**Palavras-chave:** Suporte social, cuidadores, doenças crônicas, sobrecarga de doença, cuidados de enfermagem.

## INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud OMS (2018) de los 56,4 millones de defunciones registradas en 2016, más de la mitad (54%) estuvieron asociadas a enfermedades crónicas no transmisibles ECNT, lo que implica un desafío para las políticas de salud y los recursos disponibles para su control, debido a que genera pérdidas en años de vida saludable tanto en los pacientes como en sus cuidadores (Plank, Mazzoni & Cavada, 2012). Generalmente, las personas con ECNT requieren de un acompañamiento para el manejo de la enfermedad e incluso para su autocuidado, ya que muchas de estas enfermedades generan algún grado de dependencia, y es aquí donde se hace evidente la necesidad de una persona que asuma el rol de cuidador familiar. (Noohi, Peyrovi, Goghary & Kazemi, 2016).

El cuidador familiar usualmente tiene un vínculo de parentesco o cercanía con la persona con ECNT y es aquel que asume la responsabilidad de su cuidado en casa, de manera que esta situación altera toda su vida, viéndose enfrentado a la pérdida de su cotidianidad y su libertad como consecuencia del cambio de roles, lo que implica que el cuidador con frecuencia se perciba con sobrecarga (Prince et al., 2015; Hui Xie et al., 2016). Frente a esto, los cuidadores familiares requieren de un apoyo o soporte social, no solo para sobrellevar la carga del cuidado sino para mejorar el

desempeño de su rol; así, el apoyo emocional, espiritual, económico e instrumental que recibe el cuidador, le permite percibir una mejora ante su capacidad de hacer frente a la situación, lo que a su vez le ayuda a reducir las reacciones negativas ante la misma (Hui Xie et al., 2016; Buck et al., 2015).

Diversos autores (Corry, While, Neenan & Smith, 2015; Chi & Demiris, 2015) que han abordado el tema, evidenciaron que al suplir las necesidades de educación sobre cómo ejecutar actividades básicas de cuidado y el acompañamiento por medio de grupos de apoyo demuestran una mejora en la calidad de vida y disminuye la percepción de sobrecarga en el 90% de los cuidadores. Adicional para Sklenarova et al., (2015) el 44% de los cuidadores tienen necesidades insatisfechas relacionadas con la parte emocional y psicológica de sí mismos; por lo que para Noohi et al., (2016) esto se relaciona con lo que los cuidadores expresan como su principal preocupación, que es contar con la familia como apoyo social, especialmente en los aspectos relacionados con la empatía y la compañía porque esto les permite hacer frente a las dificultades.

Dentro del marco de la experiencia del cuidado en la cronicidad, es importante no solo objetivar el fenómeno del soporte social a partir de una percepción únicamente deductiva, sino que las reflexiones de quienes viven la experiencia constituye un sustrato importante para comprender lo que los cuidadores piensan y necesitan en el

marco del soporte social a descripción e interpretación de las estructuras esenciales de la experiencia vivida (Van Manen, 1997; Schütz, 1967). Por ende, el objetivo de este estudio fue describir la percepción de soporte social del cuidador familiar de personas con enfermedades crónicas.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Este es un estudio de abordaje cualitativo descriptivo que utiliza como metodología el análisis de contenido basado en una categorización de tipo inductivo. Este tipo de abordaje permite identificar en la descripción el ser de una realidad a través de sus partes, así el propósito del mismo es identificar actitudes, creencias, valores, percepciones, metas y otros aspectos de un grupo de personas (Graneheim & Lundman, 2004), en este caso los cuidadores frente al soporte social.

### **Participantes**

Los sujetos de investigación fueron 130 personas que cumplieron el criterio de inclusión de ser cuidador familiar principal de una persona con enfermedad crónica por un tiempo mayor a 6 meses y tener un estatus mental intacto. Estos cuidadores fueron contactados a través de un muestro por bola de nieve, que conducía a grupos y redes de apoyo de cuidadores.

### **Recolección de datos**

La recolección de los datos se realizó durante los meses de Febrero a Junio del 2018 en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Como

estrategia de recolección se utilizó un cuestionario con preguntas abiertas en las que se indagaba sobre su experiencia con el soporte social que ha tenido, las estrategias de soporte que ha empleado, el apoyo instrumental recibido y el uso de TICS. Los datos recolectados fueron transcritos en su totalidad y almacenadas en el software ATLAS-ti licenciado por la Universidad Nacional de Colombia. En esta fase de la investigación, la recolección de los datos, la orientación en el diligenciamiento de las preguntas y su transcripción fue realizada por uno de los investigadores. La recolección de datos se detuvo en el momento en que no se encontró información nueva para ser incluida en las categorías que derivaron del análisis.

### **Análisis de datos**

Para el análisis de los datos se utilizó el análisis de contenido como lo plantea Krippendorff (1990, 2013) en el cual se tomaron los siguientes pasos:

1. Formulación de los datos: determinación de unidades de análisis
2. Reducción de datos
3. Inferencia de códigos y categorías
4. Análisis y validación de los datos

Este análisis fue realizado por dos de los investigadores que no tuvieron contacto con los participantes y que siguieron los planteamientos de Krippendorff (1990, 2013), todas las respuestas dadas en cada uno de los cuestionarios fueron leídas de manera general para obtener un panorama global acerca de lo que expresaban los cuidadores y

también para que los investigadores identificaran sus propios sentimientos y pensamientos ante este tema con el fin de lograr objetividad en las futuras descripciones; luego, del conjunto de respuestas se seleccionaron las oraciones, palabras y/o expresiones que más se repetían pero que también eran significativas para describir el fenómeno. Estas oraciones se organizaron en 70 códigos nominales que se agruparon en 9 categorías que surgieron de descripciones hechas por los participantes, intentando mantener una relación directa entre la transcripción y la categoría emergente.

Aspectos éticos y criterios de rigor en investigación cualitativa

Con los datos analizados se realizó una triangulación con el equipo investigador para validar y ajustar la categorización. Con este proceso se dio cumplimiento a los criterios de rigor de credibilidad, reflexividad, neutralidad, consistencia y relevancia que fueron seguidos de acuerdo con Guba y Lincoln (1990).

Esta investigación cumplió con los criterios éticos de respeto, beneficencia y confidencialidad. Se desarrolló bajo la aprobación del Comité de ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Todos los participantes aceptaron participar voluntariamente y firmaron el consentimiento informado.

## **RESULTADOS**

De los 130 cuidadores participantes, la mayoría son hijos(as) del paciente (49%),

se encontraban entre los 21 y 78 años con una media de 56 años, el 92% son mujeres y el 70% dedican más de 12 horas al día al cuidado del paciente. La prevalencia en cuanto a las enfermedades de las personas cuidadas son de 23% por enfermedades mentales tipo Alzheimer o demencia senil, 15,3% por algún tipo de Cáncer, 20% por afecciones cardio-cerebro-vasculares y el 38,5% los pacientes son pluripatológicos con más de 2 enfermedades concomitantes. Estos datos se pueden ampliar en la Tabla 1.

A continuación se detallan cada una de las categorías con sus respectivas descripciones y expresiones de los participantes.

### **1. El soporte que alivia la carga**

Para los cuidadores la palabra soporte se relaciona con todas las actividades que tienen a la mano para aliviar la carga que genera el cuidado, esto incluye sentirse acompañado en el proceso y darse el espacio para compartir experiencias con otros, y de esta manera lograr enfocarse en los aspectos positivos del cuidado.

*“Todas los aspectos que se encuentran en mi contexto que me permiten brindar un soporte emocional y de acompañamiento a mi mami. Representa una fuente de alimentación constante y permanente que me ayuda en la labor diaria. Se encuentre integrada por diversos componentes familia, amigos, ayuda espiritual, posibilidades de capacitación, tecnologías.”* Participante 047

Así mismo, dentro de su concepción de soporte, los cuidadores incluyen las estrategias que utilizan para aprender sobre

el proceso de cuidar y para sobrellevar la carga del cuidado como actividades de ocio, recibir consejos, mantenerse informado, escuchar a la personas que cuidan y hacer oración.

*“Los espacios son muy importantes y tener espacios de ocio ayuda a controlar las emociones, en una vía para aliviar la carga”* Participante 104

## **2. El soporte para afrontar y superar**

Siendo el afrontamiento un proceso cognitivo y conductual que permite el ajuste a un cambio, los cuidadores expresan que para atravesar por este proceso de afrontamiento y adaptación se requiere del acompañamiento presencial de la familia, amigos y prestadores de servicios de salud, de la búsqueda de opciones para el cuidado, de la capacidad para superar las dificultades y de comprender la realidad de la enfermedad.

*“Tanto personal como profesionalmente [el soporte social] ha sido un factor fundamental para superar obstáculos y barreras, pues contar con apoyo en mi red y educación para brindar dicho apoyo ha sido importante y enriquecedor no solo para problemas internos sino también para brindar dicho apoyo.”* Participante 067

Como parte de su proceso de afrontamiento y adaptación a su nuevo rol, los cuidadores utilizan estrategias que les lleve a solucionar situaciones que no pueden controlar, entre ellas la búsqueda de ayuda profesional, de esta forma, cuando el cuidador refleja en sus expresiones y sus vivencias que esta haciendo ajustes a los cambios que han alterado su cotidianidad,

esta demostrando una superación de las adversidades en el cuidado y una adaptación positiva.

*“En este momento estoy empezando a recibir apoyo psicológico, este es vital para manejar el dolor de la pérdida o deterioro del ser querido, la frustración, por no poder lograr cambiar el curso de los acontecimientos y el manejo satisfactorio de ciertas condiciones.”* Participante 116.

## **3. Necesidad de apoyo emocional**

Los cuidadores expresan las sensaciones que le genera el rol de cuidador, su percepción de soledad y los sentimientos negativos que en ocasiones se derivan de esta labor, ante esta escenario, los cuidadores requieren de alguien cercano que les permita expresarse en momentos de tristeza y además de apoyo para el reconocimiento y manejo de los sentimientos de frustración y opresión ante la situación.

*“Para aceptar los sentimientos negativos necesitamos una ayuda adicional pues con solo nuestras fuerzas y motivaciones es imposible la sobrecarga que esto representa. El paciente o la familia pueden causar frustración y sentimientos de inutilidad y soledad”* Participante 036



Tabla 1. Caracterización de los participantes

Característica		Porcentaje %			
<b>Datos del paciente</b>					
Diagnóstico médico	Enfermedad mental	23			
	Algún tipo de cáncer	15,3			
	Enfermedades cardio-cerebro-vasculares	20			
	Otras enfermedades crónicas	21			
	Pluripatológicos	38,5			
Género	Masculino	40			
	Femenino	60			
<b>Datos del cuidador familiar</b>					
Género	Masculino	8			
	Femenino	92			
Nivel de escolaridad	Primaria	13			
	Bachillerato	33,8			
	Técnico y/o Profesional	46			
Procedencia	Cundinamarca	68,5			
	Boyacá	7			
	Tolima	4,6			
	Otros lugares del País	20			
Parentesco con el paciente	Esposo(a)	11,5			
	Hijo(a)	47			
	Madre o Padre	13			
	Otro familiar	22,3			
Religión	Católica	76			
	Cristiana	8,4			
Único cuidador	Si	46,2			
	No	53,8			
<b>Estadística descriptiva</b>		<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar</b>
Edad del paciente (años)		5	90	79	78,9
Tiempo que lleva con la enfermedad (años)		2	50	12	126,8
Edad del cuidador (años)		21	78	56	11
Tiempo que lleva como cuidador (años)		1	40	8,6	112,8

Fuente: Datos obtenidos del estudio y analizados en SPSS. 2018

El tema del manejo de la emociones representa la dualidad del cuidador ante su labor, de manera que desde su experiencia los cuidadores describen estrategias de apoyo como conectarse con temas motivacionales o espirituales, buscar ayuda profesional para la identificación y manejo de las emociones que derivan de su labor de cuidado y estar abiertos a la comunicación familiar.

*“Es que nos cambia la vida ante esta situación a veces nos cansamos como cuidadores el estrés cuando a veces nos deja solo a una persona pero cuando hay reunión en la familia se nos hace más fácil ante esta situación” Participante 053*

#### **4. Trascender en el apoyo espiritual**

La espiritualidad motiva a encontrar un propósito y un significado a la vida y a las situaciones que se presentan, generalmente se relaciona con un ser superior, tal como lo describen los cuidadores, para quienes el apoyo espiritual lo encuentran por medio de la creencia en Dios y en el desarrollo de actividades de crecimiento, lo que con el tiempo los lleva a ser apoyo para otros.

*“Desde mi fe en Dios y asistiendo a retiros espirituales, comparto con mucha gente y aprendo de cada uno y cuando mi semejante tiene una dificultad más grande que la mía, es donde puedo ser soporte para alguien desde mi propia vida.” Participante 016*

A través de la expresión de sentimientos y emociones, el cuidador muchas veces logra encontrarle sentido y gratificación personal a su labor, sumado a que, con el tiempo, el

cuidador aprende habilidades instrumentales que pasan a ser rutina, por lo que luego el cuidado comienza a centrarse en lo emocional o espiritual.

*“El apoyo espiritual nos ayuda a enfrentar los aspectos difíciles de la vida y nos permite comprender un poco mejor la misión que tenemos en el mundo, también encontrar un significado diferente de lo que llamamos tragedia” Participante 091*

#### **5. Necesidad de apoyo tangible**

Los cuidadores expresan su necesidad de apoyo tangible a nivel familiar e institucional, ya que esta es una actividad que les demanda muchas horas en el día, elementos físicos y aprendizaje constante. Frente al apoyo familiar, ellos expresan necesitar de su ayuda para actividades de la vida cotidiana, en especial en lo que respecta a los quehaceres hogar, además de visitas al paciente y el acompañamiento en el cuidado.

*“Acompañamiento en momentos de depresión del paciente y de mí como cuidadora. Tiempo de reemplazo en las tareas de cuidar. Apoyo en suministros alimentación, compras, proceso administrativos de servicios médicos.” Participante 037*

A nivel institucional, es necesario que las entidades prestadoras de salud le garanticen a los cuidadores una orientación profesional para el cuidado en el que se incluya información científica veraz, comprensible y actual sobre la enfermedad y el cuidado básico, además del acceso a medicamentos y acompañamiento profesional en el proceso.

*“Apoyo de tipo informacional por parte de entidades especializadas, recibir guías que*

*me ayuden a identificar signos y síntomas que requieran de valoración médica, en cuanto debe estar la tensión?, que debo hacer en caso de que mi paciente se caiga o le de fiebre?” Participante 088*

### **6. Soporte para apoyar a otros**

Los grupos de apoyo surgen como una necesidad de apoyo presencial durante el proceso de cuidado, en el que varios cuidadores crean redes para apoyarse desde la experiencia personal de cada uno o para escucharse. Estos grupos permiten la adaptación del cuidador a su rol, aquí no solo comparten experiencias sino que transmiten información sobre el cuidado y favorecen la creación de lazos, lo que representa gran parte del apoyo emocional que necesitan los cuidadores.

*“En el grupo se fortalece la parte de red cuando se comunica entre nosotros cómo resuelve las dificultades, se hace intercambio de medicamentos cuando al otro no se los han entregado a tiempo, usamos el whatsapp como vía de comunicación o el teléfono.” Participante 066*

### **7. Tecnologías de la información y la comunicación TICS como medio para el soporte**

Para los cuidadores mantenerse informados y actualizados es importante, de manera que el internet representa esa disponibilidad de información inmediata sobre cuidados o sobre la misma enfermedad. Adicional, los cuidadores crean grupos en redes sociales que les permite estar conectados con otros cuidadores, familiares y amigos, lo que favorece que no se sientan solos o aislados en su labor.

*“Las redes el internet y las aplicaciones tecnológicas pueden ser claves para empezarnos a reconocer y darnos a conocer en el, que se nos escuche, reconozca, valore, capacite y acompañe en el proceso de ser cuidadora.” Participante 085*

### **8. Percepción de soporte estatal e institucional**

Los cuidadores describen que a pesar de conocer los derechos y deberes como pacientes y cuidadores, estos no se cumplen y algunos se quedan cortos en especial en lo relacionado con su labor de cuidador, ya que la ausencia de políticas para los cuidadores, el abandono institucional y del estado por falta de reconocimiento de su labor, son aspectos que expresan con preocupación

*“El apoyo social es del estado, que a los cuidadores no nos da la atención que corresponde, puesto que tenemos muchas dificultades para acceder a citas médicas, educación, trabajo, cultura, vivienda. Necesitamos la creación de leyes que protejan al cuidador” Participante 068*

En otro sentido, los cuidadores también reconocer un avance en la atención de los servicios de salud para los pacientes, en especial en los programas de enlace y la orientaciones médicas.

*“En mi caso si tengo soporte social en la EPS con un programa llamado enlaces de discapacidad en casa, para el paciente contamos con el derecho a médicos domiciliarios” Participante 011*

### **9. Ser visible y apoyado**

Ser cuidador genera un cambio, una alteración en la vida de la persona que decide

asumir el cuidado de su familiar con ECNT, estas actividades parecen ser invisibles, ya que las asocian con labores propias del hogar, sumado a que con el paso del tiempo hay una falta de participación familiar en el cuidado del paciente, por lo que el cuidador no puede dejar de expresar la necesidad de tener derecho a cansarse y tener a alguien que lo apoye.

*“Yo veo que es muy importante compartir o informar a la familia para que así mismo sean compartidos los compromisos y a la vez también tener uno como cuidador un reposo y recuperar energías para poder seguir.”*  
Participante 104

Los cuidadores esperan ser escuchados sin ser juzgados, ellos añoran que la sociedad le de un valor significativo a su actividad de cuidado, desean un real reconocimiento social, esto no solo los hará visibles sino que también lograrán hacer valer sus derechos.

*“El reconocimiento del rol de cuidador en el contexto social, no me refiero a que se nos pague por ser cuidadores, pero que se nos reconozca nuestro aporte social y se valore esta actividad, por ejemplo en una hoja de vida.”* Participante 085

## DISCUSIÓN

Por su naturaleza, el ser humano es un ser social que necesita el apoyo de otros para su existencia, de manera que el soporte social como el respaldo requerido para realizar alguna actividad, es un aspecto indispensable a la hora de hablar del cuidado a los cuidadores de personas con ECNT. Para algunos investigadores del tema (Barrera & Ainly, 1983; Sherboune &

Stewart, 1991) el soporte social se compone de una parte emocional, una instrumental, una informacional, una retroalimentación y una interacción social positiva.

En la parte emocional del soporte social la literatura respalda las descripciones de los cuidadores con respecto a las sensaciones que les genera la experiencia de cuidar a una persona con ECNT (Lilly, Robinson, Holtzman & Bottoroff, 2012; Blum & Sherman, 2010), ellos se perciben solos en el cuidado, además de la indiferencia de la misma familia y la sociedad ante su labor, haciendo que esta actividad parezca carente de valor, sumado a las emociones negativas que en muchas circunstancias derivan de los sentimientos de frustración ante la realidad, sin dejar de lado el apoyo económico e instrumental del que también carecen.

Para algunos investigadores, (Dam, Vugt, Klinkenberg, Verhey & van Boxtel, 2016; Morelli, Lee, Arnn & Zaki, 2015), el soporte social instrumental hace referencia a la posibilidad de disponer ayuda directa y presencial, colaboración en las tareas de cuidado y del hogar, además del apoyo económico para el sostenimiento de la persona cuidada, este soporte deber ser proporcionado por la familia y por las instituciones de salud o gubernamentales. Para los cuidadores este tipo de soporte es el que mayores limitaciones y deficiencias tiene, ya que para acceder al soporte formal de las instituciones de salud deben recurrir a múltiples trámites a través de muchas barreras para conseguir desde citas médicas

## *Cultura de los Cuidados*

hasta elementos como el oxígeno.

Llama la atención la percepción abandono que los cuidadores sienten frente al estado y las instituciones de salud, donde se ha invisibilizado la labor del cuidador como un quehacer más dentro de las responsabilidades del hogar. Esta situación también se presenta en otros contextos, es así que en el estudio de Lilly et al., (2012) los cuidadores recibieron constantes mensajes de que el sistema estaba demasiado sobrecargado para ayudarlos posicionándolos como personas olvidadas.

En cuanto al soporte informacional (Ploeg, Biehler, Willison, Hutchison & Blythe, 2016), los cuidadores expresan varias formas de obtener información para el cuidado, la primera es por medio de los profesionales de la salud, quienes dan indicaciones sobre la enfermedad y sus cuidados, la segunda fuente de información a la que ellos recurren es el internet, es en la red donde solventan dudas de manera inmediata y se actualizan y otra forma es por medio de las redes y grupos de apoyo donde obtienen información al compartir las experiencias del cuidado con otros cuidadores con mayor experiencia en el rol. El soporte de retroalimentación (Morelli et al., 2015) y de interacción social les permite a los cuidadores expresar y compartir sus experiencias de cuidado con otros, no solo los hace sentirse acompañados y reconocidos sino que aportan y reciben conocimiento de otros cuidadores que pasan por experiencias similares.

De acuerdo a lo descrito hasta ahora, desde

la perspectiva funcional del soporte social el disponer de los recursos aportados por su red aumenta la percepción de su capacidad de hacer frente a la situación (Sklenarova et al., 2015). Para ellos el acompañamiento en el proceso de cuidado, el reconocimiento social de su labor, el apoyo y la escucha frente a la expresión de sentimientos se hacen indispensables dentro de sus procesos de afrontamiento a los cambios que han alterado su cotidianidad.

La experiencia de cuidar de un familiar se puede vivir como un aspecto más de la vida, que forma parte de ella, o como un giro temporal, algo inesperado y transitorio, cuidar es una actividad dinámica, reflexiva deliberada y basada en la interacción humana (Applebaum, Farran, Marziliano, Pasternak & Breitbart, 2014), a pesar de esto, el hecho de cuidar no está exento de repercusiones para la salud de la persona que cuida, consecuencias derivadas del precario soporte institucional para realizar esta función y la mínima formación para llevar a cabo esta actividad.

Se debe resaltar que aspectos como el acompañamiento en las actividades de cuidado, la expresión de sentimientos sobre la experiencia de cuidar, el reconocimiento y visibilidad de la labor del cuidador son los principales aspectos descritos por los cuidadores, en consecuencia desde los profesionales de la salud hasta los entes gubernamentales de cada país deben propiciar la creación de espacios, grupos y redes que representen no solo el ser de un cuidador sino el apoyo en su quehacer.

### **Implicaciones para la Práctica**

Los hallazgos indican que los profesionales de la salud y los trabajadores sociales deben apoyar y alentar a los cuidadores familiares a mantener algunas actividades valiosas propias y ofrecer servicios flexibles. Este análisis sugiere que los programas de información y educación deben orientarse hacia los cambios en las vidas de los cuidadores, y la información y el apoyo deben adaptarse a los intercambios que los cuidadores hacen para decidir las estrategias de afrontamiento. Los profesionales y los entes gubernamentales deben ser conscientes del riesgo de que los cuidadores estén aislados de sus familiares, amigos o de la participación social de manera productiva. Se requiere de un enfoque amplio de recursos sociales que deben ser movilizados para dar visibilidad a los cuidadores, entre ellos esta incluida la colaboración con empleadores.

### **CONCLUSIONES**

Las nueve categorías denominados como el soporte que alivia la carga, el soporte para afrontar y superar, necesidad de apoyo emocional, trascender en el apoyo espiritual, necesidad de apoyo tangible, soporte para apoyar a otros, Tecnologías de la información y la comunicación TICs como medio para el soporte, Percepción de soporte estatal e institucional y Ser un cuidador visible y apoyado, las cuales fueron descritas, evidencian las necesidades de

apoyo que requieren los cuidadores, anudado a la experiencia que han tenido hasta momento como cuidadores y su relación con el soporte social percibido.

La necesidad que más expresaron los cuidadores se relaciona con el soporte emocional, en el que el acompañamiento presencial en el desempeño de su rol es importante para ellos, siendo esta una forma de compartir el cuidado, de tener el reconocimiento que necesitan, de mantenerse actualizado en el cuidado y de fortalecer las redes de apoyo, aquí el compromiso de la familia es fundamental aunque no se puede dejar de lado la parte gubernamental, en la que cada día se hace más apremiante la creación de políticas para el cuidador.

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Applebaum, A.J., Farran, C.J., Marziliano, A.M., Pasternak AR3, Breitbart W1. (2014). Preliminary study of themes of meaning and psychosocial service use among informal cancer caregivers. *Palliative & Supportive Care*, 12(2), 139–148.
- Barrera, M. & Ainly S.L. (1983). The structure of social support: A conceptual and empirical analysis. *Journal of Community Psychology*, 11, 133-143.
- Blum, K., Sherman, D.W. (2010). Understanding the Experience of Caregivers: A Focus on Transitions. *Semin Oncol Nurs*, 26(4), 243-58.
- Buck, H. G., Harkness, K., Wion, R., Carroll, S. L., Cosman, T., Kaasalainen, S., ... Arthur, H. M. (2015). Caregivers' contributions to heart failure self-care: A systematic review. *European Journal of*

## Cultura de los Cuidados

- Cardiovascular Nursing*, 14(1), 79–89.
- Chi, N. C., & Demiris, G. (2015). A systematic review of telehealth tools and interventions to support family caregivers. *J Telemed Telecare*, 21(1), 37-44.
  - Corry, M., While, A., Neenan, K., & Smith, V. (2015). A systematic review of systematic reviews on interventions for caregivers of people with chronic conditions. *J Adv Nurs*, 71(4), 718-34.
  - Dam, A.E., de Vugt, M.E., Klinkenberg, I.P., Verhey, F.R., & van Boxtel, M.P. (2016). A systematic review of social support interventions for caregivers of people with dementia: Are they doing what they promise? *Maturitas*, 85, 117-130.
  - Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24(2), 105-12.
  - Guba, E., & Lincoln, Y. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.). *Handbook of qualitative research* (pp. 105-117). Thousand Oaks, CA: Sage.
  - Hinson, C.P. (1997). Social support: a conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 95–100.
  - Krippendorff, K. (1990). *Content analysis: an introduction to its methodology*. Beverly Hills, California; Sage.
  - Lilly, M.B., Robinson, C.A, Holtzman, S., & Bottorff, J.L. (2012). Can we move beyond burden and burnout to support the health and wellness of family caregivers to persons with dementia? Evidence from British Columbia, Canada. *Health Soc Care Community*, 20(1), 103-12.
  - Morelli, S.A., Lee, I.A, Arnn, M.E., & Zaki, J. (2015). Emotional and Instrumental Support Provision Interact to Predict Well-Being. *Emotion*, 15(4), 484–493.
  - Noohi, E., Peyrovi, H., Imani, Z., & Kazemi, M. (2016). Perception of social support among family caregivers of vegetative patients: A qualitative study. *Conscious Cogn*, 41, 150-8.
  - Plank, A., Mazzoni, V., & Cavada, L. (2012). Becoming a caregiver: new family carers' experience during the transition from hospital to home. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2072-2082.
  - Ploeg, J., Biehler, L., Willison, K., Hutchison, B., & Blythe, J. (2016). Perceived Support Needs of Family Caregivers and Implications for a Telephone Support Service. *Canadian Journal of Nursing Research Archive*, 33(2). Recuperado de <http://cjni.archive.mcgill.ca/article/view/1633>
  - Prince, M., Wu, F., Guo, Y., Gutierrez, L., O'Donnell, M., Sullivan, R., & Yusuf, S. (2015). The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *The Lancet*, 385(9967), 549-562
  - Schütz, A. (1967) *The phenomenology of the social world*. Illinois, EEUU; Northwester University press.
  - Sherbourne, C. & Stewart, A. (1991). The MOS social support survey. *Soc Sci Med*, 32(6), 705-14.
  - 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. *Rev Cancer*, 121(9), 1513-9.

- Van Manen, M. (1997). *Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy* (2nd edition). New York: Routledge.
- World Health Organization. (2016). *The top 10 causes of death*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- Xie, H., Cheng, C., Tao, Y., Zhang, J., Robert, D., Jia, J., & Su, Y. (2016). Quality of life in Chinese family caregivers for elderly people with chronic diseases. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14, 99.





## Percepción de adolescentes sobre sexualidad y salud reproductiva: la escuela como espacio para la educación sexual

Perception of adolescents about sexuality and reproductive health: the school as a space for sex education

Percepção de adolescentes sobre sexualidade e saúde reprodutiva: a escola como espaço para a educação sexual

**Luciana Uchôa Barbosa<sup>1</sup>, Raylane da Silva Machado<sup>2</sup>, Juliana de Castro Nunes Pereira<sup>3</sup>,  
Angélica de Godoy Torres Lima<sup>4</sup>, Suzana Santos da Costa<sup>5</sup>, Vanderlei Folmer<sup>6</sup>**

<sup>1</sup> Doutoranda em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora do Instituto Federal de Pernambuco – Campus Belo Jardim. Correo electrónico: luciana.uchoa@belojardim.ifpe.edu.br

<sup>2</sup> Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí. Professora do Instituto Federal de Pernambuco – Campus Belo Jardim. Correo electrónico: raylane.machado@belojardim.ifpe.edu.br

<sup>3</sup> Doutoranda em m Saúde Integral pelo IMIP. Professora do Instituto Federal de Pernambuco – Campus Belo Jardim. Correo electrónico: juliana.castro@belojardim.ifpe.edu.br

<sup>4</sup> Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de Pernambuco. Professora do Instituto Federal de Pernambuco – Campus Belo Jardim. Correo electrónico: angelica.godoy@belojardim.ifpe.edu.br

<sup>5</sup> Mestre em Enfermagem- Universidade de Pernambuco. Professora do Instituto Federal de Pernambuco – Campus Abreu e Lima. Correo electrónico: suzana\_s\_costa@hotmail.com

<sup>6</sup> Doutor em Bioquímica pela Universidade Federal de Santa Maria. Professor da Universidade Federal do Pampa – UNIPAMPA - Campus Uruguiana. Correo electrónico: vanderleifolmer@unipampa.edu.br

Cómo citar este artículo en edición digital: Barbosa, L.U., Machado, R.S., Pereira, J.C.N., Lima, A.G.T., Costa, S.S. & Folmer, V. (2019). Percepción de adolescentes sobre sexualidad y salud reproductiva: la escuela como espacio para la educación sexual. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 23 (55). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.55.03>

Correspondencia: Avenida Geminiano Maceil,490, Boa Vista, Belo Jardim – PE  
CEP: 55.157-010

Correo electrónico de contacto: [luciana.uchoa@belojardim.ifpe.edu.br](mailto:luciana.uchoa@belojardim.ifpe.edu.br)



Recibido:11/05/2019

Aceptado:23/09/2019

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze adolescents' perceptions and knowledge about Sexually Transmitted Infections (STIs), pregnancy and prevention methods through contraceptive methods. **Methodology:** This is a descriptive study with a qualitative approach. We used a self-administered questionnaire to collect data in school adolescents from the 6th to the 9th year of elementary school and data analysis was performed through content analysis in its thematic modality. **Results:** Information on STIs and Contraceptive Methods shows that the adolescents surveyed are vulnerable. The research revealed that most of the adolescents are unaware of the subject or do not have the necessary information to protect themselves. **Conclusion:** We may consider that there is a gap in the knowledge of school adolescents about contraceptive methods, types of sexually transmitted infections and preventive methods which increases the chances for risky sexual behavior.

**Keywords:** Adolescence, sexuality, reproductive health, sex education.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar la percepción y el conocimiento de los adolescentes sobre Infecciones Sexualmente Transmisibles (IST's), embarazo y formas de prevención por medio de los métodos anticonceptivos. **Metodología:** Se trata de un estudio descriptivo con enfoque cualitativo. Para la recolección de datos utilizamos cuestionario autoaplicable en los adolescentes escolares del 6º al 9º año de la enseñanza fundamental y el análisis de los datos fue realizado por medio del análisis de contenido, en su modalidad temática. **Resultados:** Sobre las informaciones de las IST's y los Métodos anticonceptivos, se observa que los / las adolescentes encuestados son vulnerables, pues la investigación reveló que la mayoría de los adolescentes desconocen sobre el tema o no tienen informaciones necesarias para protegerse. **Conclusión:** Podemos considerar que hay una laguna en el conocimiento de los adolescentes escolares

sobre los métodos anticonceptivos, los tipos de infecciones sexualmente transmisibles y los métodos preventivos, lo que implica aumentar las posibilidades de un comportamiento sexual de riesgo.

**Palabras clave:** Adolescencia, Sexualidad, salud reproductiva, educación sexual.

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar a percepção e o conhecimento dos adolescentes sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), gravidez e formas de prevenção através os métodos contraceptivos. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. Para a coleta de dados utilizamos questionário autoaplicável nos adolescentes escolares do 6º ao 9º ano do ensino fundamental e a análise dos dados foi realizada por meio a análise de conteúdo, em sua modalidade temática. **Resultados:** Sobre informações das IST's e os Métodos Contraceptivos, observa-se que os/as adolescentes pesquisados estão vulneráveis, pois a pesquisa revelou que a maioria dos/das adolescentes desconhece sobre o assunto ou não tem informações necessárias para se protegerem. **Conclusão:** Podemos considerar que há uma lacuna no conhecimento dos adolescentes escolares sobre os métodos contraceptivos, os tipos de infecções sexualmente transmissíveis e os métodos preventivos, o que implica em aumentarem as chances para um comportamento sexual de risco.

**Palavras-chave:** Adolescência, sexualidade, saúde reprodutiva, educação sexual.

## INTRODUÇÃO

A adolescência é definida, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e adotada pelo Ministério da Saúde do Brasil, como o período entre os 10 e 19 anos de idade, no qual o ser humano passa por diversas transformações físicas, psíquicas e sociais. Nessa fase, a sexualidade se manifesta de forma diferenciada para cada

indivíduo, superando o aspecto biológico, revelando-se também como um fenômeno psicológico e social, influenciado pelas crenças, valores pessoais, familiares, normas morais e tabus da sociedade (OMS, 2015; Nothaft et al, 2014).

Nesse contexto, cabe destacar a importância do reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos entre os direitos fundamentais dos adolescentes. A Saúde Sexual refere-se à habilidade dos indivíduos para desfrutar e expressar sua sexualidade, livre de imposições, violência ou discriminação, sem riscos de infecções sexualmente transmissíveis (IST's) ou gestações indesejadas; e a saúde reprodutiva implica em desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem riscos, assim como decidir se quer ou não ter filhos através do acesso à informação e aos métodos contraceptivos (Brasil, 2018; Ferreira et al, 2018).

Entretanto, estudos apontam que ao iniciarem sua vida sexual de forma precoce, os adolescentes praticam o sexo desprotegido, associado a um maior quantitativo de parceiros ao longo da vida, acarretando ISTs, gravidez na adolescência e outros agravos à saúde (Campos et al, 2018; Alves & Oliveira, 2017).

Quanto à gravidez neste período da adolescência é importante destacar que é um risco materno e fetal, pois a jovem não está com o corpo totalmente formado além de ter a questão psicossocial, podendo ter certa rejeição dos indivíduos envolvidos, tornando ainda mais difícil o processo de adaptação (Rinque, 2017).

Os métodos contraceptivos surgem como principal alternativa para proteção desses jovens. Dentre todos os métodos existentes o mais comum é o preservativo onde promove segurança e proteção em caso de ISTs e gravidez. Além desses, existem os métodos comportamentais, métodos de barreira química ou mecânica, Dispositivos intrauterinos (DIU), métodos tradicionais, métodos hormonais e métodos cirúrgicos (Rinque, 2017).

A demanda por trabalhos na área da sexualidade nas escolas aumentou devido à preocupação dos educadores com o grande crescimento da gravidez indesejada entre adolescentes e com o risco da contaminação pelo HIV entre os jovens. O ambiente escolar tem se apresentado como um local propício para o desenvolvimento de educação em saúde disseminando informações entre os indivíduos com o objetivo de prevenir doenças e/ou proteger e promover saúde (Santos, 2018).

Embora não exista no Brasil nenhuma legislação que regulamenta a educação sexual nas escolas, cabe destacar alguns documentos que orientam a sua inserção e prática, como os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs) que trouxeram a orientação sexual como um tema transversal presente no ensino. Conforme descrito nos PCNs “a orientação sexual no contexto escolar contribui para o conhecimento e valorização dos direitos sexuais e reprodutivos e para a prevenção do abuso sexual e da gravidez indesejada”

(Brasil, 1998). No entanto, trabalhar com educação sexual na escola exige conhecimento técnico, tornando-se um desafio para os professores abordar este tema na sala de aula (Moreira & Folmer, 2015).

O objetivo desta pesquisa foi analisar a percepção e o conhecimento dos adolescentes sobre IST's, gravidez e formas de prevenção através os métodos contraceptivos.

## **METODOLOGIA**

Estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado por meio de questionário autoaplicável a adolescentes escolares do 6º ao 9º ano do ensino fundamental da rede municipal de Belo Jardim - Pernambuco e da rede Estadual de Uruguaiana - Rio Grande do Sul. A escolha das escolas deu-se em virtude de estarem localizadas nos municípios que os autores residem.

Teve-se como critérios de inclusão: ser adolescente (idade entre 12 a 15 anos) e estar regularmente matriculado no ensino fundamental, para exclusão: não ser adolescente, ter faltado à aula no dia da coleta.

Os dados foram coletados a partir de um instrumento de pesquisa, construído especificamente para o trabalho, composto pelas seguintes questões: como podemos evitar gravidez na adolescência? O que você sabe sobre Infecção Sexualmente Transmissível e como podemos prevenir? O

que você conhece sobre métodos contraceptivos e quais são? Você já teve relação sexual? Sim ou não. Usou algum método contraceptivo? Sim ou não, qual? As respostas dos participantes foram transcritas e analisadas baseado no modelo de análise de conteúdo, na sua modalidade temática.

O trabalho foi submetido a análise de conteúdo, em sua modalidade temática. Para tanto, o material foi organizado em análise prévia, objetivando identificar estruturas relevantes; exploração do material, com leitura exaustiva e repetitiva do material com o objetivo de identificar no texto os núcleos de sentido; tratamento, inferência e interpretação a fim de descobrir o significado da regularidade e, desse modo, revelar o conteúdo subjacente, os temas ou significados e as articulações entre os dados e o referencial utilizado na pesquisa (Bardin, 2011).

Definida esta divisão metodológica na pesquisa, os dados foram importados para o *software* NVivo, com o objetivo de facilitar a análise qualitativa ao proporcionar a organização dos dados em nuvens de palavras.

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da Autarquia Educacional do Belo jardim, sob o número do Parecer: 828.470. Todos os participantes tiveram garantia de sigilo e participação voluntária, sendo o termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelos pais e o termo de assentimento pelos adolescentes antes da realização do questionário.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No tocante ao perfil dos 38 adolescentes que aceitaram colaborar com a pesquisa, 18 eram do gênero masculino e 20 do gênero feminino. A faixa etária dos (as) adolescentes caracterizou-se entre 10 a 16 anos.

Quanto às questões sobre como ocorre a gravidez e como podemos evitar, fica evidente, ao observar a nuvem de palavras, que a camisinha é o principal meio escolhido como método de prevenção (figura 1). Observa-se que esta resposta está relacionada com o método contraceptivo mais divulgado pelos serviços públicos de saúde.



Figura 1. Gráfico de nuvens de palavras sobre “métodos contraceptivos”. Belo Jardim (PE), Brasil, 2018.

Assim como apresentado neste gráfico, em pesquisa realizada em Belo Horizonte/MG, os adolescentes entrevistados apontaram que saúde sexual é usar camisinha, através de seus relatos

evidenciaram que as orientações recebidas focavam mais nas doenças (ISTs) do que nos métodos contraceptivos, o que implica em lacunas no conhecimento desses indivíduos (Campos, Paiva, Mourthé, Ferreira & Fonseca, 2018).

Resultado corroborado em estudo realizado no Ceará, no qual os autores também apontam para o destaque atribuído pelos jovens ao preservativo masculino e a pílula anticoncepcional, associado ao desconhecimento de outros métodos (Abreu, Torres, Silva & Araújo, 2018). Portanto, esses dados reforçam a necessidade de os profissionais de saúde ampliarem a divulgação dos demais métodos contraceptivos, assim contribuindo para que os/as adolescentes tenham suas próprias escolhas.

Estudos internacionais apontam a necessidade de expandir as abordagens da educação em saúde sexual e reprodutiva, aumentar o acesso a métodos anticoncepcionais reversíveis de ação prolongada e diminuir o estigma associado ao acesso aos serviços de planejamento familiar (White, Mann & Larkan, 2018).

O desconhecimento sobre métodos contraceptivos eficazes corrobora para gravidez na adolescência, sendo que nesse período ela pode constituir-se em um agravamento, no que concerne à saúde, vida escolar e social dos adolescentes (Ribeiro et al, 2018).

Além disso, os próprios jovens reflexionam sobre os aspectos de

maternidade e paternidade e apontam que tanto as meninas quanto os meninos devem se envolver para criação dos filhos (Campana, Lacalle, León & Almendros, 2018). Essa concepção corrobora que uma gravidez na adolescência gera impacto na vida dos adolescentes de ambos os sexos, tanto a curto quanto a longo prazo, sendo os efeitos mais importantes um nível menor de escolaridade da mãe adolescente e uma tendência a renda per capita menor (Arceo-Gomez & Vazquez, 2014).

Logo, ressaltamos a escola como ambiente propício para construção de saberes relacionados a sexualidade na adolescência e suas nuances como prevenção de doenças e gravidez.

A educação sexual no espaço escolar vem se apresentando como uma intervenção necessária, uma vez que contribui para a construção da personalidade dos indivíduos e oportuniza questionamentos, reflexões e discussões que resgatam a marca humana da sexualidade: amor, afeto, favorecendo a qualidade nas relações sexuais e sociais. De acordo com Zompero, Leite, Giangarelli & Bergamo (2018), a educação para sexualidade é fundamental para formação do estudante, tanto no aspecto pessoal como social, e a escola deve contribuir para esta formação.

Mas, para que haja êxito nas propostas de educar para promover saúde no espaço escolar, Copetti et al (2013) inferem que é necessário capacitar os professores para que possam trabalhar a promoção da

saúde como conteúdo escolar, proporcionando oportunidades de aprendizado aos alunos, desde a infância e adolescência.

Na questão sobre informações das Infecção Sexualmente Transmissíveis podemos observar que os/as adolescentes pesquisados estão vulneráveis, pois a pesquisa revelou que a maioria dos/das adolescentes desconhecem sobre o assunto ou não tem informações necessárias para se protegerem, como consta nas falas apresentadas a seguir:

*“Não sei quase nada” (Adolescente 1)*

*“Não sei” (Adolescente 4)*

Estes resultados também foram constatados em uma pesquisa realizada por Silva et al (2016) com estudantes de uma escola pública na cidade de Natal/RN. O estudo apontou índices significativos de desconhecimento em relação à transmissão, prevenção e tratamento da AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) e elucidou alguns comportamentos de risco que tornam a população jovem vulnerável às DST/AIDS.

Jovens de Gaborone/Botswana em uma entrevista para uma pesquisa relataram que acreditam que o sexo desprotegido entre adolescentes pode levar à consequências como paternidade precoce e ISTs. Quando indagados, os mesmos sugeriram como medidas para reduzir estes riscos, a adoção

## Cultura de los Cuidados

de programas de prevenção a HIV, DST e gravidez precoce, bem como propuseram que estas ações sejam oferecidas nas escolas, no contra turno das aulas e em parceria de pais, professores e serviços de saúde (Magowe, Seloilwe, Dithole & Lawrence, 2017).

Os dados reforçam a importância da inserção dos profissionais de saúde na escola para um trabalho de educação sexual integrado e mais eficaz no trato da saúde do adolescente. Assim, retomamos a indagação: qual é o espaço que vem sendo oportunizado aos adolescentes, o modo como se lida com sua sexualidade e o tipo de atenção que tem sido dado ao cuidado com sua saúde?

Neste contexto Dias & Zandonadi (2018) apontam para a necessidade de que a educação sexual seja iniciada em casa e seja complementada na escola, para que possam suprir o despreparo e as dificuldades dos pais em relação ao tema e ajudar os adolescentes a enfrentar as dúvidas e ansiedades. É importante que estes profissionais estejam por sua vez, preparados e seguros, para que se possa elaborar/desenvolver um trabalho de conscientização e esclarecimento junto a esses jovens.

No entanto, na pesquisa realizada por Lara, Salgueiro, Puntel & Folmer (2015) é notável a grande dificuldade que os professores têm de trabalhar, em seus conteúdos, questões relacionadas aos temas transversais, a interdisciplinaridade, a discussão sobre temas do cotidiano e de interesse dos alunos. Nesse sentido, a fim de minimizar essas dificuldades, para os

autores, torna-se fundamental trabalhar desde a formação inicial dos futuros educadores, propostas interdisciplinares que utilizem temas transversais de relevância e urgência social.

Considerando que a educação tem uma relação íntima com a saúde e indissociável, cabe destacar a importância da integração entre escola e serviços de saúde, através dos adultos de referência (professores e profissionais de saúde) utilizando como ferramenta a educação em saúde. Justifica-se essa proposta, pois observou-se que entre as Infecção Sexualmente Transmissíveis, há uma limitação no conhecimento dos tipos de IST, sendo a AIDS a única mencionada, isto demonstra eficácia em relação as campanhas sobre HIV/AIDS, porém escassa sobre HPV e demais doenças.

Com relação às formas de prevenção para as Infecções Sexualmente Transmissíveis o preservativo masculino apresentou-se com maior destaque, conforme pode ser observado na nuvem de palavras da figura 2. Alves & Oliveira (2017) em uma revisão integrativa corroboram com este resultado, afirmando que o preservativo masculino, bem como seu



Figura 2 Gráfico de nuvens de palavras sobre “infecções sexualmente transmissíveis e como prevenir”.

uso para a prevenção de DST e da gravidez, são os mais citados pelos adolescentes.

No entanto, o que mais se destacou foi o discurso de conhecer o parceiro como método de prevenção, ou seja, elimina os riscos de adquirir uma Infecção Sexualmente Transmissível. As respostas destacadas a seguir colaboram com esse entendimento:

*“... geralmente acontece por falta de prevenção que seria o uso do preservativo e o conhecimento do parceiro.” (Adolescente 5)*

*“... pode prevenir conhecendo as pessoas” (Adolescente 8)*

Isto demonstra a fragilidade no processo de educação sexual dos/das adolescentes acerca das IST e sua prevenção, aumentando desta forma as vulnerabilidades decorrentes desta fase da vida.

De acordo com Alves & Oliveira (2017) os adolescentes até sabem sobre as formas de contágio e prevenção das IST's, afirmam que obtém esse conhecimento através de familiares, amigos, escolas e outros meios de comunicação. Mas quando abordados quanto ao uso de preservativos muitos ainda não usam mesmo sabendo dos riscos que estão expostos. Sendo assim, é possível enfatizar que as práticas preventivas seguras são medidas fundamentais para evitar novas contaminações por IST's.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo podemos considerar que há uma lacuna no conhecimento mais amplo dos adolescentes escolares sobre os métodos contraceptivos, os tipos de infecções sexualmente transmissíveis e os métodos preventivos, o que implica em aumentarem as chances para um comportamento sexual de risco.

Diante do exposto, compreendemos que a escola é um ambiente propício para contribuir, junto com os pais e profissionais de saúde, na construção da sexualidade do adolescência, garantindo as informações necessárias, ampliando a educação sexual e assim como o acesso a contraceptivos por meio de sistemas públicos de saúde para que os adolescentes possam vivenciar sua sexualidade de maneira satisfatória, saudável e responsável.

## REFERÊNCIAS

- Abreu, L.D.P., Torres, R.A.M., Silva, M.R.F. & Araújo, A.F. (2018). WEB rádio como ferramenta de diálogo em saúde coletiva no sertão: juventudes e métodos contraceptivos. *Sanare*, 17(01), 24-31. Disponível em <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/1219/650>
- Alves, K.R.C.L. & Oliveira, P.S.D. (2017). Sexualidade na adolescência, percepção e cuidados na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis: uma revisão de literatura. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, 11(01), 1-11. Disponível em



- <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/racs/article/view/4410/2424>
- Arceo-Gomez, Eva O, & Campos-Vazquez, Raymundo M. (2014). Teenage pregnancy in Mexico: evolution and Consequences. *Latin american journal of economics*, 51(1), 109-146.
  - Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
  - Brasil.Ministério da Educação. (1998). *Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: orientação sexual*. Brasília: MEC /SEF. Brasília (DF): Ministério da Saúde.
  - Brasil. Ministério da Saúde. (2018). Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cuidando de Adolescentes : orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva. Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília (DF): Ministério da Saúde.
  - Brasil. Ministério da Saúde. (2018). *Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais*. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Disponível em <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-ist>
  - Campaña, A.G., Lacalle, M.H., León, M<sup>a</sup>.C.L., & Almendros, M<sup>a</sup>.R.R. (2018). Los micromachismos en los adolescentes. Su asociación con las relaciones de pareja y el modelo de maternidad y paternidad. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 22(51), 144-153. Disponível em [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/77597/1/CultCuid\\_51\\_16.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/77597/1/CultCuid_51_16.pdf)
  - Campos, H.M., Paiva, C.G.A., Mourthé, I.C.A., Ferreira, Y.F., Assis, M.C.D. & Fonseca, M.C. (2018). Diálogos com adolescentes sobre direitos sexuais na escola pública: intervenções educativas emancipatórias. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 13(3), 1-15. Disponível em [http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista\\_ppp/article/view/3107/1991](http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/3107/1991)
  - Copetti, J., Soares, R.G, Lara, S., Lanes, K., Puntel, R.L. & Folmer, V. (2013). Conhecimento de adolescentes sobre saúde e fatores de risco para doenças e agravos não transmissíveis: sugestão de abordagem interdisciplinar. *Revista Ciências & Ideias*, 4(02), 123-142. Disponível em <http://revistascientificas.ifrj.edu.br:8080/revista/index.php/reci/article/view/324/224>
  - Dias, M.K.N. & Zandonadi, A.C. (2018). O papel da família e da escola: processo de educação sexual dos filhos. *Revista FAROL*, 7(7), 132-143.
  - Ferreira, E.A., Alves, V.H., Pereira, A.V., Rorigues, D.P., Paiva, E.D., & Santos, I.M.M. (2018). Adolescentes no espaço escolar e o conhecimento a respeito da saúde sexual e reprodutiva. *Cogitare Enferm*, (23)2, 1-8.
  - Lara, S., Salgueiro, A.C.F., Puntel, R.L. & Folmer, V. (2015). Trabalhando a interdisciplinaridade com o tema transversal saúde na formação inicial de estudantes do curso normal. *Revista Ciências & Ideias*, 6(2), 116-134. Disponível em <http://revistascientificas.ifrj.edu.br:8080/revista/index.php/reci/article/view/379/343>
  - Magowe, M.K.M., Seloilwe, E., Dithole, K. & Lawrence, J.S.T. (2017). Perceptions of key participants about Botswana adolescents' risks of unplanned pregnancy, sexually transmitted diseases, and HIV: Qualitative

findings. *Japan Journal of Nursing Science*, 14(1), 257–26.

- Moreira, B.L.R., & Folmer, V. (2015). Percepções de professores de ciências e educação física acerca da educação sexual na escola. *Experiências em Ensino de Ciências*, 10(3), 150-163. Disponível em [http://if.ufmt.br/eenci/artigos/Artigo\\_ID282/v10\\_n2\\_a2015.pdf](http://if.ufmt.br/eenci/artigos/Artigo_ID282/v10_n2_a2015.pdf)
- Nothaft, S.C.S., Zanatta, E.A., Brumm, M.L.B., Galli, K.S.B., Erdtmann, B.K., Buss, E. & Silva, P.R.R. (2014). Sexualidade do adolescente no discurso de educadores: possibilidades para práticas educativas. *Revista Mineira de Enfermagem*, 18(2), 284-289. Disponível em [file:///C:/Users/teste/Downloads/en\\_v18n2a03.pdf](file:///C:/Users/teste/Downloads/en_v18n2a03.pdf).
- Organização Mundial de Saúde. (2015). *Health Topics. Adolescent health*. Genebra: OMS. Disponível em [http://who.int/topics/adolescent\\_health/en/](http://who.int/topics/adolescent_health/en/).
- Ribeiro, D.K. (2018). Experiência Extensionista de Estudantes de Enfermagem em um Projeto de Educação em Saúde e Sexualidade na Escola. *Revista Guará*, 6(9), 85-96. Disponível em <http://periodicos.ufes.br/guara/articloe/view/15624/13680>.
- Rinue, L.C.L., Ruggeri, T.C., Vale, J.S., Pantano, F., Nascimento, D.P. & Roque, E.M.S.T. (2017). Relato de experiência: discutindo saúde sexual e gravidez na adolescência. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*, 8(2), 53-69.
- Santos, M.K.L.F., Queiroz, L.A., Saltirio, I.L.S., Rios, J.S.C., Pinho, H.M.L.S., Silva, K.W.L. & Matos-Rocha, T.J (2018). Estratégias de educação sexual a partir da percepção de estudantes de uma escola pública. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*, 63(2), 90-95.
- Silva, R.A.R., Nelson, A.R.C., Duarte, F.H.S., Prado, N.C.C., Holanda, J.R.R. & Costa, D.A.R.S. (2016). Conhecimento de estudantes adolescentes sobre transmissão, prevenção e comportamentos de risco em relação às DST/HIV/AIDS. *Rev Fund Care Online*, 8 (4), 5054-5061.
- White, A.L., Mann, E.S. & Larkan, F. (2018). Contraceptive knowledge, attitudes, and use among adolescent mothers in the Cook Islands. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 16(1), 92-97.
- Zompero, A.F., Leite, C.M., Giangarelli, D.C. & Bergamo, M.C. (2018). A temática sexualidade nas propostas Curriculares no Brasil. *Revista Ciências e Ideias*, 9(1), 101-114. doi: <http://dx.doi.org/10.22407/2176-1477/2018.v9i1.783>

## Percepción de la población inmigrante sobre el sistema nacional de salud español

Perception of immigrant people about Spanish national system of health

Percepção da população imigrante no sistema nacional de saúde espanhol

Antonio Oltra Mahiques<sup>1</sup>, David Sancho Cantus<sup>2</sup>, María Cuerda Ballester<sup>3</sup>, Silvia Solera Gómez<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Enfermero. Hospital Marina salud (Denia). Correo electrónico:

<sup>2</sup>Profesor doctor acreditado. Facultad de Enfermería Nuestra Sra de los Desamparados. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. Correo electrónico:

<sup>3</sup>Enfermera. Centro de salud Gil y Morte. Hospital General. Correo electrónico:

<sup>4</sup>Enfermera. Centro de salud integrado Tavernes de la Valldigna (Valencia). Correo electrónico:

Cómo citar este artículo en edición digital: Oltra Mahiques, A., Sancho-Cantus, D., Cuerda-Ballester, M. & Solera-Gómez, S. (2019). Percepción de la población inmigrante sobre el sistema nacional de salud español. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 23 (55) Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.55.04>

Correspondencia: Facultad de Enfermería Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir Avenida Profesor Bernat Montagut s/n. Alzira (Valencia). 46600.

Correo electrónico de contacto: [david.sancho@ucv.es](mailto:david.sancho@ucv.es)



Recibido:18/05/2019

Aceptado:22/08&2019

### ABSTRACT

The main objective is to know the current perception of moroccan's immigrants about the national system of health, at the Department of health of Xativa Ontinyent. As to the methodology it's a qualitative phenomenological study using semi-structured interviews between

October 2017 to may 2018. The main results contribute that almost all of those interviewed referred to have been sometimes discriminated. According to target, the color of skin, do not master the language perfectly and the fact of being from another country culturally distinct are grounds for discrimination. In conclusion, the Spanish health system back on human rights after the implementation of Royal Decree-Law

16/2012, April 20, on urgent measures to ensure the sustainability of the national health system and improve the quality and safety of their performance, where the free and universal assistance disappears, leaving the poor and without resources excluded from receiving quality health care and increasing social differences between people.

**Keywords:** immigration, emigration, equality, accessibility to health services.

## RESUMEN

El objetivo principal es conocer la percepción actual que tienen los inmigrantes de origen marroquí sobre el Sistema Nacional de Salud, en el departamento de salud de Xativa-Ontinyent. En cuanto a la metodología, se trata de un estudio cualitativo fenomenológico mediante entrevistas semi-estructuradas llevadas a cabo durante los meses de octubre de 2017 a mayo de 2018. Los resultados principales aportan que casi la totalidad de los entrevistados refiere haberse sentido discriminado/a en alguna ocasión. Según apuntan, el color de piel, el no dominar el idioma a la perfección y el hecho de ser de otro país culturalmente distinto son motivos de discriminación. En conclusión, el sistema sanitario español retrocede en cuanto a derechos humanos tras la implantación del Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, donde la asistencia gratuita y universal desaparece, quedando los más desfavorecidos y sin recursos excluidos de recibir atención sanitaria de calidad y aumentando las diferencias sociales entre personas.

**Palabras clave:** inmigración, emigración, igualdad, accesibilidad a los servicios sanitarios

## RESUMO

O objetivo principal é conhecer a percepção atual de imigrantes de origem marroquina sobre o Sistema Único de Saúde, no departamento de saúde da Xativa-Ontinyent. Sobre a metodologia, é um

estudo fenomenológico qualitativo, por meio de entrevista semiestruturada, realizada durante os meses de outubro de 2017 a maio de 2018. Os principais resultados contribuem que quase todos os entrevistados relataram ter se sentido discriminados ocasionalmente. Como eles apontam, a cor da pele, a falta de domínio da língua à perfeição e o fato de que eles são de outro país culturalmente diferente são motivos de discriminação. Em conclusão, o sistema de saúde espanhol recua em termos de direitos humanos após a implementação do Real Decreto-Lei 16/2012, de 20 de abril, onde desaparece a assistência gratuita e universal, deixando os mais desfavorecidos e sem recursos excluídos de receber cuidados de saúde qualidade e aumento das diferenças sociais entre as pessoas.

**Palavras chave:** imigração, emigração, igualdade, acessibilidade aos serviços de saúde.

## INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, la historia nos lleva a entender que la inmigración, ha sido algo histórico que ha caracterizado al ser humano, como algo innato desde su existencia, con el fin de satisfacer sus necesidades (suplencia- ausencia), de algo deseado o añorado para su propio bienestar y/o el de sus seres queridos más allegados (Izquierdo Escribano & Martínez-Buján, 2014).

Mayoritariamente los inmigrantes se veían motivados a salir de su país de origen en busca de empleo, y generalmente eran los varones quienes emprendían la aventura de emigrar en busca de tan ansiada oportunidad que les facilitara una vida más “cómoda”

(Nivón Bolán, 2015) (Turkina & Thanh Thai, 2013) (Petroff & Parella, 2014).

Haciendo referencia a las comunidades autónomas de España, la Comunidad Valenciana ha sido una de ellas donde la cifra de población extranjera se sitúa en valores altos de inmigración (Badanta Romero, 2017) (Méndez, 2013).

Desde hace décadas, la Comunidad Valenciana, ha sido una de las referentes en cuanto a la recepción de inmigrantes procedentes del mismo país, España. Pero en tiempos más recientes los inmigrantes extranjeros han sido los más representativos, los cuales acudían en busca de trabajo, y desempeñaban sus funciones en el campo (Cloquell Lozano, 2014).

Actualmente y tal cual sucede en toda España, a raíz de la crisis que se atraviesa, la emigración se sitúa por encima de las cifras de inmigración, teniendo como año de inicio este fenómeno el 2011, y se estima que pueda seguir manteniéndose en años venideros, tanto en la Comunidad Valenciana, como en el resto de comunidades autónomas (Domingo & Sabater, 2013) (Cloquell Lozano, 2014).

La separación de la familia, la barrera idiomática, la cultura, la pérdida de status social, la tierra, el sentimiento de pertenencia a un grupo y los factores de

riesgo asociados, son siete duelos establecidos dentro del duelo migratorio a los que las personas tienen que hacer frente, bien sea a todos en conjunto, o por separado en la medida que van notando su falta. Pero actualmente y debido a la crisis, la elaboración del duelo migratorio es mucho más difícil, potenciando cada uno de los factores que contribuyen en este proceso (Achotegui Loizate, López, Morales Suárez-Varela, Espeso, & Achotegui, 2015) (Pinilla, 2012).

Por otro lado, y con respecto a la equidad, o lo que es lo mismo, *igualdad*; según la Real Academia Española de la Lengua; en cuanto al acceso a determinados derechos sociales y en este caso a los servicios sanitarios por parte de los inmigrantes, la actitud de la población española frente a este colectivo ha variado a peor en tiempos de crisis. Además, el trato del personal sanitario, es catalogado como distante y desigual, por lo que entra en juego la discriminación, que no es otra cosa que ofrecer un trato distinto entre unas personas y otras (Basabe & Bobowik, 2013).

Por ejemplo, un estudio en Hawái, pone de manifiesto, que la salud es tratada como un negocio, y no como un derecho humano<sup>2</sup> y solo quien puede permitírselo recibe una atención sanitaria de garantías, siendo la política un factor determinante

<sup>2</sup> DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS. 10 de Diciembre de 1948. **ART. 25** donde se cita que toda persona así como su familia, tiene derecho a un nivel de vida

adecuado que le asegure entre otras cosas, a la salud y el bienestar y a una asistencia médica y los servicios sociales necesarios.

para que esto sea así, y con los recortes en materia de sanidad, se afecta a la población más pobre y en las peores consecuencias, les conduce hasta la muerte (Robles Garza, 2016).

## OBJETIVOS

Objetivo principal: Conocer la percepción actual que tienen los inmigrantes de origen marroquí sobre el Sistema Nacional de Salud, en el departamento de salud de Xativa-Ontinyent.

Objetivos específicos : Registrar la frecuencia con la que población inmigrante acude a los servicios de urgencias de dicho departamento. Determinar cuál es la época en la que hacen más uso del servicio de urgencias.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se han utilizado bases de datos como Dialnet, Cochrane, google académico, cuidenplus y Pubmed, con los operadores booleanos –AND, –OR y usando palabras como immigration, emigration, accessibility services, health services, disparities in health, racism and health, etc.

El presente estudio, se llevó a cabo en el departamento de salud de la Comunidad Valenciana de Xàtiva-Ontinyent. Estudio cualitativo y fenomenológico, de la población marroquí residente en el departamento a estudio, en el periodo

comprendido entre el 15 de octubre del 2017 y 15 de mayo del 2018. La recogida de datos se realizó mediante una entrevista semiestructurada, previa firma de los consentimientos informados,

compuesta por las siguientes 9 preguntas: 1. ¿Qué espera usted de este estudio?, 2. ¿Hace uso de algún centro sanitario en su zona?, 3. ¿cómo valora usted el cuidado que le ofrecen los profesionales de la salud cuando acude a algún centro sanitario?, 4. ¿Existen barreras que dificulten su acceso a la asistencia sanitaria? ¿Cuáles?, 5. ¿En alguna ocasión se ha sentido discriminado cuando ha hecho uso de los servicios sanitarios?, 6. Desde su punto de vista: ¿Cuáles son las diferencias en cuanto al trato hacia usted comparado con el trato a un paciente no extranjero?, 7. ¿El sistema de salud español cumple sus expectativas?, 8. ¿Qué le gusta de nuestro sistema de salud y qué cambiaría? y 9. Si tuviera que poner una nota (siendo 0 muy malo y 10 muy bueno), ¿qué calificación le pondría al sistema de salud español?

La muestra final estuvo constituida por 120 inmigrantes. Se ha precisado la ayuda de un traductor de árabe para poder comunicarse con los inmigrantes que no dominan la lengua española.

En el presente estudio son incluidos todos los inmigrantes de origen marroquí, tanto hombres como mujeres mayores de edad y que previamente hayan estado de acuerdo en colaborar en el estudio y firmado los consentimientos informados pero que

además cognitivamente sean capaces de responder a las preguntas y explicarse sin dificultad.

A su vez, quedan excluidos los inmigrantes de otras nacionalidades y los menores de 18 años de edad así como los individuos con discapacidad cognitiva.

### Categorías del estudio

Las principales 5 categorías fueron: Edad, Sexo, Religión, País de Origen y Situación laboral y la recogida de datos se realizó mediante una entrevista semiestructurada de elaboración propia, apoyada en otras entrevistas del mismo tipo, de diferentes estudios de metodología cualitativa (Schwei & Johnson, 2016) (Hallakorpi, Haatainen, & Hankkunen, 2018).

Para el análisis de los datos del estudio se ha empleado el método Giorgi utilizado en investigación en ciencias sociales (Santiago de Castro, 2015) (da Luz Adorna, Morari-Cassol, & Severo Ferraz, 2015).

## RESULTADOS

Los inmigrantes que poseen nacionalidad española refieren acceder sin ningún tipo de problema al sistema sanitario y hacen uso de cualquier ámbito (centro de salud, centro de especialidades, hospital). Por otro lado, con los “sin papeles” se distinguen dos tipos de situaciones; los que acuden a urgencias en caso de necesidad porque saben que no les harán abonar ningún tipo de cantidad económica, y los que no hacen uso de ningún centro sanitario por dos

razones en concreto: Miedo a que les cobren por recibir atención y no poder pagar y/o a ser denunciados y reportados a su país de origen.

En cuanto a los cuidados que reciben por parte de los profesionales dicen ser adecuados, correctos y que los profesionales son gente bien preparada. Los entrevistados del departamento son más críticos a la hora de calificar el cuidado que se les ofrece refiriendo que tan solo se preocupan de realizar bien la técnica y que apenas se dirigen a ellos para interesarse por su estado.

Otro punto son las barreras que los inmigrantes identifican a la hora de acceder a los servicios sanitarios. Por un lado, los que poseen nacionalidad española no identifican ninguna barrera o en su defecto los que identifican alguna se trata de no poseer vehículo propio para desplazarse. Por otra parte, los “sin papeles” identifican barreras que les dificultan su acceso a los servicios sanitarios tales como: No poseer nacionalidad española, no poseer tarjeta sanitaria SIP, dificultad en cuanto al idioma ya que no se pueden comunicar en condiciones, pero además existe el miedo a que les cobren por recibir atención sanitaria o a ser denunciados por no presentar papeles.

Uno de los puntos conflictivos para los inmigrantes de cara a la atención sanitaria tanto para los nacionalizados como para los “sin papeles” es la discriminación que sufren por parte de algunos profesionales. Casi la totalidad de los

entrevistados refiere haberse sentido discriminado/a en alguna ocasión. Según apuntan, el color de piel, el no dominar el idioma a la perfección y el hecho de ser de otro país culturalmente distinto son motivos de discriminación.

Otro motivo es la vestimenta; En el caso de las mujeres, las que no llevan pañuelo en la cabeza ni caftán (túnica) no sufren tanto el rechazo, en cambio las que visten con caftán (túnica) y llevan pañuelo en la cabeza o simplemente llevan el pañuelo nada más, no se sienten bien aceptadas por los profesionales y refieren un trato más discriminatorio manifestado por miradas de desaprobación, contestaciones tajantes y en ocasiones ni eso y comentarios racistas como por ejemplo el caso que expuso una de las entrevistadas “*Vienen a parar aquí y así ya son Españolas*”(entrevistada n°54) o el caso de otra mujer que vestía con caftán (túnica) y pañuelo negros “*Acaba de entrar una cucaracha, ¿a quién le toca?*”(Entrevistada n°17). Los hombres por su parte se sienten discriminados por vestir con jabador (túnica) y taqiya (gorro) y algunos llevar una barba medianamente larga (entrevistado n°6).

Comparando el trato que reciben con respecto a la población española, pocos son los que no notan diferencias. Estas diferencias son por ejemplo: la amabilidad, falta de comprensión, un trato distante y más frío, falta de sensibilidad, poca paciencia, etc. Pero en lo que en general coinciden es en la falta de respeto.

Refiriéndose al sistema sanitario, los inmigrantes con posesión de la nacionalidad española refieren que el sistema sí que cumple con sus expectativas y les gusta el Sistema Sanitario Español ya que pueden acceder sin ningún problema y de forma gratuita pese a la modificación de la ley de sanidad. Los “sin papeles” son los que muestran su descontento al pasar de tener acceso, a no poder acceder si no están asegurados o no poseen la nacionalidad o en los tres supuestos que contempla la ley en los que pueden recibir atención gratuita. Se sienten discriminados por el gobierno de España aunque algunos de ellos se muestran conformes por poder acceder a recibir atención urgente.

Los inmigrantes pertenecientes al departamento de salud “Xàtiva-Ontinyent” sí que darían como aprobado el sistema a pesar de la implantación de la nueva ley, siendo la nota media un 5,21.

La mayor parte de las urgencias atendidas en el departamento de salud Xàtiva-Ontinyent corresponden a la población española. De los 4.446 extranjeros atendidos, 350 son de origen marroquí, correspondiente al 0.62% del 8% total de extranjeros atendidos.

No existe una época del año en concreto en la que los inmigrantes residentes dentro del departamento de salud Xàtiva-Ontinyent hagan más uso del servicio de urgencias. Si bien es cierto, ligeramente se



ve aumentada la entrada de extranjeros a dicho servicio a primeros de año.

En el departamento de salud Xàtiva-Ontinyent, las mujeres son ligeramente las que más acuden para recibir atención urgente, de las cuales 565 correspondiente al 19% del total de las mujeres extranjeras atendidas, son urgencias de maternidad,

## DISCUSIÓN

La inmigración es un fenómeno que se ha visto en conflicto con la población del país receptor cuando dicho país ha pasado por época de “vacas flacas” llegando incluso a tomarse medidas para de alguna forma “invitar” a los inmigrantes a abandonar el país (Dancygier & Laitin, 2014).

Si bien es cierto, la inmigración tiene consecuencias favorables para los países receptores, como es por ejemplo el ajuste demográfico de la población, y aunque ahora no es el caso como consecuencia de la crisis financiera por la que atraviesa el mundo y a lo que atañe a este estudio, en España, los inmigrantes son necesarios para cubrir determinados puestos de trabajo demandados (Domingo & Sabater, 2013).

Como país receptor los inmigrantes deben ser integrados dentro de la sociedad y si es necesario regularizar la situación de ilegalidad, para que en mayor o menor medida obtengan derechos en igualdad de condiciones al mismo tiempo que deben cumplir sus deberes como ciudadanos de un

país, de ese modo se contribuye a aceptar la multiculturalidad (Domingo & Sabater, 2013). Una forma de empezar a aceptar este fenómeno, es aceptando a las personas inmigrantes con sus aspectos culturales que les caracterizan en lugar de discriminar, bien sea por su forma de vestir, o cualquier otro aspecto que les haga diferentes de nuestra cultura y costumbres, tal cual se expone en los resultados obtenidos.

Contrastando la literatura consultada donde nos encontramos ejemplos de distintos países del mundo donde suceden estas cosas, y al realizar la presente investigación se puede corroborar que los inmigrantes sienten verdadero malestar por el trato discriminatorio que reciben por parte del colectivo de profesionales sanitarios en general, pero no solo eso, sino que el malestar también va dirigido a los políticos que sin más, son los encargados de tomar las medidas para bien o para mal sin darse o dándose cuenta de las consecuencias que ello puede traer consigo para un país y las personas que habitan en él (Robles Garza, 2016).

La hipótesis planteada en el presente estudio, se corrobora a través de los resultados obtenidos, donde los inmigrantes muestran su malestar verdadero ante la situación actual por la que atraviesan en España tras la reforma del real decreto ley, donde los “sin papeles” quedan excluidos y aunque dan como aprobado el sistema sanitario español, son muchos de los

entrevistados los que no están satisfechos con el sistema.

### Limitaciones del estudio

Dentro del presente estudio se han encontrado algunas limitaciones. Una de ellas ha sido el rechazo de los entrevistados a ser grabados durante la realización de la entrevista, mediante una grabadora de voz para posteriormente extraer los resultados, la cual cosa se ha tenido que elaborar escrito a mano con la consiguiente de que el tiempo de realización de las entrevistas ha sido de entre 15-20 minutos, algo más de lo previsto.

Otra limitación ha sido la negativa a colaborar en el estudio por parte de las instituciones de ayuda a personas necesitadas como es el caso de Cruz Roja y Caritas, las cuales se negaron a que se pudieran pasar entrevistas dentro de sus instalaciones a los inmigrantes que acuden a pedir ayuda.

Por otro lado, no todos los inmigrantes han querido participar en el estudio. Es por ello que la captación de los 120 participantes ha demorado el tiempo en el que se pretendía pasar las entrevistas y extraer los resultados.

### CONCLUSIONES

Para nuestra profesión es indispensable tener presente el principio ético de justicia. Es por ello que como profesionales sanitarios que prestamos cuidados tenemos como obligación hacerlo

sin distinción, con el mismo respeto y dignidad sin hacer uso de la discriminación y la desigualdad.

El profesional sanitario debe tener la suficiente sensibilidad y respeto para poder atender a los inmigrantes con el mismo respeto y delicadeza, ya que dentro de la sanidad tenemos que tener presente aspectos sociales y culturales de las personas.

El sistema sanitario se convierte en territorio hostil para los inmigrantes en general encontrándose dificultades para acceder a los servicios sanitarios tales como; la barrera idiomática, barreras administrativas, interacción con los profesionales, indumentaria, etc.

El sistema sanitario español retrocede en cuanto a derechos humanos tras la implantación del real decreto ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, donde la asistencia gratuita y universal desaparece, quedando los más desfavorecidos y sin recursos excluidos de recibir atención sanitaria de calidad y aumentando las diferencias sociales entre personas.

Los hombres que llevan prendas de ropa propias de su país o los que llevan barba se sienten más discriminados que los que no hacen uso de estas prendas ni llevan barba larga, pero son las mujeres las que más sufren el trato discriminatorio porque

generalmente son las que suelen vestir tapadas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Achotegui Loizate, J., López, A., Morales Suárez-Varela, M. M., Espeso, D., & Achotegui, A. (2015). Estudio sociodemográfico de los inmigrantes con síndrome de Ulises. *Norte de Salud Mental*, 13(52), 70-78
- Badanta Romero, B. (2017). *Conductas de salud en población inmigrante china adulta de la ciudad de Sevilla*. Tesis doctoral. Sevilla: Servicio Publicaciones Universidad de Sevilla.
- Basabe, N., & Bobowik, M. (2013). Estatus Grupal, Discriminación y Adaptación en Inmigrantes Latinoamericanos y Africanos en España. *Psicoperspectivas*, 12-1. Recuperado de <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/237/244>
- Cloquell Lozano, A. (2014). Morfología del movimiento asociativo inmigrante no comunitario: Un estudio empírico al caso de la comunidad valenciana. *Migraciones*, 307-341.
- Dancygier, R., & Laitin, D. (2014). Immigration into Europe: Economic Discrimination, Violence, and Public Policy. *Annual Reviews*, 43-64. Recuperado de <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-polisci-082012-115925>
- Domingo, A., & Sabater, A. (2013). Emigración marroquí en España en contexto de crisis. *Revista Internacional de estudios migratorios*, 29-60.
- Hallakorpi, S., Haatainen, K., & Hankkunen, P. (2019). Psychiatric nursing care experiences of immigrant patients: A Focused ethnographic study. Pubmed. *Int J Ment Health Nurs*, 28(1):117-127. doi: 10.1111/inm.12500
- Izquierdo Escribano, A., & Martínez-Buján, R. (2014). From Favourites to 'With No Return': Permanence and Mobility of Latin American Immigration in Spain during the 21st Century. *Project Muse*, 103-130.
- Méndez, M., & Cebolla, H. (2013). *¿Han cambiado las percepciones sobre la inmigración en España?* Madrid: Fundación Alternativas.
- Nivón Bolán, E. (2015). Conexiones urbanas: cultura, metrópolis, globalización. *Sociológica*, 42(15), 115-122. Recuperado de <http://www.sociologicamexico.azc.uam.mx/index.php/Sociologica/articulo/view/494/468>
- Petroff, A., & Parella, S. (2014). Migración de retorno en España: Salidas de inmigrantes y programas de retorno en un contexto de crisis. *Raco*, 23, 63-86.
- Pinilla, Y. R. (2012). La migración y sus duelos. *Poiésis-Revista electrónica social*, 24 1-5. Recuperado de <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poesis/article/view/525/492>
- Robles Garza, M. Y. (2016). El derecho a la salud en la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Cuestiones constitucionales*. 35. Recuperado de

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-91932016000200199](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-91932016000200199)

- Santiago de Castro, E. (2015). Experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo coronario de Barranquilla. *Revista de la Universidad Nacional de Colombia*, 33(3), 381-390. doi: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v33n3>.
- Schwei, R., & Johnson, T. (2016). Perceptions of negative health-care experiences and self-reported health behavior change in three racial and ethnic groups. *Ethnicity and Health*, 22(2), 1-13, 156-168. doi: 10.1080/13557858.2016.1244621.
- Turkina, E., & Thanh Thai, M. T. (2013). Social capital, networks, trust and immigrant entrepreneurship: a cross-country analysis. *Journal of Enterprising Communities*, 7 (2), 108-124



**Sentido cultural y personal de la enfermedad según Thomas Mann**  
**Cultural and personal sense of the disease according to Thomas Mann**  
**Sentido cultural e pessoal da doença segundo Thomas Mann**

**Claudio César Calabrese<sup>1</sup>, Ethel Junco<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Doctor en Letras, Doctor en Filosofía, Profesor investigador del Departamento de Humanidades, Universidad Panamericana, Aguascalientes, México. Correo electrónico: [ccalabrese@up.edu.mx](mailto:ccalabrese@up.edu.mx)

<sup>2</sup>Doctora en Letras, Doctora en Filosofía, Profesora investigadora del Departamento de Humanidades, Universidad Panamericana, Aguascalientes, México. Correo electrónico: [ejunco@up.edu.mx](mailto:ejunco@up.edu.mx)

Cómo citar este artículo en edición digital: Calabrese, C.C. & Junco, E. (2019). Sentido cultural y personal de la enfermedad según Thomas Mann. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 23 (55). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.55.05>

Correspondencia: Universidad Panamericana. Escrivá de Balaguer N° 101. CP 20296. Aguascalientes, Ags., México.

Correo electrónico de contacto: [ejunco@up.edu.mx](mailto:ejunco@up.edu.mx)



Recibido:22/7/2029

Aceptado:12/10/2019

## ABSTRACT

The objective of this article is to present a notion of the concept of disease from a humanistic and non-scientific approach. Faced with a perspective of science based on experimentation and technology, we propose a deliberation that integrates the artistic-literary paradigm. A hermeneutic analysis is applied on the topic of the disease in Thomas Mann's narrative to describe its predominant functions. The result is the revision of the conventional relationships between culture, life and health, compared to the meaning proposed by the author. The reinterpretation of the possibilities of the disease is transferred from the physical expression to the metaphysical dimension. The conclusions propose the affinity of times between the present of the author and ours, as well as the integration of humanistic

knowledge and the use of the literary-imaginative resource for the therapy of the health professional.

**Keywords:** culture, disease, humanism, therapy, Thomas Mann.

## RESUMEN

El objetivo de este artículo es presentar una noción del concepto de enfermedad desde un enfoque humanístico y no científico. Frente a una perspectiva de ciencia fundada en experimentación y tecnología, proponemos una deliberación que integre el paradigma artístico-literario. Se aplica un análisis hermenéutico sobre el tópico de la enfermedad en la narrativa de Thomas Mann para describir sus funciones predominantes. El resultado es la revisión de las relaciones convencionales entre cultura, vida y salud, frente al significado propuesto por

el autor. La reinterpretación de las posibilidades de la enfermedad se traslada de la expresión física a la dimensión metafísica. Las conclusiones proponen la afinidad de épocas entre el presente del autor y la nuestra, así como la integración de los saberes humanísticos y el uso del recurso literario-imaginativo para la terapia del profesional de la salud.

**Palabras clave:** cultura, enfermedad, humanismo, terapia, Thomas Mann.

## RESUMIO

O objetivo deste artigo é apresentar uma noção do conceito de doença a partir de uma abordagem humanista e não científica. Diante de uma perspectiva da ciência baseada na experimentação e na tecnologia, propomos uma deliberação que integre o paradigma artístico-literário. Uma análise hermenêutica do tópico da doença é aplicada na narrativa de Thomas Mann para descrever suas funções predominantes. O resultado é a revisão das relações convencionais entre cultura, vida e saúde, em relação ao significado proposto pelo autor. A reinterpretación das possibilidades da doença é transferida da expressão física para a dimensão metafísica. As conclusões propõem a afinidade dos tempos entre o presente do autor e o nosso, bem como a integração do conhecimento humanístico e o uso do recurso literário-imaginativo para a terapia do profissional de saúde.

**Palavras chave:** cultura, doença, humanismo, terapia, Thomas Mann.

## CONSIDERACIONES INICIALES

La cosmovisión dominante en la actualidad occidental considera que progreso y civilización están asociados a desarrollo tecnológico y crecimiento económico. El estatuto de las ciencias exactas y naturales con sus aplicaciones, prevalece en la estima a la hora de definir el presupuesto de los centros de investigación, en detrimento de los saberes humanísticos; esta apreciación se extiende al imaginario del hombre común, estableciendo

sus criterios de utilidad y esfuerzo, sus intereses y hasta sus predilecciones. Un sentido exacerbado de la practicidad y aplicabilidad de los estudios domina en universidades y empresas. Este paradigma hermenéutico suma al horizonte posmoderno la ausencia de una visión religiosa capaz de unificar la acción cultural; en consecuencia, parece que solo la racionalidad científica es capaz de marcar criterios y emitir certezas, mientras que los otros lenguajes carecen de rigor, abundan en subjetividad y producen meras opiniones.

Ante una perspectiva del conocimiento que parece potenciar exclusivamente las aplicaciones prácticas como modalidad de optimización, proponemos una lectura de reflexión integrada, en la cual la visión humanística constituya un pilar de deliberación necesario. Si, de suyo, esta visión integrada complementa y mejora las disciplinas en general, consideramos que especialmente las dependientes de las ciencias de la salud, espacio en que el sufrimiento, el desconsuelo, la resignación, la soledad, entre otros sentimientos capitales operan como detonantes de las preguntas últimas acerca del sentido. Los saberes humanísticos, integrando la religión, la filosofía, la literatura, constituyen un aporte que completa y resignifica el trabajo profesional específico (Siles-González, 2018, p. 10).

Ubicados en este modelo, presentamos el tratamiento narrativo que Thomas Mann realiza del tópico salud-enfermedad, como ejemplo destacado de un aporte filosófico-literario al problema de la cultura y de su incidencia sobre

el bienestar integral del hombre. La presentación no está dirigida a teóricos de la literatura, sino que aspira a introducir en la lectura del autor a público no especializado, con el fin de que se aprecie su propuesta; dentro de su estética integral, Mann establece una original reconsideración de los parámetros antagónicos salud-enfermedad y advierte acerca del futuro de una cultura que no tome conciencia de ello.

Desde el análisis de ejemplos de esta naturaleza, generados en la ficción, pero lógicamente aplicables a experiencias vitales concretas, se puede contar con una óptica complementaria acerca del fenómeno de la enfermedad, catalogable más allá del paradigma positivista. Observar la propia profesión desde ángulos disruptivos, como ofrecen las lecturas artísticas, puede potenciar un quehacer que no concluye con el suministro de la medicina y la aplicación de las técnicas.

El autor en circunstancia histórica

En el final del siglo XIX y principios del XX, período de severos cambios a nivel mundial, surgieron una suma de literatos europeos que reflejaron en su creación la crisis de los ideales propuestos por la filosofía contemporánea; a la luz de las consecuencias del modelo ilustrado e inmanentista, se abre un horizonte de desesperanza. Entre quienes lo denuncian está Thomas Mann (Lübeck, 1885-Zúrich, 1955) cuya narrativa testimonia en forma coherente y continua el precario estado de la moral oficial y su consecuente desencantamiento frente a la idea de

civilización, de Occidente, de Europa (Bayon, 2006, p.102). En tanto su obra constituye un cosmos expresivo, puede ser considerado el último escritor romántico, universal en el sentido goethiano y precursor a su vez de los grandes narradores de postguerra, como Günter Grass y Heinrich Böll (Bloom, 2009, p. 219).

La producción de Mann inicia en 1893 y continúa hasta su muerte. En ese transcurso y al son de las dos guerras mundiales, la república de Weimar, el ascenso y tragedia del nacionalsocialismo, la hegemonía de Estados Unidos, elabora un plan artístico que sostiene en cuentos, ensayos y novelas; entre sus *leitmotiv* destacan:

- la búsqueda de una voz alternativa contra el realismo positivista, por medio del recurso del mito;
- el viaje del protagonista en busca de sentido, a través de la ruptura de los límites convencionales de sujeto, espacio y tiempo;
- la duplicidad entre la dimensión apolínea y la dionisiaca de la existencia como vía de comprensión;
- la antítesis planteada por la filosofía romántica ente espíritu o vida, traducida por él en la antítesis cultura o civilización;
- el atrevimiento vital del hombre-artista y la defensa del discurso del arte contra el economicismo de hombre-burgués;
- la relación salud-enfermedad como paso de descenso y ascenso en el autodescubrimiento. Este, como tópico que nos ocupa, se verifica en toda su producción, ya sea en la narrativa breve como en las novelas de largo aliento; cada vez que la noción de “enfermedad” se integra a la

acción, produce una alteración del orden narrativo en función de su implícito sentido simbólico.

Entre las influencias que estructuran su obra, figuran de manera articulada: el platonismo como camino de la belleza sensible a la inteligible, el romanticismo alemán con Goethe como padre ejemplar y el pensamiento nihilista de Schopenhauer y Nietzsche, con ajustes y adecuaciones. Por esta influencia, Mann maneja un concepto de “belleza” arraigado desde la tradición órfico-pitagórica hasta la escuela neoplatónica, retomado por el Renacimiento y considerado por el Romanticismo como misión del poeta. La belleza sensible ofrece, a través de sus manifestaciones en las criaturas y en forma imperfecta, las huellas de un modelo supremo, armónico, equilibrado; está sostenida en un ideal trascendente que no pertenece al mundo material en donde se corporiza; su presencia es inductiva, despierta en el observador la nostalgia de poseerla de modo completo. La vía ascensional, iniciada en las criaturas, señala el camino de perfección del alma. Por ende, la experiencia de la belleza es un llamado que obliga a salir de la situación corriente y volver todas las energías hacia su consecución; es una senda que implica dolor y aprendizaje, siempre en correlación consciente.

En este acercamiento, nos detendremos solo en un tópico, a saber, la relación entre enfermedad, autoconocimiento y creación; el camino de la belleza y el sufrimiento operan como eje transversal al proceso.

## **METODOLOGÍA**

Se ha empleado el análisis hermenéutico sobre el tópico de la enfermedad en la narrativa de Thomas Mann para describir sus funciones predominantes. Se han seguido también los principios para el análisis de las vivencias desde la perspectiva fenomenológica (Soto Núñez & Vargas Celis, 2017).

## **DESARROLLO DEL TEMA**

Mediante el formato de novela de ideas, Mann presenta un personaje a simple vista común, un hijo de su época y, por ende, semejante a cualquiera, que comienza a sentir nostalgia de algo que no posee y a mostrarse en tensión hacia un objeto absoluto –más bello que, más verdadero que, mejor que todo lo que lo rodea y, por lo tanto, más deseable; para poseerlo, acepta su rebajamiento y ridiculización, su aislamiento e incompreensión. En el proceso sufre, crece y muere en el éxtasis.

Los protagonistas de Mann coinciden en el valor supremo de la belleza que, aunque oculta y difícil, los reclama. Dicha convicción les genera no solo insatisfacción con el entorno sino contradicción interna, al no poder conciliar el llamado del espíritu con las necesidades del mundo cotidiano. La contradicción se expresa en forma de enfermedad; bajo la excusa de la necesidad de cura, se acentúa la incomunicación y se da inicio a un proceso conversión. Naturalmente, la noción de enfermedad supone la dupla dolor-sufrimiento; distinguimos, a pesar del uso sinonímico, que



el dolor que se manifiesta a nivel físico es inferior al sufrimiento, que remite al nivel psíquico (Durán Quintana, 2017, II). En la ficción, el recurso es eficiente por su función simbólica. La conceptualización del cuadro clínico nunca pretende literalidad. Los enfermos de Mann no se curan por terapias usuales, sino por medios simbólicos; la tendencia y alcance de alguna forma de belleza, sutil y lateralizada de la vida de los hombres productivos, les traerá la modificación esencial y, acaso, una forma de trascendencia. Aunque, a primera vista, parecen ser víctimas de la belleza, su función última es la de ser sus testigos.

#### Principales presencias de la enfermedad

*Los Buddenbrook*, de 1901, primera novela y también impulsora del sitio que el autor ocupa en la literatura, trata de los preceptos del capitalismo industrial y la razón económica en el entramado anímico de una familia, como anticipación del fin de la modernidad (Sombart, 1993). Mann lo desarrolla a través de cuatro generaciones de una dinastía de valores luteranos, que halla el signo de la salvación sobrenatural en el éxito profesional; no obstante, el descendiente más joven, Hanno Buddenbrook, enfrenta el mandato familiar con el escándalo de una vocación artística, la cual atenta contra el absoluto ético de la disciplina profesional. El nuevo interés implica enfrentamiento, desvío y riesgo. Interrumpir la prescripción familiar y desear una vida creativa se traduce narrativamente en enfermedad, como si la vulnerabilidad física implicara culpa moral.

La falsedad del precepto burgués cae en paralelo al avance de la enfermedad. Thomas, el hermano mayor y responsable de la continuidad de la familia, sufre una infección de muelas, que primero lo desordena en su perfecta y atildada apariencia y luego lo lleva a la muerte. Su contracara, Christian, el hermano sin capacidad para el negocio, vive marginado por enfermedades nerviosas que confinan su acción; Hanno, el joven selecto, hijo de Thomas, pero también de Gerda -una madre artista, distante y sensible- sufre de dientes cariados y morirá de tifus luego de interpretar al piano composiciones enardecidas.

*Muerte en Venecia* (1912) se sitúa en el viaje descendente de las cimas de la civilización burguesa a los abismos de la interioridad, en los cuales el protagonista hallará sinceridad existencial. La dignidad externa de un profesor consagrado cede al paso de la transformación producida por la persecución de la belleza. Von Asenbach, es otro personaje trágico de Mann que no logra conciliar la ética impuesta por la cultura con la fuerza vital de su interioridad. Por su rigor en el trabajo y por el tipo de resultado formal, se identifica con un perfecto comerciante: es seguro, templado, sensato, incapaz de demostrar esfuerzo o dificultad. Su gravedad literaria equivale a un sistema moral para controlar el abismo inminente. Pero, la tensión lo quiebra, llevándolo a la muerte. El cuestionamiento que introduce el autor es cuál de los modos de vida es más saludable: el orden superficial y normativo de la existencia o la expresión de la libertad. El primero lo ha

dejado agotado y lo ha conducido a Venecia, una ciudad que tiene voluntad propia.

La enfermedad en la novela se muestra en dos planos, en el espacial y en el humano; por un lado, el avance de la peste, motivo literario asociado a la culpa y la caída, que va cercando la ciudad y genera un ambiente de extraña voluptuosidad; la proximidad de la muerte –consecuencia profana de la enfermedad- invita al protagonista. En el plano humano, la enfermedad muestra el deterioro del profesor, envejecimiento, sed, fiebre, debilidad, descomposición de la voluntad en decisiones contradictorias e irracionales. La relación con el avance de la enfermedad es concesiva; hay conciencia de peligro y natural convivencia entre las personas y espacios contaminados. El protagonista se siente bien con el avance de la plaga que aterra y despuebla Venecia; la acepta, mantiene sus rutinas y crea literariamente de modo superior a como lo ha hecho hasta entonces.

La enfermedad es vía de comunicación del espíritu dionisiaco; la peste, que inicia como una invitación al aislamiento, arrasa con todo lo falso y promueve una toma de conciencia absoluta, sin retorno; el desenlace solo deja la nada en pie, un signo de necesaria preparación para el resurgimiento.

En *La montaña mágica* (1924) la dupla salud-enfermedad es dominante y su significado, invertido (Montiel Llorente, 2006). Europa y su modo de pensar suponen la salud, el estatus aceptado y conveniente de preservar, mientras que el sanatorio de la montaña sirve

como refugio de los enfermos, excluidos y discrepantes. La dicotomía acerca de quiénes postulan los valores culturales genuinos recorre las páginas de la novela, tejiendo la trama. El orden burgués sostiene las estructuras de vida, pero deja ver fisuras, en apariencia insignificantes –manchas en el pulmón- asociadas con la respiración, el hálito espiritual por donde se irá la vida. Así como la planicie funciona racionalmente, la altura marea, confunde y sorprende. La enfermedad espera arriba aún a los que ascienden sanos, como Hans Castorp, y piensan que pueden controlar las fuerzas dionisiacas de su interior. La enfermedad entra en el cuerpo, actúa y no responde lógicamente a los tratamientos, como si tomara decisiones propias; su avance, aunque acabe con la vida mortal, sin embargo, tiene un alcance salvífico, porque los afectados pasan a un nivel de vida distinto. No se expone un supuesto sobrenatural, de promesa religiosa, sin embargo, tiene que ver con el cumplimiento de otros fines posibles para el hombre que los meramente impuestos por la sociedad burguesa. El concepto está próximo a la idea de liberación antes que de salvación, por eso el sueño, el inconsciente, la indagación en prácticas de conocimiento fronterizas y no científicas son campos legítimos de experimentación. Como en *Muerte en Venecia*, la enfermedad despierta una dimensión erótica que debe asumirse como elemento previo para resolver las dicotomías.

El protagonista de *Doctor Faustus* (1947), Adrián Leverkühn, encarna la negación de la ética burguesa señalando el carácter falso

de toda obra de arte surgida en el seno de esa concepción (Lukács, 1969); asume de modo rotundo la vocación musical, signo supremo de liberación, resistente a las formas impuestas. La música y la enfermedad operan juntas (Rohr Scaf, 1998), como las jaquecas, que lo torturan a lo largo de su vida, recordando que después del gozo aguarda la condena. El motivo del pacto con el diablo, que otorga al artista condiciones ilimitadas, se justifica por su enloquecida pasión de engendrar una obra que no tenga parangón en el mundo vulgar. El músico conoce el riesgo y lo encara aceptando una gracia dilatada durante veinticuatro años al precio de la prohibición del amor. La enfermedad que lo consume impide dar sentido intersubjetivo a su obra y expresa, además de su destrucción, el nihilismo de época. La novela se publica luego del fin de la guerra mundial y evidencia tanto fracaso como desesperanza; la civilización europea ha descentrado la vida y las obras enfermando el tiempo histórico. Mann escribe ese mismo año el ensayo *La filosofía de Nietzsche a la luz de nuestra experiencia*, en el cual sitúa la grieta entre estética y ética, ideales conjuntados en el mundo clásico, como causa de la ruptura de nuestra tradición; si la correlación belleza-verdad se conciben autónomas, la obra humana se vuelve producto pragmático de valor inmanente.

La enfermedad en *Doktor Faustus* es inductora para el camino del protagonista, implica voluntad de salir de los límites de la salud social, indagar en las posibilidades del misterio del mundo y del espíritu, contando con

su imposibilidad de retorno. El músico busca la contaminación con Esmeralda, la prostituta que tiene nombre de piedra preciosa; así, la sífilis irá consumiendo su sistema nervioso, otorgándole momentos de súbita lucidez como alteraciones de personalidad y estados de desesperación creciente. La enfermedad es buscada como liberadora, mediadora entre espacios de luz y oscuridad. Los episodios de euforia asociados a la inspiración le permiten extraordinaria creatividad; pero, para Mann, esos logros se deben a otra contaminación, la de su espíritu en pacto con el diablo. El autor corporiza la voluntad de poder en las espiroquetas, ambos dentro de la alegoría nietzscheana que encarna el músico.

#### Enfermedad, expresión y vida

En líneas generales, los relatos de Mann coinciden en exponer que la época histórica da signos de agotamiento, pues sus modos culturales, tanto religiosos como científicos cumplen con necesidades inmanentes, pero no dan cuenta de las exigencias humanas profundas. Como medida, sus protagonistas, que pertenecen al mundo tal como está dado, se distancian voluntaria y conscientemente de él en busca de hacer lo deseado, aunque el deseo sea confuso. Ese movimiento está representado en clave mítica por el ímpetu dionisiaco que los lleva a desvíos de la norma desde la mirada establecida; al mismo tiempo, representa un atajo para el desarrollo y la expresión personal, que se expandirá a través del lenguaje artístico, especialmente de la música. El protagonista, llevado por fuerzas ocultas que no controla y le impiden ser normalmente feliz, sin embargo se

siente seguro, no retrocede, aunque sabe que el riesgo es el sufrimiento y la soledad y, finalmente, un modo de morir que quedará incomprendido para los demás. El avance e intensificación del sufrimiento aíslan al individuo en su subjetividad, que no puede trascender más allá de sí, y el alma cede ante el sufrimiento: el hombre se desespera (Choza, 2011, p. 185). Tal estado afectivo, retrotraído sobre el yo, no es natural, pues lo propio de la vida es trascender a través de la capacidad de conocer y de sentir; ese estado constituye un mal que debe sanarse para que la existencia no se conciba como pura negatividad (Millán Puelles, 1967, pp. 346–363).

Los jóvenes son los emblemas del mensaje y, por ello, portan la enfermedad: Hanno en *Los Buddenbrook*, Tonio en *Tonio Kröger*, Gabriela en *Tristán*, Tazio en *Muerte en Venecia*, Hans en *La montaña mágica*, Eco, en *Doktor Faustus*; todos poseen una belleza extraña, indefensa, que denota imposibilidad de duración. Así como es extraordinaria, también está marcada por el signo del fin, los dientes amarillos, la languidez, la indisciplina, imágenes de una desintegración que avanza. La belleza antes del fin es completamente subyugante y no puede ser resistida por el que huye del estatuto burgués. A su vez, la llamada a desaparecer del mundo físico es certeza de permanencia en otro orden.

La enfermedad se presenta tímida e imperceptiblemente; mientras avanza, es interpretada según la visión del mundo de cada uno: el racionalista ve datos y aplica la lógica tratando de abordar con curaciones y

confianza; el tiempo es un factor crucial, porque funciona superficialmente, como necesaria espera de los procesos y es la demora que permite que la enfermedad transforme metafísicamente al paciente. La mal excluye de la vida rutinaria y facilita la interiorización, como vía de silencio personal propicia para el autoconocimiento; la enfermedad permite el distanciamiento del cuerpo contaminado, induce a una cierta desmaterialización - entendiendo que en la materia quedan las rémoras de la contingencia- e induce a pensar que nuestra naturaleza, además de la andadura material, tiene una sustancia que no acepta el fin. Finalmente, la enfermedad, en tanto frontera con la muerte, relativiza los valores profanos. Mann no pronuncia un mensaje religioso escatológico, pero afirma que la belleza como conductora en el mundo no puede ser solo inmanente. Los síntomas, que son dato funcional para el médico, son dato simbólico para el intérprete, expresión del secreto que porta la enfermedad.

Distinguimos dos acepciones de la enfermedad que el autor intercala en sus obras.

Una negativa, que literalmente señala el mal social: la decadencia de los valores occidentales es un padecimiento cuya causa es la moral burguesa y cuyos síntomas son los hombres que, al decir de *Los Buddenbrook*, “rezan, trabajan y ahorran”. Esa enfermedad solo la detectan, manifestada en tensión trágica, los protagonistas sensibles que advierten su banalidad, sufren y no pueden pactar. Gracias a ellos se revela el segundo sentido de la enfermedad, el que es original y aquí nos

interesa: la expresión de la anárquica libertad de espíritu contrapuesta a la contención de superficie. Es el mal simbólico, erótico en tanto conductor del deseo de lo material hacia lo trascendente. Es finalmente positivo porque produce la liberación del elegido que quedará como testimonio de discordia.

Estar enfermo en las ficciones de Mann es estar lúcido. Contrariamente, la salud es entendida como una disminución de los sentidos, como un pacto con la mediocridad medioambiental y, entonces, como complicidad hacia lo más espurio de la cultura. Quien recibe la enfermedad es un elegido, se salva a sí mismo y puede salvar también al espíritu gemelo capaz de percibir su mensaje y misión.

Las asignaciones de la enfermedad están al servicio de la afirmación integral del autor: el arte como movimiento del espíritu y la vida como producción de resultados se repelen; el concepto de muerte supera la idea de finitud correspondiente a la cultura en la que está inserto (Da Silva Machado et al., 2016, p. 93) para significar el destino al que conduce la belleza.

#### De la ficción a la experiencia vital

Humanizar los distintos ámbitos de interacción es una asignatura pendiente para restaurar el legado moderno. Los conceptos de empatía e inclusión que inundan el vocabulario común deben convertirse en prácticas reales. La tecnología sigue su ritmo propio y se aplica a corregir las deficiencias de la naturaleza, pero el tratamiento de una persona en situación de

vulnerabilidad no se agota con ella. Un posible enriquecimiento del terapeuta puede pasar por el conocimiento y la comunicación de relatos en los cuales las experiencias de padecimiento tengan una interpretación más vasta y significativa que la fenoménica. Los eventos existenciales convertidos en interrogantes se transforman en el mundo interior del artista y en la conciencia del lector, donde se unen padecimiento y significado (Soto Núñez, 2017, p. 45).

La reflexión que ha generado una conciencia subjetiva no queda solo en la dimensión del individuo, sino que universaliza las preguntas: ¿Qué y por qué pasa algo que indefectiblemente implica sufrimiento y declinación?, no puede ser una inquietud respondida solo en perspectiva materialista y tecnológica. La vida supone su misma transcendencia, su propia voluntad de sentido. Si el dolor es dato natural de la contingencia, también el sufrimiento que lo acompaña está inserto en las leyes de vida humana. Entre el dolor y la muerte se enmarcan las condiciones del orden natural; no obstante, nuestra compleja racionalidad tiene la capacidad de asumir el sufrimiento como única posibilidad de trascender ese límite (Lewis, 1994).

Un servicio adicional que puede brindar el profesional de la salud o el acompañante terapéutico es proveer al paciente de recursos imaginativos en los cuales confrontar su propia experiencia con procesos paradigmáticos, expresados míticamente por los artistas. Conocer y contrastar puede operar como un paso para la comprensión, que es siempre

material para el consuelo y, si así es preciso, para la superación del conflicto (Siles-González, 2018, p. 10).

En el marco del romanticismo alemán, desde el cual Mann toma estas ideas, el arte no es un ejercicio parcial de un tipo de desocupado o de bohemio, sino una vía de conocimiento del mundo tan legítima como la de las ciencias duras (Goldman, 1988); el artista es un visionario, capaz de ingresar por su intuición en los misterios del universo y volver con una respuesta mucho más esclarecida que la de cualquier estudio positivo. El acceso a ese orden secreto brinda una esperanza mayor sobre las vicisitudes de la existencia de lo que puede ofrecer el científico. Mann, por medio de la psicología de sus protagonistas, anuncia que el lenguaje del arte, que trasmuta la belleza trascendente, es auxilio espiritual.

## CONCLUSIONES

Según el enfoque de lectura, describimos constantes en la relación entre enfermedad, autoconocimiento y creación en la novelística de Thomas Mann. Si se pudieran considerar los avatares de sus personajes como lecciones dirigidas a los lectores, bajo la consigna de que el arte ofrece una enseñanza en perspectiva de la naturaleza humana, se ampliaría la visión restringida de la relación salud-enfermedad. La experiencia existencial indica que el paso, naturalmente disruptivo, entre la convención de la salud y el inicio de una enfermedad, produce una revisión, toma de conciencia y de control incluso, de la propia vida, como si la

enfermedad justamente se presentara con intención de despertar a otra historia pendiente.

En tanto los protagonistas de Mann cargan un peso espiritual, su naturaleza física lo reflejará y nada podrá solucionarse con independencia de planos. La oposición fundamental se da entre el concepto de “vida” como reflejo de una moral burguesa que define la acción existencial, conducta sin la cual la sociedad desaparece y entre el concepto de “arte”, pasión que lleva a la libertad, respuesta al eros dionisiaco y principio de renovación (Meyers, 2013, p. 188). El arte es una cierta energía divina que destruye la vida instaurada y propone otra disciplina; su acción conlleva el cambio de la noción de vida –antigua salud- por el de enfermedad- vida restaurada.

Mann propone que la muerte es consecuencia de esa purificación del mundo; no es desamparo, sino anuncio, porque no se goza en la nada, sino que prefigura una posibilidad mejor que la presente. No se trata de una promesa teológica, aunque el autor se inscribe en la tradición del humanismo cristiano, y como neoplatónico acepta la jerarquía del cosmos. En la misma línea, si hay una visión de lo divino, se da por la música, el arte supremo, que es proporción, armonía, abstracción pura. Por eso, la destrucción física de sus protagonistas está precedida por el llamado erótico de la música, que tiene como ningún saber humano un poder de conexión entre los planos mundano y supramundano.

Así como el autor denuncia una perspectiva cosmovisional propia de la

## Cultura de los Cuidados

modernidad, que divide y contrapone ámbitos de comprensión en pro de un científicismo y economicismo infalible, un prejuicio semejante permanece hoy en la sociedad occidental; en nuestra época, que a pesar de su sincretismo sigue rigiéndose por fuertes modelos racionales de orden y funcionalidad, se siente aún la desconfianza de Mann. Así como en términos individuales los personajes pasan de una ficción de verdad a una lucidez misteriosa gracias a la enfermedad, en términos históricos la civilización de la arrogancia racional morirá simbólicamente, de no ser capaz de integrar nuevas certezas.

No obstante, hay perspectivas postmodernas que detectan y combaten esa lateralización: la interdisciplinariedad tiende a ello, aplicando enfoques complementarios de las ciencias humanas y las ciencias naturales. Física, biología y neurociencias formulan cuestiones comunes para reflexionar junto al paradigma religioso, filosófico y artístico.

En la lectura del autor propuesto, podemos encontrar:

- Un camino a través de la percepción de la belleza como espacio de compensación de las trivialidades y obligaciones mundanas.
- Todas ellas son sugerencias de autorreflexión y, acaso, perspectiva de comprensión de situaciones personales, que pueden transferirse de la realidad ficcional a nuestra época.

### BIBLIOGRAFÍA

- Bayon, F. (2006). *Thomas Mann: la última modernidad a la luz de nuestras tragedias*. *Anthropos*, 210, 100-121.
- Bloom, H. (2009). *El canon occidental, La escuela y los libros de todas las épocas*. Barcelona: Anagrama.
- Choza, J. (2011). *Historia de los sentimientos*. Sevilla: Thémata.
- Da Silva Machado, R, De Araujo Lima, L.A., Freitas da Silva, G.R., De Souza Monteiro, C.F. y Rocha, S.S. (2016). Finitude e morte na sociedade ocidental: uma reflexão com foco nos profissionais de saúde. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 20(45), 91-97. doi: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2016.45.10>
- Durán Quintana, J.A. (2017). *El dolor, duele*. Sevilla: Editorial Universidad de Sevilla.
- Goldman, H. (1988). *Max Weber and Thomas Mann: Calling and the Shaping of the Self*. Berkeley: University of California Press.
- Lewis, C.S. (1994). *El problema del dolor*. Madrid: Rialp
- Lukacs, G. (1969). *Thomas Mann*. Trad. Jacobo Munoz. Barcelona-México: Grijalbo.
- Mann, T. (1951). *Obras completas*. Trad. Juana Moreno de Sosa. Barcelona: José Janés.
- Meyers, J. (2013). Thomas Mann's Artist-Stories. *The Kenyon Review, New Series*, Vol. 35, N° 3 (Summer), pp. 187-203.

- Millán Puelles, A. (1967). *La estructura de la subjetividad*. Madrid: Rialp.
- Montiel Llorente, L (2006). La cura climática en ‘La Montaña Mágica’ de Thomas Mann. *Balnea, Establecimientos balnearios: Historia, Literatura y Medicina*, Anejo 1, 63-78.
- Rohr Scaff, S. von (1998). *History, Myth, and Music: Thomas Mann’s Timely Fiction*. Columbia, S.C.: Camden House.
- Siles-González, J. (2018). La humanización del cuidado a través de las narrativas y la poesía como producto de la investigación aplicada. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 22 (52). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.52.01>
- Sombart, W. (1993). *El burgués. Contribución a la historia espiritual del hombre económico moderno*. Madrid: Alianza.
- Soto Núñez, C.A., & Vargas Celis, I.E. (2017). La Fenomenología de Husserl y Heidegger. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 21(48). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.48.05>





**Tuberculosis y vivencias: Una mirada desde la fenomenología**  
**Tuberculosis and experiences: A look from the phenomenology**  
**Tuberculose e experiências: um olhar da fenomenologia**

**Diomelis Maurera<sup>1</sup>, Edith Liccioni<sup>2</sup>, Gilberto Bastidas<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Doctora en Ciencias Sociales. Mención Salud y Sociedad. Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo. Correo electrónico: maureradiomelis@gmail.com

<sup>2</sup> Doctora en Ciencias Sociales. Mención Salud y Sociedad. Correo electrónico: licioniedith@gmail.com

<sup>3</sup> Doctor en Parasitología. Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo, Venezuela. Correo electrónico: bastidasprotozoo@gmail.com

Cómo citar este artículo en edición digital: Maurera, D., Liccioni, E. & Bastidas, G. (2019). Tuberculosis y vivencias: Una mirada desde la fenomenología. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 23 (55) Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.55.06>

Correspondencia: Urbanización Terrazas de San Diego, Sector C, Torre 14, Apartamento 14-54, El Morro 2, municipio San Diego, estado Carabobo, Venezuela. Código Postal: 2006.

Correo electrónico de contacto: [bastidasprotozoo@hotmail.com](mailto:bastidasprotozoo@hotmail.com)



Recibido: 08/07/2019

Aceptado: 11/11/2019

## ABSTRACT

Tuberculosis has not been eradicated in most countries; therefore, control programs must also be built on the basis of knowledge resulting from approaches such as the phenomenological and not only on the biologic and epidemiological perspective. Study of the experiences in tuberculosis erected on the phenomenological epistemic matrix. The informants were: Two patients with tuberculosis and one family member of a patient who died of tuberculosis after leaving the treatment. The interviewees belong to a family in an empty nest cycle where the inadequate living and working conditions were decisive in the acquisition of the pathology. There is also little knowledge about the disease, but good treatment of the health team. It is concluded that tuberculosis is a stressful life event and may not be accepted by the person or their

family group, their perception has different repercussions depending on the knowledge about the disease and risk factors, as well as the phase of the family life cycle in which is found, acceptance of the disease, adherence to treatment, social support network, employment status, social security and health system.

**Keywords:** tuberculosis, phenomenological study, control programs, respiratory health.

## RESUMEN

La tuberculosis no ha sido erradicada en la mayoría de los países, por tanto, los programas de control deben también construirse sobre la base del conocimiento resultante de enfoques como el fenomenológico y no solo sobre la perspectiva biologicista y epidemiológica. Estudio de las vivencias en tuberculosis erigido sobre la matriz epistémica

fenomenológica. Los informantes fueron: Dos pacientes con tuberculosis y un familiar de paciente fallecido por tuberculosis luego de abandonado el tratamiento. Los entrevistados pertenecen a una familia en ciclo de nido vacío donde las inadecuadas condiciones de vida y trabajo fueron determinantes en la adquisición de la patología. También es escaso el conocimiento sobre la enfermedad, pero bueno el trato del equipo de salud. Se concluye que La tuberculosis constituye un acontecimiento vital estresante y puede no ser aceptado por la persona o su grupo familiar, su percepción tiene repercusiones distintas según el conocimiento sobre la enfermedad y factores de riesgo, así como de la fase del ciclo vital familiar en que se encuentre, la aceptación de la enfermedad, la adherencia al tratamiento, la red social de apoyo, la situación laboral, la seguridad social y el sistema de salud.

**Palabras clave:** tuberculosis, estudio fenomenológico, programas de control, salud respiratoria.

## RESUMO

A tuberculose não foi erradicada na maioria dos países, portanto, programas de controle também deve ser construído com base em conhecimentos resultantes de abordagens fenomenológicas como e não apenas sobre o biologicista e perspectiva epidemiológica. Estudo das experiências em tuberculose erguidas sobre a matriz epistêmica fenomenológica. Os informantes foram: Dois pacientes com tuberculose e um membro da família de um paciente que morreu de tuberculose após deixar o tratamento. Os entrevistados pertencem a uma família em um ciclo de ninho vazio onde as condições de vida e trabalho inadequadas foram decisivas na aquisição da patología. Há também pouco conhecimento sobre a doença, mas um bom tratamento da equipe de saúde. Conclui-se que a tuberculose é um evento de vida estressante e não pode ser aceite pela pessoa ou suas famílias, a sua percepção tem efeitos diferentes dependendo do conhecimento sobre a doença e fatores de risco, bem como a fase do ciclo de vida da família que encontra-se, aceitação da doença, adesão ao

tratamento, rede de apoio social, situação empregatícia, previdência social e sistema de saúde.

**Palavras-chave:** tuberculose, estudo fenomenológico, programas de controle, saúde respiratória.

## INTRODUCCIÓN

En el mundo la tuberculosis (TB) se ubica dentro de las 10 principales causas de muerte, a tal punto de estimarse que 10,4 millones de personas enferman por esta causa y 1,4 millones fallecen. Asimismo se reporta que los países mayormente afectados por esta patología son aquellos con medianos a bajos ingresos (OMS, 2018). En la región de las Américas se reportaron 268.400 casos de TB (Tasa de 27, 1 por cada 100.000 habitantes y 18.500 muertes por esta causa), dos tercios de los mismos se registraron en América del Sur (OPS/OMS, 2016). Para Venezuela se estima una tasa de prevalencia de 48 casos por cada 100.000 habitantes por año, con una mortalidad de 3,1 casos por cada 100.000 habitantes (Méndez, 2011). En el estado Carabobo, región seleccionada para el presente estudio, se registran 508 casos nuevos con una tasa de 20,6 por cada 100.000 habitantes, donde el municipio Carlos Arvelo tiene una alarmante tasa de 11,7 casos nuevos por cada 100.000 habitantes (datos aportados por la Coordinación Regional del Programa de Salud Respiratoria).

En la actualidad se acepta que la TB no ha sido erradicada en la mayoría de los países, por tanto, la TB como problema de salud pública, en los intentos que se gestan para controlarla y limitarla, debe ser abordada no solo desde la perspectiva biologicista y epidemiológica, sino desde su faceta humanista y bajo el enfoque fenomenológico, porque del conocimiento o del entendimiento de factores individuales, sociales, familiares y económicos, se apuntala verdaderamente la solución, pues

## Cultura de los Cuidados

como varios autores señalan el principal enemigo a combatir no es el bacilo (*Mycobacterium tuberculosis*), sino los escenarios de vida en que se desenvuelve el ser humano, en procura de la transformación, cuando no resulte apropiada (por el riesgo que produce a la salud individual y familiar, y por la estigmatización que genera), del entorno en que se desenvuelve (Lulle *et al*, 1998).

En consecuencia se hace realmente necesario el estudio fenomenológico de las vivencias del paciente con TB porque son muchos los aspectos que participan en la instauración de la enfermedad, como la personalidad del ser humano, la familia, la red sanitaria de apoyo, el nivel educativo y el estatus económico, y por supuesto varios los escenarios que pueden presentarse, producto directo de la estigmatización, por ejemplo: En la vida familiar puede darse el abandono, en el estatus laboral el cambio de trabajo o la imposibilidad de asumir cualquier tipo de labor remunerada, asimismo puede evidenciarse el afloramiento de sentimientos de vergüenza o culpa, el abandono de estudios o disminución del rendimiento académico, e incluso la autoexclusión que de sí mismo hace el enfermo de los grupos sociales a los cuales pertenecía antes de enfermar (Sánchez, 1996).

Sánchez (1996), refiere que todo individuo cuando enferma experimenta una serie de reacciones emocionales ante la enfermedad que el profesional de la salud debe considerar. Existen muchos factores que intervienen en esas reacciones, entre los que destacan la personalidad del paciente, su edad, el tipo de enfermedad, la familia y los amigos, el hospital y la personalidad de los profesionales de la salud. La TB genera en el paciente diferentes alteraciones en una o más esferas de su vida cotidiana: familiar (separación física), laboral (dejar de trabajar o cambiar de trabajo), social (reducción de sus entornos sociales), educativa (dejar de estudiar o disminución de rendimiento), psicológico (vergüenza o culpa), todas generadas usualmente por la estigmatización

en los diferentes espacios de socialización de la persona viviendo con tuberculosis.

En vista que los estudios sobre las vivencias en TB son escasos, pese al preponderante papel que se atribuye a los mismos en la historia natural de la enfermedad, y en el caso particular del municipio Carlos Arvelo del estado Carabobo (Venezuela) no existe investigación alguna (a pesar de la importante casuística reportada) se plantea el estudio fenomenológico del mismo, toda vez que la TB ha sido y seguirá siendo un problema sanitario mundial, a menos, que se introduzcan estudios humanistas, por ser el fenómeno salud-enfermedad una vivencia compleja y personal, que involucra no solamente el equilibrio fisiológico, sino también el concepto de sí mismo, de la imagen personal, de las relaciones interpersonales y de la percepción realista que del trastorno tiene quien padece la enfermedad, sus familiares e incluso quienes brindan atención sanitaria (Brunner, 1998; Romero, 1999).

## METODOLOGÍA

Este estudio encausado en mostrar las vivencias de quienes padecen de TB como patología social de los habitantes del municipio Carlos Arvelo del estado Carabobo, Venezuela, fue erigido sobre la matriz epistémica fenomenológica un paradigma interpretativo, entendido como “el sentido que se transparenta en la intersección de experiencias propias con las del otro, por el engranaje de unas y otras, son inseparables la subjetividad e intersubjetividad, constituyen su unidad a través de la reasunción de las experiencias pasadas” (p.19) (Ponty, 2000). Con base en la percepción como punto de partida y primacía de la experiencia (Ricoeur, 2003). Cabe señalar que para el proceso de recopilación de experiencias se emplearon diversas estrategias: la recopilación de informes socio demográficos y de salud

vinculados al fenómeno de estudio, observación participante y entrevistas cara a cara a informantes claves sustentadas en archivos de grabación y en la transcripción de las entrevistas.

*Recopilación de informes socio-demográficos y de salud, vinculados al fenómeno de estudio:* esta se realizó a través de fuentes secundarias en este caso de los registros epidemiológicos (historias clínicas, libros de registros diarios y tarjetas de tratamiento) de la Dirección del Distrito Sanitario “Sur del Lago”, de la Coordinación Distrital del Programa, ubicado en el Hospital “Dr. Carlos Sanda” de Guigue (capital municipio Carlos Arvelo), y de la Coordinación Regional del Programa de Salud Respiratoria del estado Carabobo, previa autorización del Instituto Carabobeño para la Salud (INSALUD) en fiel cumplimiento de normas éticas para la investigación,

*La observación participante:* Con énfasis en el papel de la experiencia vivida y elaborada del investigador, acerca de las situaciones en las que le ha tocado intervenir, cuyo principal objetivo es obtener una descripción externa y un registro detallado de lo que ve y escucha desde dentro de la realidad familiar y social en que el fenómeno se produce, recurriendo para ello a visitas domiciliarias a quienes padecen de TB, a la participación en actividades educativas y la consulta profesional diaria. (Cardozo, 1996).

*Entrevista en profanidad cara a cara a informantes claves:* En acuerdo con el principio hologramático que indica que no solo en las partes está el todo, sino que el todo está en las partes (Morin, 2000). Los criterios de inclusión del estudio fueron: Ser natural y procedente del municipio Carlos Arvelo, haber alcanzado la mayoría de edad, estar recibiendo tratamiento antituberculoso y participar voluntariamente en la investigación (que haya firmado el consentimiento informado) (Geertz, 1985).

#### **Sujetos de estudio:**

Los informantes fueron: Dos pacientes con TB registrado en el Programa de TB del

estado Carabobo en pleno tratamiento anti-bacilífero; y un familiar de paciente fallecido por TB luego de abandonado el tratamiento (por ser la persona más cercana y quien percibió el sufrimiento del paciente en la fase final de la enfermedad).

#### **Procedimiento:**

En la construcción de la trayectoria fenomenológica se consideraron los siguientes momentos:

##### **a. Descripción fenomenológica:**

La entrevista se realizó en el servicio de salud respiratoria del Hospital Dr. Carlos Sanda, previo al establecimiento de empatía con los informantes clave con base en el contacto personal y en la confianza mutua. Se recurrió a la técnica de saturación, para detener la entrevista, es decir, se dio por terminado el encuentro en el momento en que el entrevistado se extendía sobre un tema, repetía los conceptos, el discurso se tornaba demasiado anecdótico sin aportar información relevante o introducía temas que no correspondían al propósito de la entrevista.

##### **b. Reducción fenomenológica:**

Las transcripciones producto de la entrevistas cara a cara y la observación participante fueron digitalizadas en un procesador de textos (Microsoft Word del paquete ofimático Microsoft Office 2016®) e incluidas en categorías según las relaciones o similitudes encontradas entre los elementos discursivos registrados durante el proceso investigativo, antecedido este procedimiento por el diseño de matrices por informante clave con el objeto de mostrar lo más valioso de los contenidos.

Se aseguró que la categorización en términos o expresiones breves, claras e inequívocas representen la idea central de cada unidad temática, para ello se recurrió a la familiarización con la vida cotidiana de los pobladores, con el contexto y con los sistemas sociales y culturales (Martínez, 2008). En definitiva fueron 11 las categorías construidas en este estudio de vivencias en TB a saber: Vida familiar, determinantes del

## Cultura de los Cuidados

proceso salud enfermedad, modo de vida, conocimientos sobre TB y factores de riesgo, percepción de enfermedad, servicios de salud, red de apoyo, adherencia al tratamiento, situación laboral, seguridad social, y percepción de la vida y la salud. Por último se presentan los hechos ya representados conceptualmente a través de una nueva red de relaciones entre las partes constituyentes, es decir, se teoriza, y se realizan contractes con las posturas teóricas existentes.

### RESULTADOS

A continuación se muestran las categorías de análisis encontradas con base en las respuestas obtenidas, con ejemplos narrativos de las declaraciones más importantes o significativas de los informantes clave en relación con las vivencias en TB, como intento de descripción del fenómeno que se devela del ser en el ámbito de lo cotidiano como lugar inmediato y espontáneo del existir (tablas 1, 2 y 3) (Alcoberro, 2004).

#### Análisis e interpretación de los discursos

**Entrevista 1(JL):** La informante clave pertenece a una familia matricentrada cuyo ciclo vital de la familia se encuentra en nido vacío, con la creencia de no tener derecho a una vida humana digna (Frenk, 1993; Moreno, 1995; Parsons, 1966; Ponty, 2000), pues sus necesidades materiales no estaban cubiertas. Igualmente para la entrevistada las inadecuadas condiciones de vida y trabajo (incluso luego de enfermar la empresa desaparece) fueron determinantes en la adquisición de la enfermedad, queda en evidencia el escaso conocimiento que sobre la enfermedad posee la informante, la búsqueda inducida de ayuda técnica competente así como la necesidad de acudir

a más de un establecimiento de salud para el diagnóstico de TB.

En la resolución del problema de salud apunta la adhesión al tratamiento señalado por la afectada, el apoyo de vecinos y amigos (en visitas realizadas a la comunidad se constata que es un grupo social de bajos recursos económicos, sin embargo, se organizan para proporcionarle alimentos y costear otros gastos), el buen trato del equipo de salud que la atendió, y la reflexión positiva que realiza sobre el valor de la vida y la salud, que finalmente la llevan a despojarse de resentimientos y a recuperar los afectos familiares.

**Entrevista 2 (JM):** Por su trabajo el informante convierte a su familia en matricentrada, porque únicamente la visitaba 2 o 3 veces por semana, a la vez que no cumplía con su sol de padre, ya que, correspondía a la madre el cuidado exclusivo de los hijos y la conducción del hogar, con el paso del tiempo fallece su esposa, sus hijo se casan y abandonan el hogar, se produce así el ciclo vital de familia en nido vacío. Para el entrevistado, al igual que el caso anterior, las condiciones de trabajo y estilos de vida son los determinantes del proceso salud y enfermedad en el caso de TB.

El entrevistado muestra conocer factores de riesgo en la transmisión de la enfermedad, describe signos y síntomas. En su caso conto con el apoyo incondicional de su familia y respaldo económico de la seguridad social (pensionado), fue indiscutible su adhesión al tratamiento, la empatía hacia el servicio de

salud por lo oportuno del diagnóstico, y la fe y optimismo estaban presentes en él.

**Entrevista 3 (MP):** Refiere la entrevistada MP tía de JP paciente tuberculoso fallecido que fue abandonado por su madre y dado al cuidado de la abuela paterna y su padre. La infancia de JS indica MP que carecía del afecto de madre y padre, como también del modelaje de ambos. Le faltaba el vínculo fundamental para la satisfacción afectiva primaria, y no fue sustituido por su abuela quién tenía edad avanzada, ni por su tía quien era muy joven para ese entonces. Al fallecer su abuela, se inicia en el consumo de drogas, alcohol y en la delincuencia, aspectos a los cuales atribuía la aparición de la enfermedad. Era pobre su conocimiento sobre la enfermedad y la adhesión al tratamiento, de allí sus recaídas, además, el apoyo social se centraba en MP (su tía) y su familia, y no tenía deseos de vivir hasta que fue demasiado tarde al respecto.

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La TB, en acuerdo con la estructura esencial del fenómeno, constituye un acontecimiento vital estresante y puede no ser aceptado por la persona o su grupo familiar, su percepción tiene repercusiones distintas según el conocimiento sobre la enfermedad y factores de riesgo, así como de la fase del ciclo vital familiar en que se encuentre, la aceptación de la enfermedad, la adhesión al tratamiento, la red social de apoyo, la situación laboral, la seguridad social y el sistema de salud. Todo ello en el

entendido que la curación (la enfermedad vista como sufrimiento) pasa por un proceso reflexivo de las interpretaciones sobre las que descansan sus juicios para la modificación de estilos, modos y condiciones de vida.

La TB durante el periodo sintomático y de tratamiento puede alterar el proceso de adaptación del paciente hasta llevarlo a la depresión, por tanto, el paciente con TB debe considerarse como especial, a quien debe satisfacerse sus necesidades físicas y psicológicas, y también las espirituales, para que acepte su enfermedad como parte de una etapa de su vida, dado el curso crónico y lentamente progresivo de la TB que acentúa los conflictos personales existentes (como en este caso) (Vendramini *et al*, 2007; Castañeda *et al*, 2012), porque, además, son muchas las situaciones difíciles que atraviesa una persona con TB, entre las que se señala el rechazo de sus pares y lo difícil que resulta para el afectado cumplir con el esquema de tratamiento (por lo largo y por los efectos colaterales que producen). El rechazo familiar, de vecinos y amigos marca a muchos pacientes con TB, por simple temor al contagio o por sentimientos de inseguridad derivados del desconocimiento (generalmente) de la historia natural de la enfermedad, de los factores de riesgo, de las medidas de prevención y control, y de la forma de tratarla. Debe, entonces, lucharse contra la representación social de la TB (para evitar que el soporte social disminuya o se pierda),

## Cultura de los Cuidados

por demás discriminatoria, que expresa que la persona afectada por esta patología no debe interactuar con sus semejantes. Igualmente se suma al aislamiento social la interrupción de las obligaciones laborales por exigencia del reposo que debe guardar, todo esto acrecenta la vergüenza y culpa entre los enfermos que finalmente se traduce en miseria, desesperanza, dolor y sufrimiento espiritual que lleva finalmente a la depresión y a la pérdida definitiva de las ganas de vivir (Laparra, 2006).

Asimismo entendemos que una concepción dinámica de la salud y la enfermedad no puede limitarse a visualizar simplemente un estado de salud ideal y otro de enfermedad como los extremos de un continuum, debe ser concebida como un proceso y como el resultado de lo que hacen en conjunto el individuo y la sociedad (sus instituciones públicas y privadas). Es entonces desde la perspectiva transdisciplinaria que puede comprenderse el proceso salud-enfermedad como fenómeno de estudio, cuyo imperativo es la unidad del conocimiento. Porque el funcionalismo, que caracteriza el sistema de salud venezolano, como forma de explicación en cuanto a la comprensión de los fenómenos involucrados en el proceso salud-enfermedad es reduccionista, superficial e interpreta la realidad de manera arbitraria y de acuerdo con una perspectiva particular que conduce a la exagerada tecnificación de los servicios (Maurera y Liccioni 2015).

Se concluye que la TB, constituye un acontecimiento vital estresante y puede

no ser aceptado por la persona o su grupo familiar, su percepción tiene repercusiones distintas según el conocimiento sobre la enfermedad y factores de riesgo, así como de la fase del ciclo vital familiar en que se encuentre, la aceptación de la enfermedad, la adhesión al tratamiento, la red social de apoyo, la situación laboral, la seguridad social y el sistema de salud. Por último para el control de la TB se requiere de información proveniente del abordaje fenomenológico.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alcoberro, R. (2004). *Etiques per a un món complex*. Lleida:Edg.Pages.
- Brunner, J. (1998). *Globalización cultural y posmodernidad*. Santiago: Editorial Fondo de Cultura Económica.
- Cardoso, R. (1996). El trabajo del antropólogo: mirar, escuchar, escribir. *Revista de Antropología*, 39,1, 13-37.
- Castañeda, D., Romero, N., y Tello, C. (2012). *Vivencia de los pacientes adultos con tuberculosis pulmonar del Hospital de apoyo Chapén-2011*. (Tesis de Pregrado). Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo.
- Frenk, J. (1993). *La Salud de la Población. Hacia una Nueva Salud Pública*. Secretaria de Educación Pública. México: Fondo de Cultura Económica. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
- Geertz, C. (1985). *El antropólogo como autor*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Laparra, M. (2006). *La construcción del empleo precario, dimensiones causas y tendencias de la precariedad laboral*. Madrid: Caritas.
- Lulle, T., Vargas, P., y Zamudio, L. (1998). *Los usos de las historias de vida en las ciencias sociales I*. Bogotá: Centro de Investigación sobre Dinámicas Sociales, Universidad Externado de Colombia.

- Martínez, A. (2008). *Antropología Médica. Teorías sobre la Cultura, el Poder y la Enfermedad*. Barcelona: Anthropos Editorial.
- Maurera D, Liccioni E. (2015). *Percepción de la tuberculosis y escenarios de vida*. (Tesis de Doctorado) Carabobo: Universidad de Carabobo.
- Méndez, M. (2011). La tuberculosis pulmonar: Pasado, presente y futuro en Venezuela. *Salus*, 15(3), 37-41.
- Moreno, A. (1995). *El Aro y la trama: Epistem, Modernidad y Pueblo*. Caracas: Ediciones del Centro de Investigaciones Popular.
- Morín, E. (2000). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Tuberculosis. Nota descriptiva*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (2016). *La tuberculosis en la región de las Américas. Informe Regional 2016. Epidemiología, control y financiamiento*. Recuperado de [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=22954&Itemid=270&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22954&Itemid=270&lang=en)
- Parsons, T. (1966). *El Sistema Social*. Madrid: Ediciones de la Revista de Occidente, Biblioteca de Política y Sociología.
- Ponty, M. (2000). *Fenomenología de la Percepción*. Barcelona-España: Península S.A.
- Ricoeur, P. (2003). *El Conflicto de las Interpretaciones: Ensayos de Hermenéutica*. Argentina: Fondo de cultura económica.
- Sánchez, R. (1996). *Psicología Médica, Aspectos psicológicos del paciente frente a la enfermedad*. Recuperado de [http://www.ilustrados.com/tema/683/Aspectos-psicologicos-paciente frente-enfermedad.html](http://www.ilustrados.com/tema/683/Aspectos-psicologicos-paciente-frente-enfermedad.html)
- Romero, C. (1999). Creencias y consecuencias sociales de la tuberculosis pulmonar en dos comunidades indígenas del Estado de Oaxaca una aproximación cualitativa. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 4, 235-249.
- Vendramini, S., Scatena, T., Geraldés, L., y Gazetta, C. (2007). Aspectos epidemiológicos atuais da tuberculose e o impacto da estrategia dots no controle da doença. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(1), 1-3.





**Tabla 1**

Entrevista 1 realizada a mujer de con diagnóstico de Tuberculosis pulmonar

Categorización	Texto de la entrevista
	JL: Mujer de 58 años de edad con diagnóstico de TB pulmonar.
	<b>Investigadora</b> ¿Hábleme sobre su infancia, vida familiar y trabajo?
Vida familiar	Yo nací en Barquisimeto soy la última de 13 hermanos, me vine "pa" Valencia muy joven, me case aquí y tuve una hija, ella se me fue a los 18 años, cuando me puse a trabajar y me quede sola. Trabajé en restaurante, como conserje y recogiendo basura.
Determinantes del proceso de salud-enfermedad	Trabaje con muchos químicos y donde había muchas infecciones. Recogía la basura y a veces los gusanos se adherían a la vestimenta y/o cabello. Ingeríamos alimentos sin lavarnos las manos.
Modo de vida	Vivía sola.
Conocimientos sobre TB y factores de riesgo	Yo creo que me dio tuberculosis por los trabajos que hacía, porque había químicos y muchas infecciones, no comía bien, apenas 2 veces al día y cuando tenía tiempo, fumaba 2 a 3 cajas de cigarrillos al día desde los 14 años, también tomaba mucho café.
Percepción de enfermedad	Yo tuve mucha tos durante un año pero la ignoraba, con esputo de color verde amarillento, fiebre en las noches, mareos y vómitos, acompañado de dificultad para respirar y debilidad, estaba muy delgada y pesaba 40 kilogramos.
Servicios de salud	Fui trasladada a un Centro de Diagnóstico Integral donde se me realizaron exámenes de laboratorio y estudios radiográficos, de allí fui referida al hospital Dr. Rafael González Plaza (municipio Naguanagua, estado Carabobo), donde se descartó el síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y por muestra de esputo se me diagnosticó tuberculosis, la que yo conocía como "pica de los pulmones", no me hospitalizaron me refirieron al hospital de Guigüe porque yo era de Boquerón para tratamiento supervisado de tipo ambulatorio. Estoy muy agradecida con los médicos y enfermeras han sido muy amables y me han ayudado a salir de esta enfermedad.
Red social de apoyo	Mis familiares se desentendieron de mí, todos ellos, después de saber la enfermedad que tenía, ni mi hija me visitó. Solo mis vecinos me apoyaron, aunque los primeros días usaban tapaboca, eran ellos los que me preparaban los alimentos.
Adhesión al tratamiento	Los vecinos me acompañaban al ambulatorio a tomar el tratamiento, porque era supervisado y no podía llevármelo para la casa. Mensualmente me tocaba una consulta con la médica especialista. He aumentado de peso, estoy en 61 kg, ya no contagio y puedo ir sola al ambulatorio a tomarme el tratamiento. Deseo que todas las personas que tienen esta enfermedad pongan de su parte, se tomen su tratamiento como se lo mandan, obedezcan las recomendaciones de sus médicos, dejen los vicios, coman bien y tengan mucha fe.
Situación laboral	Mande a averiguar para meter el reposo y me dijeron que esa empresa ya no existía, pues se trataba de una compañía fantasma, pero gracias a la ayuda de mis vecinos no me ha faltado nada.
Seguridad social	Mis vecinos me incluyeron en el seguro social, y ya tengo pensión de vejez, con la que podre vivir tranquila. Una vez curada, con mis vecinos vamos a montar un pequeño negocio de venta de comida.
Percepción de la vida y la Salud	Dios me está dando una nueva oportunidad de vivir, por eso quiero pasarla bien y cuidar mucho de mi salud. En estos días hice las paces con mi familia incluso con mi hija, la llame y le dije que la perdonaba y que no valía la pena guardar resentimiento. La vida es una sola, hay que tratar de ser felices con la gente que uno quiere.

**Tabla 2**  
**Entrevista 2 realizada a hombre con tuberculosis pulmonar**

Categorización	Texto de la entrevista
	<b>JM:</b> Hombre de 64 años de edad con diagnóstico de TB.
Vida familiar	Yo nací en Guacara (capital del municipio Guacara, estado Carabobo), soy el cuarto de 10 hermanos, mis padres eran trabajadores del campo, desde niño también trabaja con ellos. A los 18 años me enlisté para cumplir con el servicio militar. Luego me casé y tuve 4 hijos. Mi esposa fallece, con el paso del tiempo se casan mis hijos y quedo solo, desde entonces me reúno con amigos para consumir licor.
Determinantes del proceso salud-enfermedad	Trabaje por mi cuenta en la muelles, cargando y descargando camiones de productos que contenían soda caustica. Este trabajo me lo prohibió el médico porque sangraba por la nariz. Por eso me dediqué a ser ayudante de camión.
Modo de vida	Se dormía en residencias y hoteles de Puerto Cabello y viajaba de dos a tres veces para Valencia donde estaba mi familia. Frecuentaba bares y playas en busca de diversión, consumía alcohol. Nos alimentábamos mal.
Conocimientos sobre TB y factores de riesgo	La tuberculosis la adquirí porque me la pasaba tomando, bebíamos el aguardiente de la misma botella. Fumaba poco, pero lo hacía. Teníamos relaciones sexuales con la mujeres que trabajaban en los burdeles y en ese tiempo no se usaba lo que llamaban condones. Única relación homosexual con un médico.
Percepción de enfermedad	Desde hace un año sentía decaimiento, fiebre nocturna, tos con expectoración, sueño, decaimiento y no tenía apetito.
Servicios de salud	Me hospitalizaron durante un mes en la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera de la ciudad de Valencia. De allí me enviaron a Guigue (capital de municipio Carlos Arvelo) para tratamiento supervisado de tipo ambulatorio contra la tuberculosis.
Red social de apoyo	Mi familia ha estado pendiente de mí. Mis vecinos y familiares saben de mi enfermedad y no me rechazan.
Adhesión al tratamiento	Cumplo el tratamiento al pie de la letra. Me siento muy bien, como si no tuviera nada. Estoy comiendo bastante, he aumentado de peso y ya puedo caminar solo, pues cuando salí del hospital estaba en silla de ruedas.
Situación laboral	Con la enfermedad deje de trabajar.
Seguridad social	Soy pensionado del seguro social.
Percepción de la vida y la Salud	La verdad es que no se aprecia el valor de la salud hasta que se está enfermo. Le doy gracias a Dios porque estoy mejor de esta enfermedad y por tener a mi familia a mi lado.

Tabla 3

## Entrevista 3 realizada a familiar de paciente fallecido por tuberculosis pulmonar

Categorización	Texto de la entrevista
Vida familiar	<b>MP:</b> Mujer de 48 años de edad, tía paterna de paciente tuberculoso fallecido (JS). JS fue abandonado por su madre y criado por abuela paterna y mi persona. Tuvo una hija a los 19 años. JS falleció a los 36 años.
Determinantes del proceso salud-enfermedad	A los 17 años trabajo en la calle, tuvo amigos que consumían drogas. Últimos años trabajo como obrero.
Modo de vida	Se drogaba, tomaba licor y delinquéa (cometía hurtos y robos). Tenía expediente abierto en tribunales.
Conocimientos sobre TB y factores de riesgo	El consumo de drogas y alcohol contribuyó con la aparición de la enfermedad.
Percepción de enfermedad	Fiebre en las noches, tos productiva y pérdida marcada de peso.
Servicios de salud	Fue inicialmente confinado al Hospital Dr. Carlos Sanda de Guigue, dado de alta por mejoría y con tratamiento ambulatorio supervisado contra tuberculosis. Cuando recaer lo recluyen en la Ciudad Hospitalaria Dr Enrique Tejera en la ciudad de Valencia y para la tercera vez que enferma fue internado en el Hospital Dr. Rafael González Plaza donde fallece.
Red social de apoyo	Mi esposo, mis hijas y yo cubrimos todos los gastos. Su mamá ni los hermanos maternos fueron al funeral. Le faltó el amor de madre y padre.
Adhesión al tratamiento	Tomaba el tratamiento, lo terminaba y sanaba, pero retomaba el consumo de drogas y alcohol por lo que recaía.
Situación laboral	Desempleado.
Seguridad social	Sin seguridad social.
Percepción de la vida y la Salud	El no quería vivir, decía que la enfermedad lo tenía cansado y estaba obstinado de tomar ese tratamiento. No fue responsable con su propia vida. Cuando tomó conciencia ya era muy tarde.

**Percepción de profesionales de enfermería sobre la valoración de la sexualidad en adultos mayores (Chile)**

**Perception of nursing professionals on the assessment of sexuality in older adults (Chile)**

**Percepção de profissionais de enfermagem sobre a avaliação da sexualidade em idosos (Chile)**

**Gloria García Vallejos<sup>1</sup>, Denisse Quijada Sánchez<sup>2</sup>, Martín Mellado Saez<sup>3</sup>, Javiera Palominos Contreras<sup>4</sup>, Ariel Torres Herrera<sup>5</sup>, Diego Valenzuela Jara<sup>6</sup>**

<sup>1</sup> Profesora asistente, enfermera magíster en psicología comunitaria, Facultad de Medicina Universidad de Chile. Correo electrónico: ggarcia@med.uchile.cl

<sup>2</sup> Profesora asistente, socióloga, Master en trabajo y política, Facultad de Medicina Universidad de Chile. Correo electrónico: denissequijada@gmail.com

<sup>3</sup> Estudiante cuarto año enfermería Universidad de Chile. Correo electrónico: martin.mellado@ug.uchile.cl

<sup>4</sup> Estudiante cuarto año enfermería Universidad de Chile. Correo electrónico: javipalominos27@gmail.com

<sup>5</sup> Estudiante cuarto año enfermería Universidad de Chile. Correo electrónico: ariel.uchile18@gmail.com

<sup>6</sup> Estudiante cuarto año enfermería Universidad de Chile. Correo electrónico: davjdiego.v@gmail.com

Cómo citar este artículo en edición digital: García Vallejos, G., Quijada Sánchez, D., Mellado Sáez, M., Palominos Contreras, J., Torres Herrera, A. & Valenzuela Jara, D. (Año 2019). Percepción de profesionales de enfermería sobre la valoración de la sexualidad en adultos mayores (Chile). *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 23 (55) Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.55.07>

Correspondencia: Remitir al correo electrónico.  
Correo electrónico de contacto: [davjdiego.v@gmail.com](mailto:davjdiego.v@gmail.com)



*Recibido: 15/07/2019*

*Aceptado: 01/11/2019*

**ABSTRACT**

The main objective of this research is to know the perception of the nursing professionals about the assessment of the sexuality of the elderly in primary health care. To this end, a qualitative study has been proposed with an approach based on

chosen for convenience and based on criteria such as graduates from public or private universities with a minimum of 2 years of work, currently working in APS, professional graduates of nursing-obstetrics were excluded, to have an attached career in obstetrics and not to work in APS. Four main categories are established which are "meaning that professionals attribute to sexuality", "relevance of sexuality in older

adults", "influential factors in the assessment of sexuality", "professional strengths and weaknesses in assessment" In addition, two emergent categories appear, which are "factors to be improved by valuing sexuality" and "the need for an instrument to assess sexuality". It establishes that sexuality is a vital element in the health of older adults influenced strictly by cultural and social factors, in addition to the growing need for an instrument that allows to value sexuality and technical orientations at the ministerial level.

**Key words:** Sexuality, nursing, elderly, culture.

### **RESUMEN**

Se plantea como objetivo principal de investigación, conocer la percepción de las/os profesionales de enfermería sobre la valoración de la sexualidad del adulto mayor a los que brindan cuidados en la atención primaria de salud. Para ello plantea un estudio cualitativo con enfoque descriptivo y análisis de datos mediante teoría fundamentada, tomando una muestra de estudio elegida por conveniencia y basada ciertos criterios, egresados enfermeros/as de universidades públicas o privadas con mínimo de 2 años de trabajo, trabajar actualmente en APS, excluyendo profesionales egresados de enfermería-obstetricia, poseedores de carrera anexa en obstetricia y no trabajar en APS. En los resultados se establecen cuatro categorías principales, las cuales son "significado que le atribuyen los profesionales a la sexualidad", "relevancia de la sexualidad en adultos mayores", "factores influyentes en la valoración de la sexualidad", "fortalezas y debilidades profesionales en la valoración", además aparecen categorías emergentes, que son: "factores por mejorar al valorar la sexualidad", "necesidad de un instrumento de valoración de la sexualidad". Se establece que la sexualidad como elemento vital en la salud de los adultos mayores influenciada estrictamente por factores socio-culturales, además de la creciente necesidad de un instrumento que permita valorar la sexualidad y orientaciones técnicas a nivel ministerial.

**Palabras clave:** Sexualidad, enfermería, adulto mayor, cultura.

### **RESUMO**

Propõe-se como objetivo principal desta pesquisa saber a percepção dos profissionais de enfermagem sobre a avaliação da sexualidade do ancião em cuidado médico primário. Para este fim, um estudo qualitativo foi proposto com uma aproximação baseado em teoria fundamentada, enquanto levando uma amostra de estudo escolhida para conveniência e baseado em critérios como diplomados de público ou universidades privadas com um mínimo de 2 anos de trabalho, trabalhando atualmente em APS, foram excluídos os diplomados profissionais de lactância-obstetrícias, ter uma carreira fixa em obstetrícias e não trabalhar em APS. São estabelecidas quatro categorias principais que são "significado que os profissionais atribuem à sexualidade", "relevância da sexualidade em idosos", "fatores influentes na avaliação da sexualidade", "forças e fraquezas profissionais na avaliação", também aparecem duas categorias emergentes que são "fatores para melhorar quando se avalia a sexualidade", "necessidade de um instrumento para avaliar a sexualidade". Ele afirma que a sexualidade é um elemento vital na saúde dos idosos influenciados estrictamente por fatores culturais e sociais, além da necessidade crescente de um instrumento que permita valorizar adequadamente a sexualidade e de orientações técnicas em nível ministerial.

**Palavras-chave:** Enfermagem, sexualidade, cultura, idoso.

### **INTRODUCCIÓN**

El envejecimiento de la población, como un fenómeno de incidencia mundial, ha expuesto problemáticas que aquejan a los adultos mayores, como la alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y el aumento de las infecciones de transmisión sexual. La escasa valoración de la sexualidad por profesionales de la salud se condice con

una cultura que invisibiliza a este grupo etario sin considerarlos activos sexualmente; aún cuando es reconocida como una necesidad básica y un componente sociocultural de las personas durante todo el ciclo vital.

### **MARCO TEÓRICO**

Actualmente a nivel nacional e internacional existe un aumento de la población adulta mayor en el caso de Chile este corresponde al 15,7% (INE, Santiago, 2018), esto lleva consigo un aumento de las Infecciones de transmisión sexual, debido a una escasa valoración de la sexualidad en los controles de salud del adulto mayor.

La sexualidad un fenómeno relativamente reciente de objetos de estudios, es definida como *“un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales.* (OMS, 2006), es aquí donde una adecuada valoración cobra relevancia, la sexualidad influye en numerosas áreas, una alteración de esta deriva en problemas ya sea de salud, psicológicos, sociales, etc.

Recientemente un estudio publicado por Enfermería global evidencia con un 95% de respuesta, la importancia de este patrón para los adultos mayores de 57 años. (Valoración

del Patrón de la Sexualidad: atención integral de la salud de las personas, Navarro Sarabia, J & Rodríguez López, C Julio 2013).

Como un complemento de esta investigación, en el estudio *“Let’s talk about sex: older people’s views on the recognition of sexuality and sexual health in the health-care setting”*(Michael Bauer, Septiembre, 2015), se concluye que para los adultos mayores es importante su sexualidad, pero la vergüenza, insatisfacción del trato, actitud negativa y poco interés por los profesionales puede inhibir discusiones del tema.

En el estudio *“Valoración del patrón de la sexualidad en las personas usuarias de los servicios sanitarios”*(Manuel Muñoz Martín, 2013) se pretende conocer mediante un estudio cuantitativo por medio de un cuestionario, porque los enfermeros/as no exploran suficientemente el patrón de la sexualidad y cuáles son las causas que lo impiden. El estudio arroja como resultado que los profesionales no valoran esta área para no sentirse incómodos ellos mismos, pero sin embargo esta valoración incompleta afecta la salud y el bienestar integral de la persona.

El proceso de enfermería es un método sistematizado de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos, la primera etapa de este proceso es la valoración; en ella se recogen los datos de la salud del paciente con el objetivo de identificar factores de riesgo y potenciar los factores positivos de su salud, la información

que se obtiene de la entrevista define los cursos de acción de la atención, es por este motivo que debe ser lo más completa posible, verídica y atingente. (Rosalinda Alfaro, 1992)

Una de las teoristas que han propuesto valorar la sexualidad en atención de enfermería es Marjory Gordon, la cual reconoce a la *“sexualidad y reproducción como un elemento de valoración, considerando elementos sociales, personales, funcionales y de satisfacción sexual”*. (Álvarez Suarez, J & Castillo, F & Fernández Fidalgo, D & Muñoz Meléndez, M, Junio 2010), Virginia Henderson por otro lado no menciona la sexualidad directamente dentro de sus necesidades básicas, pero dentro de *“Comunicarse con los semejantes”*, menciona que *“se debe valorar la capacidad de la persona para insertarse e integrarse a un grupo social viviendo plenamente las relaciones afectivas y la propia sexualidad”* (Virginia Henderson, Basic Principles of Nursing, 1972) y finalmente otra teorista que menciona este tópico es Jean Watson, quien estratifica las necesidades y en el segundo escalón se encuentran las necesidades funcionales como la sexualidad. (Jean Watson, 1979, Boston), es imperativa la realización de una adecuada valoración de este patrón ya sea en un control de salud en un contexto de atención primaria o en el área hospitalaria. Es posible que abordar el tema, provoque sensaciones tanto en el paciente como en el profesional de enfermería, pero su omisión conlleva mayores riesgos.

### OBJETIVO GENERAL

Conocer la percepción de los/as profesionales de enfermería sobre la valoración de la sexualidad del adulto mayor en la atención primaria de salud del servicio de salud norte de la región Metropolitana.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el significado que le atribuyen los profesionales de enfermería a la sexualidad de las personas adultas mayores.
- Conocer la importancia que le atribuyen los/as profesionales de enfermería a la sexualidad de las personas adultas mayores
- Conocer los factores que los/as profesionales de enfermería identifican como influyentes en la valoración de la sexualidad de adultos mayores.
- Identificar las fortalezas y debilidades que los/as profesionales de enfermería se atribuyen al valorar la sexualidad en personas adultas mayores.

### METODOLOGÍA

El tipo de estudio planteado es de tipo cualitativo, descriptivo. Se utilizó el paradigma constructivista, su diseño metodológico para la recolección de la información fue la entrevista y cuya técnica de análisis escogida fue la teoría fundada .

Se toma como población de estudio a los enfermeros/as egresados de universidades públicas o privadas con 2 años de trabajo mínimo, que trabajen actualmente en APS, para asegurar el contacto con adultos mayores, se excluyen los profesionales egresados como enfermero/as-matrnas, profesionales con carreras o postgrados anexos de ginecología u obstetricia, ausencia de experiencia en APS. La muestra fue tomada por conveniencia en el CESFAM Patricio Hevia en la comuna de Recoleta, participaron 4 egresados de enfermería 3 hombres y 1 mujer, para tomar esta muestra no se considera ni la edad ni sexo de los participantes. Para la recogida de datos se realizó una entrevista semiestructurada previa firma del consentimiento informado, en donde el guión temático aborda preguntas como las siguientes:

- ¿Como describiría la sexualidad en los adultos mayores?
- ¿Considera importante evaluar la sexualidad en el adulto mayor en el ámbito de su salud? ¿Cómo lo aborda en las atenciones de manera efectiva?
- En sus estudios de pregrado o postgrado ¿Le entregaron herramientas adecuadas para abordar el tema de sexualidad desde la enfermería?
- ¿Qué aspectos cree usted que deben cambiarse o mantenerse para realizar una valoración completa de la sexualidad? ¿Cuales serian las

fortalezas y debilidades que visualiza al realizar una valoración de la sexualidad?

- ¿Identificar aspectos personales, sociales o culturales que impidan o limiten el abordaje de la sexualidad en el adulto mayor?
- ¿Cuál cree usted que es el impacto del acelerado envejecimiento poblacional y del estigma social de la sexualidad de adultos mayores en su atención de salud?

Tras la recogida de datos se llevó a cabo su Análisis considerando elementos de la teoría fundamentada, como la categorización y codificación axial y abierta. Se seleccionaron previamente cuatro categorías las que son ,“significado que le atribuyen los profesionales a la sexualidad”, “relevancia de la sexualidad en adultos mayores”, “factores influyentes en la valoración de la sexualidad”, “fortalezas y debilidades profesionales en la valoración”, además aparecen dos categorías emergentes las que son “factores por mejorar al valorar la sexualidad”, “necesidad de un instrumento de valoración de la sexualidad”. En relación a los aspectos éticos, se resguardo la veracidad e integridad de la entrevista por medio de grabación y transcripción fidedigna y se contó con un consentimiento informado revisado por el Comité de Ética de investigación en seres Humanos de la Facultad de Medicina, de la Universidad de Chile. El estudio tiene lugar durante el año 2018 entre los meses abril y diciembre



## RESULTADOS

A continuación se exponen los resultados recogidos por medio de las entrevistas realizadas, estos se van a dividir en cuatro categorías principales más una quinta categoría emergente.

En cuanto al significado que le atribuyen a la sexualidad los profesionales, encontramos que visualizan la sexualidad no como un fenómeno ligado únicamente a la reproducción y el coito, sino que es un proceso multifactorial propio del ser humano que ha ido mutando con el paso del tiempo y las distintas generaciones, está ligado a aspectos personales como las creencias y vivencias personales, a lo biológico y psicológico de la persona, así como a la influencia que ejerce la sociedad y cultura de la época en la que nacemos y nos desarrollamos pues es un proceso que va sufriendo cambios con el paso del tiempo ya que está presente durante todo el ciclo vital de la persona.

*“...la sexualidad tiene que ver como yo siento, lo entiendo como (...) el comportamiento humano expresado según un contexto, como decirlo, donde conjugan varias cosas en verdad; (...) creencias, mitos también y formación; generalmente se replican patrones de (...) conducta, comportamiento (...) y donde también hay una carga social también súper importante...” (E.1)*

En tanto la relevancia de la sexualidad en personas adultas mayores, para los

profesionales es una vivencia que se ve condicionada por el contexto en el que se desarrolla la persona, por creencias personales, sociales y estigmas que se generan en la sociedad en torno a la sexualidad, por ello consideran que la sexualidad tiene un gran impacto en la salud de las personas y debiese ser abordado por profesionales en los controles de salud.

*“...Hay como un doble discurso entre lo que es la publicidad y la sexualidad, por una parte una sociedad (...) se escandaliza porque una mujer dé pecho en la calle, pero... los cánones de belleza tienen que ver con (...) con mostrar la mayor parte del cuerpo o conductas o la música que también está muy sexualizada y tenemos a niños escuchando canciones súper fuertes en lo que es inclusive con violencia sexual y la escuchan desde chicos, entonces hay un doble discurso...”(E.1)*

*“...porque no solo es la sexualidad del adulto mayor somos una sociedad y estamos insertos en una cultura que estigmatiza la sexualidad general...”(E.4)*

*“...debiese estar dentro de nuestro ejercicio y lamentablemente va más enfocado a lo que hace cada uno desde sus motivaciones, sus creencias más que la orientación programática o clínica...”(E.1)*

Los factores que los profesionales identificaron como influyentes a la hora de valorar la sexualidad son personales del profesional, personales de los usuarios que

entrevistan, así como aquellos factores estructurales (del servicio y sistema por el que se atienden) sociales y culturales. Es de esta forma que la diferencia generacional, estigmas sociales, la falta de conocimientos sobre la sexualidad y cómo abordarla generan dificultades para los profesionales para tratar temas de sexualidad con las personas que atienden, así como la ausencia de un programa de salud sexual o instrumento dedicado a la valorar sexualidad. Por otro lado el establecer una relación terapéutica fortalece la relación con las personas atendidas y facilita que se traten estos temas considerados socialmente difíciles o bien tabúes.

*“...hay como un miedo a faltar el respeto a los usuarios o a ser inadecuado, pero igual uno trata así como (...) hablando la sexualidad en el fondo sin vergüenza...”(E.3)*

Identificando fortalezas y debilidades a la hora de valorar la sexualidad en la atención de salud reconocen como principal debilidad del profesional de enfermería la falta de conocimiento y de formación específica en temas de sexualidad durante su formación como profesionales, en contraparte, la continuidad del cuidado y establecer una relación terapéutica son vistos como la principal fortaleza que tiene el profesional para valorar sexualidad. Así mismo identifican como principal debilidad de la comunidad el desconocimiento, pues genera

creencias que son expuestas como negativas para el adulto mayor.

*“...falta formación específica para abordar estos temas es en el pre-grado o si entregan herramientas, son las mismas que se utilizan para adultos y en el resto de las atenciones...”(E.3)*

*“...la ventaja igual que tenemos una continuidad de la atención, entonces vamos generando un vínculo, la gente nos conoce, nos valida, nos reconoce, esas mismas herramientas nos pueden servir para después de un proceso...”(E.1)*

Uno de los resultados más inesperados que obtuvimos fue la necesidad sentida por parte de las/os profesionales de Enfermería de tener un instrumento para valorar la sexualidad en las personas adultas mayores, además de querer generar instancias en donde junto a la comunidad de hable del tema .

*“...hace falta un instrumento para ir unificando criterio, oye como tu preguntai esto? Qué te parece de la siguiente forma? Yo creo que a base de este instrumento se generarían diálogos, porque se estructuraría (...) la consulta, sería una buena iniciativa...” (E.2)*

*“...recuerdo que en algún curso (...) de educación popular trabajamos con unos juegos de sexualidad del adulto mayor y fue súper entretenido y es mucho más fácil, (...)*

*mucho más adecuado trabajarlo con (...) grupos de adulto mayor, entonces sería igual súper bueno tener (...) herramientas de ese estilo para abordar el tema...”(E.4)*

## DISCUSIÓN

Las primeras impresiones que deja la investigación es que las/os Enfermeros del centro de salud familiar sí evaluaban la sexualidad de los adultos mayores, pero en comparación con el estudio “*Valoración del patrón de la sexualidad en las personas usuarias de los servicios sanitarios*”(Manuel Muñoz Martín, 2013), en donde se dice que los profesionales de la salud no valoran este tópico principalmente para no sentirse incómodos con ellos mismos, encontramos semejanzas con los resultados del estudio ya que acá también los participantes refieren incomodidad al evaluar la sexualidad del adulto mayor: “...hay como un miedo a faltar el respeto a los usuarios o a ser inadecuado, pero igual uno trata así como (...) hablando la sexualidad en el fondo sin vergüenza...”(E.3), sin embargo, en las consultas son mayormente los adultos mayores quienes no hablan mucho de su sexualidad aunque los profesionales intentan guiar la conversación hacia este tópico.

Ahora otra concordancia que encontramos con respecto a la literatura se da en El estudio “*Realities in the sexuality of the Cuban elderly*” (Rodríguez Cabrera, 2015), que muestra en sus resultados que no existe un enfoque multidisciplinario en la

valoración de la sexualidad en personas mayores debido a influencias culturales negativas sobre ésta, esto se condice con los resultados obtenidos en la investigación en donde los/as Enfermeros/as participantes evidencian estos obstáculos tanto culturales como sociales, además de evidenciar la estigmatización social que sufre la sexualidad, no tan solo de los adultos mayores sino que en todas las edades.

En lo que respecta al ámbito de Enfermería como tal nos encontramos con que los Profesionales de la salud entrevistados tenían una crítica hacia los lineamientos que se tienen en este momento a nivel ministerial, en donde no se le da la importancia que ellos creen que debería tener la sexualidad, es aquí en donde ellos plantean una mayor integración de este tópico en los controles y la creación de un instrumento formal de valoración, además de generar instancias en donde se incorpore a la población para de esta forma generar instancias de educación y discusión sobre la sexualidad.

Sumada a la crítica anterior, también cuestionan la formación que han recibido de sus respectivas escuelas, pues frente a la necesidad o dudas de las personas que atienden, de valorar o resolver dudas respecto a su sexualidad, han notado la falta de una formación dirigida a esta temática, limitando la valoración holística e integral que pretenden realizar con cada una de las personas que atienden.

## CONCLUSIONES

El envejecimiento poblacional es una realidad en Chile, que como enfermeros (as) nos propone desafíos en relación a la valoración de la sexualidad debido al aumento de las infecciones de transmisión sexual sumado a los obstáculos sociales, culturales, personales y estructurales que limitan una valoración integral y que por consiguiente promueve la obnubilación de la verdadera salud de la sexualidad en los adultos mayores y un riesgo un mayor aumento de estas. Esto, resulta relevante para enfermería ya que un obstáculo es el propio profesional el cual debe abordar siempre esta temática en cada control reconociendo y validando la sexualidad de los adultos mayores. Para esto es primordial eliminar estos prejuicios sociales, culturales tanto en el ámbito de la salud como en nuestro país de manera que se evidencie la deficiencia que existe y se creen programas dedicados a la sexualidad durante todo el ciclo vital, donde la de los adultos mayores deje de estar sesgada y se comience a visualizar y tratar con nuevos programas y trabajos comunitarios en conjunto con el Ministerio de Salud.

Finalmente es importante que enfermeros(as) tengan una formación integral, donde se enseñe sobre sexualidad para superar estas barreras, refiérase a el estigma y el miedo existente, ya que su rol en este caso debe ser predominantemente preventivo y promocional mediante la formación de un vínculo terapéutico y la educación en

sexualidad, abordando todos los ámbitos del ciclo vital tanto en atención primaria como en los distintos niveles del sistema de salud, siendo nuestro principal objetivo por la realidad y necesidad actual, valorar la sexualidad de los adultos mayores.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro, R. (1992). *Aplicacion del proceso de Enfermería*. Barcelona: DOYMA.
- Álvarez Suarez, J., Castillo Arevalo, F., Fernandez Fidalgo, D. & Muñoz Melendez, M. (2010). *Manual de valoración de patrones funcionales*. Servicio de Salud de principado de Asturias. Recuperado de <https://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%20NOV%202010.pdf>
- Bauer, M., Haesler, E. & Fetherstonhaugh, D.. (2015). Let's talk about sex: older people's views on the recognition of sexuality and sexual health in the health-care setting. *Health Expectations*, 19, 1237-1250. doi/10.1111/hex.124189. 10.1111/hex.12418.
- Instituto Nacional de Estadística (2018). *Adulto Mayor en Chile, enfoque estadístico CENSO 2017*. Santiago: Instituto Nacional de Estadística.
- Muñoz Martín, M. (2013). *Valoración del patrón sexualidad en las personas usuarias de los servicios sanitarios*. Universidad del Mar. Recuperado de [https://repositori.upf.edu/bitstream/handle/10230/20955/Mu%C3%B1oz\\_2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositori.upf.edu/bitstream/handle/10230/20955/Mu%C3%B1oz_2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Navarro Sarabia, J. I., Rodríguez López, C.M<sup>a</sup>., Garrido Fernández,

- P., de la Rosa Herrera, E., Moreno Martínez, A. & Robles López, A. (2013). Valoración del patrón de la sexualidad: atención integral de la salud de las personas. *Enferm. Glob*, 12( 31 ), 1-13.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Sexualidad. 2018, de OMS* Recuperado de: <http://formacion-integral.com.ar/website/?p=17>
  - Rodríguez Cabrera, A., Álvarez-Vázquez, L. & Sanabria Ramos, G. (2015). Realities in the sexuality of the cuban elderly. *Horizonte Sanitario* . Recuperado de <http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/781>
  - Vera, M. (2014). Virginia Henderson, The first Lady of Nursing. 2019, de NurseLabs Recuperado de <https://nurseslabs.com/virginia-henderson/>
  - Watson, J. (1979). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Boston: University Press of Colorado.



*HISTORIA*

**La relación enfermera-paciente: identidad histórica, metodológica y terapéutica en los cuidados de enfermería**

**The nurse-patient relationship: historical, methodological and therapeutic identity in nursing cares**

**Relação enfermeiro-paciente: Identidade histórica, metodológica e terapêutica no cuidado de enfermagem**

**Regina Allande Cussó<sup>1</sup>, Juana Macías Seda<sup>2</sup>, Ana María Porcel Gálvez<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Profesora Asociada, Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla. Correo electrónico: rallande@us.es

<sup>2</sup>Profesora Titular, Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla. Correo electrónico: jmseda@us.es

<sup>3</sup>Directora del Departamento y Profesora Titular, Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla. Correo electrónico aporcel@us.es

Cómo citar este artículo en edición digital: Allande Cussó, R., Macías Seda, J. & Porcel Gálvez, A.M. (Año 2019). La relación enfermera-paciente: identidad histórica, metodológica y terapéutica en los cuidados de enfermeira. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 23 (55) Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.55.08>

Correspondencia: Universidad de Sevilla. C/ Avenzoar s/n 41004  
Correo electrónico de contacto: [rallande@us.es](mailto:rallande@us.es)



Recibido:02/09/2019

Aceptado:09/11/2019

**ABSTRACT**

**Introduction:** The nurse-patient relationship allows the development of the nursing care, being the context in which there is an interaction between nurse and patient, executing a care plan by nurse to achieve health results.

**Objective:** Reflect about the identity and importance of the nurse-patient relationship in nursing care.

**Method:** Reflective and theoretical analysis about the fundamental, methodological and clinical identity of

the nurse-patient relationship in nursing care. **Result:** The discussion argues the interest of the nurse-patient relationship as an object of study from the beginning of the discipline, as well as its importance in all the methodological processes that underlie nursing care, and its therapeutic consequences on the patient's health situation. **Conclusion:** The importance and presence of the nurse-patient relationship identify it as a basic pillar of the nursing cares comprehensive development.

**Keywords:** Nursing-patient relationship, methodology, nursing care, philosophy.

**RESUMEN**

**Introducción:** La relación enfermera-paciente permite desarrollar el cuidado enfermero, siendo el contexto en el que se da una interacción entre ambos con el objetivo de ejecutar un plan de cuidados y conseguir resultados en salud. **Objetivo:** Reflexionar acerca de la identidad e importancia de la relación enfermera-paciente en los cuidados de enfermería.

**Método:** Análisis teórico reflexivo acerca de la identidad de la relación enfermera-paciente desde una perspectiva fundamental, metodológica y clínica en los cuidados de enfermería. **Resultado:** La discusión argumenta el interés de la relación enfermera-paciente como objeto de estudio desde los inicios de la disciplina, así como su importancia en todos los procesos metodológicos que subyacen a los cuidados enfermeros, y las consecuencias terapéuticas de la misma sobre la situación de salud del paciente. **Conclusión:** La relación enfermera-paciente permite desarrollar el cuidado enfermero, y su importancia y presencia en los cuidados enfermeros la identifican como un pilar básico para el desarrollo del mismo en todas sus dimensiones.

**Palabras clave:** Relaciones enfermero-paciente, metodología, atención de enfermería, filosofía.

**RESUMO**

**Introdução:** A relação enfermeiro-paciente permite desenvolver o cuidado de enfermagem, sendo o contexto em que há interação entre ambos com o objetivo de executar um plano de cuidados e alcançar resultados de saúde.

**Objetivo:** Refletir sobre a identidade e importância da relação enfermeiro-paciente na assistência de enfermagem.

**Método:** Análise teórico-reflexivo sobre a identidade da relação enfermeiro-paciente a partir de uma perspectiva fundamental, metodológica e clínica no cuidado de enfermagem.

**Resultado:** A discussão discute o interesse da relação enfermeiro-paciente como objeto de estudo desde o início da disciplina, bem como sua importância em todos os processos metodológicos que fundamentam a

assistência de enfermagem, bem como as consequências terapêuticas da mesma na situação de saúde do paciente.

**Conclusão:** A relação enfermeiro-paciente permite o desenvolvimento do cuidado de enfermagem, e sua importância e presença na assistência de enfermagem o identifica como pilar básico para desenvolvimento do cuidado em todas as suas dimensões.

**Palavras chave:** Relações enfermagem-paciente, metodologia, cuidado de enfermagem, filosofia.

**INTRODUCCIÓN**

La relación enfermera-paciente fue conceptualizada como una relación de ayuda; su objetivo es facilitar que la persona, que se encuentra en una situación de salud determinada, identifique dicha situación y si cabe, seleccione la mejor estrategia para solucionarla (Cibanal & Arce, 2009; Olshansky, 2007). Además, supone la creación de relaciones humanas que potencian a actitudes facilitadoras de la interacción, y conlleva un intercambio humano y personal entre dos sujetos basado en la comunicación interpersonal (Caroliny, Aparecida, Gonçalves, de Paiva, & de Carvalho, 2019; Cibanal & Arce, 2009; Olshansky, 2007). En éste, el profesional de enfermería debe captar las necesidades del paciente con el fin de ayudarlo a descubrir otras posibilidades de percibir, aceptar y hacer frente a su situación de salud (Cibanal & Arce, 2009; Olshansky, 2007). Esta relación es un proceso interpersonal, en el que se gesta y desarrolla la confianza mutua (Hagerty & Patusky, 2003). Además, permite la implementación del cuidado

enfermero y a su vez, es la esencia de la disciplina enfermera, siendo la base de los cuidados enfermeros (Hagerty & Patusky, 2003; Olshansky, 2007). Es necesario pues, reflexionar acerca su identidad, entendida como presencia e importancia, en los cuidados enfermeros.

### **IDENTIDAD HISTÓRICA**

La disciplina enfermera, a lo largo de su evolución histórica, ha estado influenciada por diferentes perspectivas paradigmáticas. Entre ellas, se encuentra la perspectiva interactiva-integrativa, donde la persona es considerada como un ser holístico, que necesita de la interacción con otras personas y experiencias de vida, para encontrar su significado personal (Fawcett, 2013). Esta perspectiva fundamentó la aparición de la Escuela de la Interacción, cuyas teorías entienden comúnmente que el cuidado de enfermería es una relación humana y social, basado en una relación con el paciente (Raile, 2010).

La “escuela de la interacción” emergió en los años 50 del siglo XX, muy vinculada a la teoría psicoanalítica y a la fenomenología existencialista, que dominaban el panorama filosófico del momento histórico. También se enriqueció, algunos años más tarde, con la teoría humanista que apareció tras la 2ª Guerra Mundial (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, & Major, 2007). En esencia, el cuidado se consideró como un proceso interactivo entre una persona que necesita

cuidados y otra que es capaz de proveerlos (Fawcett, 2013). Además, esta última, el profesional de enfermería, debe clarificar sus valores, y convertirse ella misma en instrumento terapéutico, adquiriendo en todo momento un compromiso con el cuidado y la persona cuidada (Fawcett, 2013).

Entre las teóricas de la Escuela Interaccionista, encontramos a Peplau, Orlando, o Travelbee, que apostaron por centrar los cuidados enfermeros en la relación con el paciente (Fawcett, 2013). Le siguieron Paterson, Zderad, y Katie Eriksson, que sin perder de vista el mismo objeto de estudio, completaron sus teorías con aportaciones todavía más humanistas, considerando la interacción como un fenómeno existencial en sí (Raile, 2010). Destaca por la amplia literatura existente, la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson, como máximo exponente de los cuidados humanizados en enfermería (Pokorny, 2010). Sus asunciones filosóficas entienden que la relación enfermera-paciente es un proceso transpersonal; esto es, un proceso entre dos personas, con una dimensión propia y personal, en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad, y el compromiso con la acción de cuidar de ambos (Jesse, 2011). Además, la misma teoría integra los aspectos científico-técnicos de los cuidados enfermeros con los aspectos psicosociales y humanísticos de la persona, convirtiéndola en una teoría holística (Jesse, 2011; Pokorny, 2011).



Dada la presencia constante, a lo largo de la historia de la disciplina enfermera, del concepto de relación enfermera-paciente, y su evolución conceptual, es posible dotar de identidad histórica al constructo; ello, hace necesario reconsiderarlo como fundamento de los cuidados en enfermería.

### IDENTIDAD METODOLÓGICA

Desde un punto de vista metodológico, los cuidados de enfermería se han descrito como un proceso, concebido como una secuencia de etapas correlativas e interrelacionadas (Wilkinson, 2012). Por tanto, es necesario establecer una relación entre el profesional de enfermería y la persona cuidada, con el objetivo de instaurar y desarrollar el proceso de atención enfermera. Esta relación es esencial para el desempeño de la práctica profesional enfermera, ya desde la primera fase del proceso de cuidados (Ramírez & Müggenburg, 2015). Éstos, se materializan en intervenciones enfermeras, que deben responder a un proceso científico de toma de decisiones a partir de una fase inicial como es la valoración (Wilkinson, 2012). La búsqueda e identificación de dichas intervenciones debe hacerse a partir de la taxonomía *Nursing Interventions Classification (NIC)*, que utiliza un lenguaje normalizado y global para describir las intervenciones del profesional de enfermería en los problemas de salud detectados, basadas todas ellas en investigaciones recientes que sustentan la evidencia

científica de dichas intervenciones (Bulechek G, Butcher H, Dochterman JM, 2013; Wilkinson, 2012). De los 7 campos que la componen, merece especial mención, por su implicación directa con la relación enfermera-paciente, el campo conductual. En él, destaca la intervención *5000: Elaboración de relaciones complejas*, definida en la taxonomía como el establecimiento de una relación terapéutica con un paciente para promover la introspección y el cambio conductual (Bulechek G, Butcher H, Dochterman JM, 2013). En esencia, esta NIC representa el objetivo principal de cualquier relación enfermera-paciente (Olshansky, 2007), y queda definida pues, desde un punto de vista metodológico, como una intervención enfermera sistematizada (Bulechek G, Butcher H, Dochterman JM, 2013; Wilkinson, 2012). Otras intervenciones enfermeras, susceptibles de ser identificadas como necesarias durante la fase de planificación de cuidados del proceso enfermero, también participan en el establecimiento, mantenimiento, y/o desarrollo de la relación enfermera-paciente (Wilkinson, 2012). Entre otras, se encuentran las intervenciones *4470 Ayuda en la modificación de sí mismo*, *4410 Establecimiento de objetivos comunes*, *4920 Escucha activa*, *5340 Presencia*, o *5270 Apoyo emocional*. Así, algunas de las intervenciones habituales del profesional de enfermería ante los diferentes problemas de salud de la persona, giran comúnmente en torno a la relación enfermera-paciente. Ello

se hace necesario porque si no existe relación o interacción, es difícil implementar siquiera una valoración enfermera (Olshansky, 2007). De igual forma, existen criterios de resultado que permiten la medición del establecimiento y/o desarrollo de la relación enfermera-paciente, y quizás, se posicionan como resultados intermedios (Wilkinson, 2012); esto es, su consecución vehicula la progresión de los cuidados enfermeros hacia otras intervenciones más específicas de la situación de salud del paciente. Éstos, seleccionados a partir de la taxonomía *Nursing Outcomes Classification (NOC)*, se definen como estado, conducta o percepción de la persona, medida a lo largo de un continuo, en respuesta a una o a varias intervenciones enfermeras (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2013). Así, criterios de resultado como *0902 Comunicación*, *1300 Aceptación: Estado de Salud*, *1302 Afrontamiento*, o *1201 Esperanza*, pueden pensarse en realidad como resultados preliminares, que han de facilitar el avance del plan de cuidados, implementando otras intervenciones para el logro del resultado final esperado. De nuevo, es preciso reconsiderar la relación enfermera-paciente, ahora como medio para facilitar la progresión de los resultados del plan de cuidados diseñado.

### **IDENTIDAD CLÍNICA**

Los efectos del establecimiento de la relación enfermera-paciente, desde una perspectiva clínica, respecto a la

consecución de los objetivos de los cuidados enfermeros, han sido tratadas en la literatura (Müggenburg & Riveros, n.d.; Ramírez & Müggenburg, 2015). En este sentido, la adecuada interacción enfermera-paciente disminuye significativamente la ansiedad de la persona cuidada. Además, las medidas de confort físico y otros elementos de la propia comunicación, como la presencia, y escucha activa, mejoran cifras tensionales, los trastornos del sueño y el estrés de los pacientes hospitalizados (Ramírez & Müggenburg, 2015). La interacción enfermera-paciente también reduce la estancia hospitalaria, e incrementa la satisfacción del paciente con los cuidados recibidos (Müggenburg & Riveros, n.d.). Además, la falta de comunicación con el paciente supone un riesgo para el mismo; es decir, dada la falta de expresión de las necesidades de la persona, debido a una pobre interacción entre enfermera y paciente, puede relacionarse con la aparición de efectos adversos o incidentes, relacionados con la seguridad clínica (Baer & Weinstein, 2013).

### **CONCLUSIÓN**

Resulta innegable la identidad y presencia de la relación enfermera-paciente, desde una perspectiva fundamental, en los cuidados de enfermería (Fawcett, 2013; Pokorny, 2010; Raile, 2010). La evolución histórica de la disciplina enfermera demuestra la preocupación fundamental por

la relación con el paciente como punto de partida del cuidado. Aun considerando otras líneas teóricas, es difícil implementar el cuidado enfermero, en todas sus dimensiones, sin la interacción con el paciente. Con ello, se convierte en una intervención enfermera básica en sí misma (Bulechek G, Butcher H, Dochterman JM, 2013). Si ésta no acontece, la valoración enfermera, entendida como un proceso de recogida de datos, mediante la observación, entrevista, y exploración, no puede materializarse (Wilkinson, 2012). La entrevista, como método verbal, se nutre de información recogida, que no será del todo veraz o exhaustiva si la interacción de cuidado no se caracteriza por elementos tan básicos como la escucha activa, confianza, presencia, o intimidad (Cibanal & Arce, 2009). Además, posee efectos terapéuticos de forma intrínseca, y es justificable pensar que su implementación es totalmente necesaria para la consecución de resultados en salud. (Baer & Weinstein, 2013; Müggenburg & Riveros, n.d.; Ramírez & Müggenburg, 2015).

El papel protagonista de la interacción enfermera-paciente para el desarrollo, mantenimiento, y éxito del cuidado enfermero es poco cuestionable. Por ello, su reconsideración como elemento imprescindible para la implementación del cuidado es necesaria, a tenor de la identidad fundamental, metodológica y clínica que le son inherentes.

## BIBLIOGRAFÍA

- Baer, L., & Weinstein, E. (2013). Improving oncology nurses' communication skills for difficult conversations. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17(3), 45–51.
- Bulechek G, Butcher H, Dochterman JM, W. C. (2013). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (6a). Editorial Mosby.
- Caroliny, B., Aparecida, L., Gonçalves, A., de Paiva, R., & de Carvalho, S. (2019). Comunicación interpersonal y su implicación en la enfermería. *Cultura de Los Cuidados*, 53, 230–238.
- Cibanal, J., & Arce, M. (2009). *La relación enfermera-paciente* (3a ed.). Medellín-Colombia: Editorial Universidad de Antioquia - Colección Salud Enfermería.
- Fawcett, J. (2013). *Analysis and Evaluation of Nursing Theories. In Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories* (p. Cap. 3). Philadelphia: Davis.
- Hagerty, B., & Patusky, K. (2003). Reconceptualizing the nurse-patient relationship. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(2), 145–150.
- Jesse, D. (2011). Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson. In Jean Watson (Ed.) *Modelos y teorías de enfermería* (pp. 91–112). Madrid: Elsevier.
- Kérouac, S., Pepin, I., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (2007). *El pensamiento enfermero* (5a ed.). Barcelona: Elsevier- Doyma: Mason.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2013). *Nursing Outcomes Classification (NOC)* (5a). Mosby.
- Müggenburg, M., & Riveros, A. (n.d.). Interacción enfermera-paciente y su repercusión en el cuidado hospitalario. Parte 1. *Revista de Enfermería Universitaria Eneo-UNAM*, 9(1), 36–44.
- Olshansky, E. (2007). What do we mean by compassion and caring in nursing and why does it matter anyway? *Journal of Professional Nursing*, 23, 247–248.

- Pokorny, M. (2010). Nursing Theorists of Historical Significance. In A. Marriner & M. Raile (Eds.), *Nursing Theorists and Their Workork* (7th ed., pp. 50–70). Mosby- ElSevier.
- Pokorny, M. (2011). Teorías en enfermería de importancia histórica. In A. Marriner & M. Raile (Eds.), *Modelos y teorías de enfermería* (7th ed., pp. 50–70). Barcelona: ElSevier.
- Raile, M. (2010). Nursing theorists an their works. In A. Marriner & M. Raile (Eds.), *Nursing Theorists and Their Workork* (7th ed., pp. 3–14). Mosby- ElSevier.
- Ramírez, P., & Müggenburg, C. (2015). Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Revista Enfermería Universitaria*, 12(3), 134–143.
- Wilkinson, J. (2012). *Nursing process and Critical Thinking* (5th ed.). Pearson.



## Consideraciones sobre el cirujano comadrón en los siglos XVIII y XIX, el caso de Vitoria (Álava, España)

Considerations on the midwife surgeon in the 18th and 19th centuries, the case of Vitoria (Álava, Spain)

Considerações sobre o cirurgião parteiro nos séculos XVIII e XIX, o caso de Vitoria (Álava, Espanha)

**Manuel Ferreiro Ardións<sup>1</sup>, Juan Lezaun Valdubieco<sup>2</sup>, Flor Correyero Tadeo<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Doctor en Geografía e Historia, enfermero. Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU), Facultad de Medicina y Enfermería, Departamento de Enfermería. Correo electrónico: manuel.ferreiro@ehu.eus

<sup>2</sup>Doctor por la UPV/EHU, enfermero. Osakidetza/ Servicio Vasco de Salud, OSI Araba. Correo electrónico: juanmariajusto.lezaun@osakidetza.eus

<sup>3</sup>Licenciada en Historia, matrona. Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria-Gasteiz/ Vitoria-Gasteizko Erizaintzako Unibertsitate-Eskola. Correo electrónico: flor\_correyero@ehu.eus

Cómo citar este artículo en edición digital: Ferreiro-Ardiós, M., Lezaun-Valdubieco, J. & Correyero-Tadeo, F. (Año 2019). Consideraciones sobre el cirujano comadrón en los siglos XVIII y XIX, el caso de Vitoria (Álava, España). *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 23 (55) Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.55.09>

Correspondencia: Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU). Facultad de Medicina y Enfermería - Sección Enfermería Campus de Leioa (Bizkaia). B° Sarriena s/n. 48940 Leioa (Bizkaia). Correo electrónico de contacto: [takaoguisso@usp.br](mailto:takaoguisso@usp.br)



Recibido:08/10/2019

Aceptado:14/10/2019

### ABSTRACT

The gradual assumption of the Art of Parting by Surgery since the eighteenth century is seen, from the current historiography of midwives, as an illegitimate usurpation protected by a legal

corpus supported by a non-objectified premise: that of the high human cost derived from the inexperience of midwives that would be remedied by the competence of surgeons. Focusing on the second aspect, the objective is to know if the surgeons showed that competence in birth. After the review of primary documentation of the 18th and 19th centuries in the city of Vitoria (Álava, Spain), there have been

identified 3 direct actions of surgeons in relation to birth, 7 indirect or contextual actions and 3 expert opinions that allow to establish that the surgeons who exercised in Vitoria lacked of demonstrated competences on childbirth both before 1750 and after, when it was requisite to examine themselves to practice as a midwife surgeon, not appreciating more line of development of those competences than the one that can be conjectured by the continuity in the municipal contract replacing midwives; although documentally this continuity came from the economic difficulties of the city council and not from the greater competences demonstrated by the surgeons.  
**Keywords:** midwives, surgery, obstetrics, history 18th-19th Century, Vitoria.

### RESUMEN

La paulatina asunción del Arte de Partear por la Cirugía desde el s. XVIII es vista, desde la historiografía actual de las matronas, como una usurpación ilegítima amparada por un corpus legal sustentado en una premisa no objetivada: el alto coste humano derivado de la impericia de las matronas que se remediaría por la competencia de los cirujanos. Centrándonos en esto último, se plantea el objetivo de conocer si los cirujanos demostraron esa competencia en el parto.

Tras la revisión de documentación primaria de los siglos XVIII y XIX en la ciudad de Vitoria (Álava, España), se han identificado 3 acciones directas de los cirujanos en relación al parto, 7 acciones indirectas o contextuales y 3 opiniones expertas que permiten establecer que los cirujanos que ejercieron en Vitoria carecieron de competencias demostradas sobre el parto tanto antes de 1750 como después, cuando era requisito examinarse para ejercer como cirujano comadrón. Solo desde la continuidad del contrato al cirujano podría conjeturarse algún desarrollo de esas competencias; si bien, documentalmente, dicha continuidad provino de las dificultades económicas del ayuntamiento y no de las mayores competencias demostradas por los cirujanos.

**Palabras clave:** matrona, cirugía, obstetricia, historia del siglo XVIII-XIX, Vitoria.

### RESUMO

O gradual domínio da arte de Partear pela cirurgia do s. XVIII é visto a partir da historiografia atual de parteiras, como uma usurpação ilegítima coberto por um corpus legal em uma premissa não suportado objetivado: o custo humano elevado decorrente da incapacidade de parteiras para ser remediado por cirurgiões concorrência. Com foco no último, o objetivo é saber se os cirurgiões demonstraram essa competência no parto.

Depois de analisar documentos primários dos séculos XVIII e XIX na cidade de Vitoria (Álava, Espanha), identificaram 3 ações diretas de cirurgiões sobre o parto 7 ações indirectas ou contextuais e 3 análises de peritos para estabelecer que cirurgiões que se exercitaram em Vitória faltava comprovada habilidades parto antes e depois de 1750, quando ele foi examinado exigência para a prática de cirurgia comadrón. Somente a partir da continuidade do contrato com o cirurgião algum desenvolvimento dessas competências poderia ser conjecturado; embora, documentalmente, essa continuidade viesse das dificuldades econômicas do município e não das maiores competências demonstradas pelos cirurgiões.

**Palavras-chave:** parteira, cirurgia, obstetrícia, história dos séculos XVIII-XIX, Vitória.

### INTRODUCCIÓN

En la historia profesional de las matronas, el dibujo de Isaac Cruikshank de 1793 (The British Museum), “A Man-midwife” (un hombre-partera), representa nítidamente el punto de corte en el que aquellas perderán su autonomía y paulatinamente serán sustituidas por cirujanos. Quizá por las bondades didácticas de la imagen sobre la palabra, consideramos

que transmite mucho mejor la representación colectiva de los ilustrados del XVIII sobre las matronas (Ferreiro y Lezaun, 2015) que el documento de corte utilizado en España, la Real Cédula de Fernando VI de 1750 (García y García, 1999).

El cirujano masculino en su immaculado ambiente profesional e instrumentalizado contra la partera femenina en su ambiente doméstico desvencijado y manual, que dibuja satíricamente Cruikshank, expone el pensamiento colectivo de los grupos de poder protoliberales que finiquitarán el Antiguo Régimen y ello, para las matronas, tuvo una mayor consecuencia que la legislación: primero, porque esta última fue sistemáticamente incumplida (Ortiz, 1996a) y, segundo, porque su marcado énfasis punitivo no se basaba en ningún dato fiable, solo en la opinión de aquellos grupos de poder (Ferreiro y Lezaun, 2008).

Probablemente pueda hacerse también una lectura política de ambos documentos desde las propias diferencias en el paso de la modernidad a la contemporaneidad del contexto británico y del español, pero lo fundamental es que no pueden desligarse las dos ideas que transmiten a riesgo de obviar la complejidad de las causas que llevaron a la pérdida de la autonomía profesional de las matronas.

Desde el conocido trabajo de Ortiz Gómez (1996a) se asume sin rechazo que el regreso del Arte de Partear a la evaluación por parte del Protomedicato en la segunda mitad del siglo XVIII no supuso

ninguna salvaguarda de la capacitación de las matronas, sino más bien el salvoconducto oficial que necesitaba la Cirugía para hacerse con el control del último reducto sobre el cuerpo que le quedaba, la sexualidad femenina (Foucault, 1992). Las lecturas revisionistas de aquellos acontecimientos tienden a hacerse hoy, por las matronas y profesiones afines, desde perspectivas de género y de control social que, sin embargo, no han alcanzado aún a otros destinatarios fundamentales, caso de los profesionales de la Historia, quienes, aun desde planteamientos femeninos y de la mentalidad -valga como ejemplo el trabajo de Manzanos y Vives (2005)-, suscriben la historia oficial construida por los grupos de poder interesados en mantener que la Cirugía salvó de una muerte cierta a miles de parturientas

A día de hoy, ninguna matrona duda de que el parto natural no requirió de la usurpación quirúrgica como salvaguarda de crimen alguno, y, por tanto, que la premisa inicial de la Real Cédula de Fernando VI de 1750 era falsa. Evidenciarlo objetivamente, sin embargo, es complejo desde la carencia de datos coetáneos fiables sobre mortalidad materna y perinatal, de manera especial en comparativas matrona-cirujano, pero puede hacerse de manera indirecta desde la capacitación profesional, cuestión fundamental en cuanto que la Real Cédula contraponía la impericia de las parteras a las competencias de los cirujanos (Ortiz, 1996b).

Se propone, por tanto, un acercamiento a la cuestión desde el análisis de las competencias demostradas en el parto por aquellos cirujanos que suplantaron a las matronas en un entorno urbano, tal como sucedió en la ciudad de Vitoria (Álava), en el entorno temporal de la Real Cédula de 1750.

La precisión del entorno urbano es requerida, pues, como es sabido, el número de cirujanos apenas fue capaz de cubrir las grandes poblaciones y solo en ellas se documentan el cese del contrato municipal a las matronas para formalizarlo con el cirujano, quedando el entorno rural relativamente ajeno a la problemática.

Como objetivo general se plantea conocer si los cirujanos que ejercieron en Vitoria con anterioridad y posterioridad a 1750 (Real Cédula de Fernando VI), tomando un intervalo entre 1714 (fin de la guerra de sucesión) y 1857 (Ley de Instrucción Pública o Ley Moyano) reunían competencias suficientes para suplantar la labor de las matronas en la asistencia al parto.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Revisión de fuentes primarias de los siglos XVIII y XIX en el ámbito geográfico de la ciudad de Vitoria (Álava, España).

Dichas fuentes se encuentran bien sistematizadas y ya han sido exploradas con anterioridad por nuestro grupo de investigación. La documentación histórica

se halla repartida entre el archivo municipal de Vitoria (AMV) y el archivo del Territorio Histórico de Álava (ATHA), la civil en el archivo Histórico Provincial de Álava (AHPA) y la eclesiástica en el archivo Histórico Diocesano de Vitoria (AHDV). Finalmente, los textos bibliográficos coetáneos al periodo cuentan con un espacio especializado, la Fundación Sancho el Sabio (FSS), centro de referencia en la documentación sobre la cultura vasca que atesora la mayor colección textual e iconográfica de ese entorno.

La reducción del espacio geográfico a Vitoria es oportunista, en cuanto que ya se dispone de un conocimiento sólido sobre su devenir en el periodo, se ha manejado gran parte de sus fondos archivísticos y, sobre todo, hay certeza de la suplantación en el contrato municipal de las matronas por un cirujano comadrón.

Por su parte, la elección del entorno temporal es meramente convencional pues no se atiende con rigidez a esas fechas que se eligen por representativas. El corte de 1714 presenta una coincidencia temporal entre la llegada de la administración borbónica y cambios trascendentales para las matronas vitorianas, y el de 1857 perfectamente podría ser sustituible por 1861, con la reglamentación de 21 de noviembre del título de matrona, que representa cierta restitución competencial para las matronas, aunque no volverán a ser figura central en la asistencia materno-infantil hasta el seguro de



maternidad [Decreto-Ley del 22 de marzo de 1929] (Torres et al, 2016).

## RESULTADOS

La documentación revisada ha permitido identificar 3 acciones directas de los cirujanos vitorianos del XVIII y XIX en relación al parto, 7 acciones indirectas o contextuales y 3 opiniones expertas que permiten aproximarse a la realidad de sus competencias. Los principales resultados se presentan siguiendo un orden cronológico.

Hasta 1720 la autorización para ejercer como matrona en Vitoria o ser contratada por el municipio para la asistencia de pobres, menesterosas y la Casa de Corrección se basaba en referencias de tres tipos: con quién se había formado, la opinión de las poblaciones donde había ejercido, y si había sido autorizada en otras villas de importancia.

Ese año, por primera vez, se documenta que el ayuntamiento vitoriano hace examinar a una aspirante a segunda matrona municipal y a la ya titular, a pesar de llevar esta última ejerciendo 8 años en Vitoria con contrato municipal y estar autorizada por el protomedicato de Navarra. Los examinadores son los dos médicos municipales ya que no hay cirujanos latinos en la ciudad: “los zirujanos que ay en ella los son solamente Romanzistas [...] sin que ninguno de ellos sea Latino” (AMV, 1728).

En 1736 se contrata por primera vez a un cirujano latino al considerarse la situación insostenible: “se avian dejado morir miserablemente padeciendo dichas

enfermedades con el desconsuelo de no aver en esa ciudad quien pudiese entender de su curacion, pues aunque avia otros cirujanos estos, por la falta de practica y experiencia en dichas enfermedades no heran para las curaciones grandes [...] menos estavan instruidos en la anatomia, expecialmente, en algunos casos que se solian ofrecer poco bersados y conocidos de los Artifizes que comunmente asistian en esa Ciudad” (AMV, 1736).

De 1736 a 1768 se suceden tres cirujanos franceses. Del primero no documentamos ninguna alusión en relación a las matronas, mientras que a los otros dos se les cita como parteros.

Pedro de Divarrat, “Ziruxano Sangrador y parttero gozando el sueldo de ttrescienttos Ducados” (AMV, 1742a), es denunciado en 1740 y 1742 por dos cirujanos romancistas de Vitoria por ejercer “sin esttar examinado ni ttter tittulo” (AMV, 1740 y 1742a). A pesar de ello, evalúa a la matrona Jazintta de Atorales quien, como en el caso anterior, no es ninguna novata: vecina de Laguardia, había ejercido como matrona autorizada en dicha villa así como en la ciudad de San Sebastián. El Real Protomedicato interviene prohibiendo ejercer a Divarrat, por lo que el ayuntamiento lo manda a la Corte a examinarse facilitándole “algunas carttas de recomendación para el logro de su examen” (AMV, 1742b). Hemos de suponer que aprueba, ya que seguirá ejerciendo en Vitoria hasta su muerte en 1762.

Es sustituido hasta 1768 por otro francés, Juan de Etcheverry, entre continuas

desavenencias con el ayuntamiento por su impericia hasta el punto de ser reprobado “llegando a tanto que se llevaron a dicho Hospital algunos Cirujanos que reconociesen si el suplicante practicava con azierto las Curas” (AMV, 1768a). Al igual que su antecesor aparece como partero y, de hecho, antes de marchar reclama que se le pague “por el parto a que concurrio en Casa de la Comadre” (AMV, 1768b). Etcheverry fue socio de la Real Sociedad Bascongada de Amigos del País (RSBAP), creada en 1865 y referente de la Ilustración a nivel nacional, donde pudo haber conocido a los dos autores locales más críticos con las matronas, Ruiz de Luzuriaga y Foronda, de quienes se hablará más adelante.

Tras su marcha forzada, se trae desde el Real Hospital de Zaragoza a Manuel Prim a pesar de tener en contra de su elección al personero del ayuntamiento quien aduce que no es cirujano latino (Archivo Histórico Nacional, 1768), aunque luego obtendría la titulación. Sin fecha concreta, Prim asume no solo la labor de partería sino directamente el salario de las matronas, 60 ducados (ATHA, 1802), cuya última mención como contratadas municipales es de 1775.

Ese mismo año, el médico alavés Joseph Ruiz de Luzuriaga, padre del gran reformador de la Sanidad Española Ignacio María Ruiz de Luzuriaga (Granjel, 1993), presenta ante la RSBAP su “Discurso sobre el arte de la Obstetricia” señalando que “con frequencia por la impericia casi total de las mugeres que lo exercen en estas provincias,

hace patente lo mucho que se hubiera ganado [...] dexando obrar a la naturaleza en la grande obra de los partos, en lugar de entregarlas en unas manos groseras e inhábiles, que con sus esfuerzos las precipitan en vez de ayudarlas” (RSBAP, 1775). Palabras en las que se reafirma el vitoriano Valentín de Foronda, ilustrado de relevancia nacional, en 1793: “No incurra Vmd. En el funesto error de empeñarse en que las mugeres sean las únicas que se empleen en el arte obstetricia. Todos los dias somos testigos de las desgracias que resultan de la ignorancia é impericia de las Comadres. Todos los dias perecen mil víctimas baxo de estas manos ignorantes y crueles que hubieran conservado su vida, en caso de haberlas socorrido unos hábiles Cirujanos” (Foronda, 1801).

Este furibundo ataque no ciega a Foronda en la realidad de que la cirugía está aún lejos de ser competente en ese y en otros campos, por lo que indica que “ya que este delicado é importantísimo arte debe estar en manos de los Cirujanos, oblíguelos Vmd. Á estudiarle con atención” (Foronda, 1801), lo que no oculta su poco aprecio por médicos y cirujanos: “Cuide de que el Público no esté expuesto á las necedades é ignorancia de los Médicos, y Cirujanos, é imponga un castigo proporcionado á la temeridad de los que emprenden operaciones mortíferas, por ignorancia, por incuria, por presuncion, ó por hacer ensayos” o “desterrar todos los curanderos y curanderas como enemigos de nuestra salud; [...] á reserva de los saca-

### *Cultura de los Cuidados*

muelas, siempre que se limiten á este solo ejercicio; pues la experiencia nos demuestra, que el mas malo de ellos, á favor de su grande práctica, es por lo general muy superior á la mayor parte de los Cirujanos” (Foronda, 1801).

En 1802, ante la jubilación de Prim, el ayuntamiento revela que la sustitución de la matrona municipal por este fue debida a que ninguna quiso el cargo por los 60 ducados asignados, por lo que ahora solicitan “una dotación competente que no baxe de ciento y cincuenta ducados” (ATHA, 1802) para volver a contratar una matrona argumentando que desde Las Partidas “previenen que semejante oficio se haya de confiar unicamente à mugeres honestas y honradas [si bien matiza que] en partos difixiles es mas conveniente echar mano de éstos [de los varones] por su habilidad, resolucion y destreza” (ATHA, 1802).

Sin que conste la tramitación de ese aumento salarial, ante la solicitud del síndico [hospitalero] del hospital Santiago de Vitoria, Juan Jose de Saseta, quien señala hallarse “instruido en el arte de Partear” (ATHA, 1802) aunque no consta alusión al título para ello, es contratado como comadrón municipal por los 60 ducados asignados previamente a las comadres. Aunque sí es seguro que era cirujano sangrador (Ferreiro y Lezaun, 2008), no consta confirmación de sus títulos ni examen pertinente sobre sus capacidades obstétricas, solo que “habiendo inquirido y preguntado à varias personas qe podian saber de su conducta é idoneidad junto con las demas

circunstancias de castidad, sigilo y otras [...] se halla adornado de las preciadas qualidades y qe ha asistido con felicidad y acierto à muchas mujeres en sus partos” (ATHA, 1802).

En 1821, tras la invasión francesa y la guerra de la Independencia, se inaugura un nuevo hospital en cuyas ordenanzas se señala que “combiene tambien que se agregue al mismo cirujano titular la plaza de Comadron que obtenía su antecesor Dn Manuel de Prim [...] con la misma renta de sesenta Ducados” (ATHA, 1821).

En 1828 se describe probablemente la mejor secuencia de las competencias de los cirujanos sobre el parto. Ante el posible parto de una mujer en la Casa de Corrección es llamado un cirujano a pesar de que la parturienta decía “que no tenia que llamar a ningun facultativo por que una mujer anciana, que estaba en su compañía llamada Pepa entendia de partos, y con efecto vio a dha Pepa [Josefa de Gaviña] preparada con un paño blanco y pronosticó que iva a parir luego y con felicidad. Que lo dio a entender a su ama y a breve rato vino el cirujano de Policia D. Ramon de Echevarria que no vió a la enferma sino que desde un tabique escuchaba si se quejaba y creyendo sin duda que no estaba proximo el parto se marchó à cosa de las once [...] diciendo que aunque fuese cierto el parto tardaria muchos dias. Que a cosa de las once y media de la noche sintió la testigo que lloraba una criatura [...] y dirigiéndose al cuarto de la Vitoria vio que habia dado à luz una niña y que estaba con toda felicidad” (ATHA, 1828).

En 1833, el cirujano titular de Vitoria sigue siendo el comadrón municipal de la ciudad (AMV, 1833).

En 1854, la Casa de Corrección o Casa Refugio para embarazos vergonzantes se reconvierte en Casa de Maternidad al aceptar también embarazadas pobres honestas. En ella, será una hermana de la Caridad la encargada de la institución y de las embarazadas auxiliada por otra mujer versada en la práctica de partos “para que auxilie al facultativo y esté encargada de las maniobras insignificantes de ellos que aquel no deba ejecutar por si mismo” (AMV, 1854), asignándole 10 reales por parto asistido.

En 1865 se mantiene la asignación económica de las matronas al salario del cirujano titular de Vitoria (ATHA, 1865).

## DISCUSIÓN

La descripción de los resultados obtenidos, al objeto de evaluar las competencias de los cirujanos vitorianos sobre el parto en los siglos XVIII y XIX, muestra que el corte de 1750 no es representativo de ningún cambio sustancial y que la sustitución de la matrona en el contrato municipal por un cirujano obedece a varias causas que requiere de matizaciones. El análisis se presenta en dos epígrafes, el primero referido a las competencias de los cirujanos y, el segundo, a aspectos contextuales.

Competencias de los cirujanos:

Se identifican cuatro periodos (hasta 1736, de 1736 a 1768, de 1768 a 1821, a partir de 1821).

Hasta 1736 Vitoria carece de cirujanos con una acreditación suficiente de conocimientos y competencias. Ninguno se ha formado académicamente sino al estilo gremial: son romancistas, esto es, barberos cirujanos o sangradores que, en menos de un siglo pasarán, junto a las matronas, a considerarse subalternos de la Cirugía [1804] y, finalmente, a denominarse Practicantes [1857], quienes, nuevamente junto a las matronas, constituirán la Clase de auxiliares sanitarios (Valle, 2002). Resulta improbable que aquellos cirujanos fueran más competentes que cualquier partera en su oficio.

De 1736 a 1768 es el periodo de los cirujanos franceses supuestamente latinos. Más allá de la legitimidad en España de sus títulos, su llegada puede responder a la escasez de cirujanos nacionales formados, lo que necesariamente no debe entenderse como que los llegados lo están, pues al menos uno de ellos es cesado por incompetente.

Hay otra posible lectura de su llegada desde la coincidencia de su contratación con el arribo de la dinastía borbónica tras la guerra de sucesión [1700-1714], pues no puede olvidarse que María Luisa Gabriela de Saboya y Orleans [Turín, 1688-Madrid, 1714], primera esposa de Felipe V, solicitó la presencia de un cirujano varón, Julien Clément, que había sido el encargado de

atender en Francia los partos de la abuela de Felipe V y de su madre (Ríos, 1993). La apuesta de la Casa de Borbón por la cirugía en el parto era meridianamente clara, pero si ello influyó tan tempranamente en algún tipo de ordenanza para la evaluación de las matronas es una hipótesis que requiere de otros estudios.

De 1768 a 1821 tenemos un periodo crucial caracterizado por la desaparición del contrato municipal a las matronas, que es añadido interinamente a las labores de un cirujano. Hasta 1802 lo será el titular de Vitoria quien, al menos en sus inicios, es solo romancista, pero a partir de entonces lo es un mero sangrador que ejercía labores de barbería y cirugía menor en el hospital municipal (Ferreiro y Lezaun, 2008. ATHA, 1764). Además, de este último ni siquiera se documenta que estuviera autorizado para partos, aludiéndose únicamente a referencias orales, menos aún de lo que se les pedía a las matronas antes de 1720 cuando no eran examinadas. Ha de recordarse que la misma Real Cédula de Fernando VI de 1750 por la que se volvía a examinar a las matronas por el protomedicato, establecía la obligatoriedad de examinarse como partero a los cirujanos - igual que hacían un examen específico para poder ser sangradores-, por lo que a partir de entonces el mero hecho de ser cirujano no autorizaba directamente a partear; es decir, legalmente debían poseer ese título para ejercer de comadrones, lo que hace más extraño la manera en que se le contrató y el silencio sobre su acreditación. No obstante,

no puede olvidarse el peso del criterio económico (accede a partear por 60 ducados en lugar de los 150 que se pedían para una matrona) en un momento de crisis mayor (guerras de La Convención y de Independencia).

A partir de 1821 la interinidad desaparece, ya que oficialmente las nuevas ordenanzas adjuntan la plaza de la matrona al cirujano titular. En ese contexto del Trienio Liberal (1821-1823) la historia médica de la ciudad (Ramos, 1997) sitúa también el inicio de una clara renovación profesional, con una sucesión de nombres ilustres de médicos y cirujanos, que probablemente establezcan la frontera de unas auténticas competencias reales para el parto en la cirugía vitoriana. Pero no es fácil advertir una fecha clave. El vergonzoso papel del cirujano de policía en 1828 evidencia que todavía entonces no pueden generalizarse esas competencias para todos los cirujanos, aunque tal vez sí las tuviera el titular de la ciudad quien, en propiedad, era el comadrón. Pero incluso cuando se constituye la Casa de maternidad en 1854, el papel que se le asigna a ese cirujano titular es pasivo, contratándose para la acción a una mujer a la que la documentación le niega la mención de matrona, comadre o partera, y menosprecia su saber señalándola como “encargada de las maniobras insignificantes de ellos que aquel no deba ejecutar por si mismo” (AMV, 1854). Al respecto, y aunque estamos a 10 años de la Real Orden de 1864 que generaliza en España las casas de maternidad para mujeres pobres, resulta

chocante el papel de insignificancia otorgado a esta mujer, verdadera protagonista en el parto, cuando la Real Orden pretendía que las casas de maternidad sirvieran, a su vez, como escuelas de obstetricia para matronas.

Finalmente ha de hacerse otra reflexión. Hasta el fin del contrato municipal de las matronas, el ayuntamiento tenía contratadas a dos para la asistencia a las embarazadas del censo de pobres. Esa masa de mujeres sin recursos se multiplicó durante las guerras de principios del XIX hasta el punto de que los hijos ilegítimos superaron a los legítimos (Celigueta, 1994), y el pauperismo de la crisis posterior estimuló que la Casa de Corrección o Refugio para embarazadas vergonzantes pasara a ser Casa de Maternidad al necesitar admitir también a embarazadas honradas sin recursos. Vista la dudosa capacidad de otros cirujanos, resulta muy improbable que el cirujano titular pudiera asumir toda esa carga de trabajo sin el auxilio de las matronas.

Aspectos contextuales:

La reclamación del desastroso cirujano Etcheverry evidencia, por única, que su participación en el parto fue muy ocasional a finales del XVIII, quizá ante la necesidad de una cesárea; es decir, no interfirió cuantitativamente en la labor de las matronas. Otra cuestión es la interferencia cualitativa, pues su actividad coincide con la constitución de la RSBAP, a la que él se asocia, y desde Foucault (1996) no hay duda de la importancia que tuvo el binomio

constituido por ilustrados y medicina en el proceso de medicalización de la sociedad.

Este binomio es claro en los ejemplos de Luzuriaga y Foronda señalados, ya que el primero es médico y el segundo un hidalgo, al coincidir plenamente en sus discursos contra las matronas y a favor de la cirugía. De Luzuriaga, como médico, quizá no sorprenda su postura anti-matronas, pero Foronda representa a la pequeña nobleza que controla la vida política en Vitoria -en 1793 es concejal- (Rollán, 1984) por lo que su postura alineada con la médica es la que mejor deja prever que las matronas carecían de horizonte profesional propio.

Igual de importante es resaltar la desconfianza de Foronda en la habilidad de los cirujanos, porque legalmente desde 1750 debían formarse para ejercer de parteros y Foronda escribe en 1793 desde Vitoria, siendo concejal, lo que quizá sea la mejor expresión de cuál era la competencia real de los cirujanos en el mismo momento en que el ayuntamiento deja de contratar a matronas para asistir el parto de las mujeres pobres de la ciudad.

A pesar del decidido apoyo a la cirugía de los grupos de influencia ilustrados, no puede olvidarse que en la práctica lo que hace decantar la balanza a favor de la suplantación de la matrona por el cirujano en el contrato municipal es una cuestión económica. Las dificultades financieras del ayuntamiento vitoriano, merced a la secuencia bélica Convención-Independencia-Carlista y al cólera (1834 y

1855) entre otras causas, se prolongaron hasta bien entrada la segunda mitad del siglo XIX, lo que pudo incidir en el mantenimiento del contrato de comadrón con el cirujano, ya que no se varía la dotación económica (60 ducados) en todo el periodo estudiado. Aspecto este muy importante porque, a falta de otros testimonios, solo hay un elemento a favor de las competencias de los cirujanos: su continuidad; y esta se explica bien por la crisis económica.

### CONCLUSIONES

La documentación revisada de todo el periodo a estudio no ofrece testimonios directos, contextuales o de opinión que avalen una mayor competencia de los cirujanos que ejercieron en Vitoria sobre las matronas para asumir el Arte de Partear, ni antes ni después de 1750.

La continuidad de los cirujanos en el contrato municipal sustituyendo a las matronas es el único elemento circunstancial sobre el que podría conjeturarse un desarrollo de las competencias, pero esa continuidad se explica mejor desde causas económicas.

Colateralmente al objetivo de estudiar las competencias de los cirujanos sobre el parto, de la revisión también se concluye que, aunque en Vitoria se documenta una confluencia en los grupos de opinión ilustrados a favor de la suplantación de las matronas por cirujanos, fueron condicionantes económicos la causa directa del cese en el contrato municipal de las

matronas. Así mismo, por sincronía en los primeros cambios negativos sobre las matronas vitorianas, hay indicios para sospechar la existencia de legislación de control sobre el Arte de Partear desde el inicio del reinado de Felipe V, que merecerían ser estudiados.

### BIBLIOGRAFÍA

- Celigueta Crespo, A., et al. (1994). *Vitoria-Gasteiz Población: Evolución y movimientos migratorios*. Vitoria: Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.
- Ferreiro-Ardións, M., y Lezaun-Valdubieco, J. (2008). *Historia de la Enfermería en Álava*. Vitoria: Colegio Oficial de Enfermería de Álava. Disponible en <https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/24749/Historia%20de%20la%20Enfermer%C3%ADa%20en%20%C3%81lava.pdf?sequence=1>
- Ferreiro-Ardións, M., y Lezaun-Valdubieco, J. (2015). Los Ilustrados alaveses en la pugna entre matronas y cirujanos durante el siglo XVIII. *Híades*, 21(11), 581-594. Disponible en [https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/25099/HIADES%2011\\_581-594-ILUSTRADOS%20Y%20MATRONAS.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/25099/HIADES%2011_581-594-ILUSTRADOS%20Y%20MATRONAS.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
- Foronda, V. (1801). *Cartas sobre La Policía*. Madrid: Imprenta de Cano.
- Foucault, M. (1992). *Historia de la sexualidad*. Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. La Plata (Argentina): Altamira.
- García Martínez, M.J., y García Martínez, A.C. (1999). Fechas claves para la historia de las matronas en España. *Híades*, 5-6, 243-260. Disponible en

- [https://www.academia.edu/2486441/1999\\_Fechas\\_clave\\_para\\_la\\_Historia\\_de las\\_Matronas](https://www.academia.edu/2486441/1999_Fechas_clave_para_la_Historia_de las_Matronas)
- Granjel, L.S. (Coord.). (1993). *Diccionario histórico de Médicos vascos*. Bilbao: UPV/EHU.
  - Manzanos Arreal, P., y Vives, C. (2005). *La vida cotidiana de las mujeres en la Vitoria de los siglos XVIII y XIX*. Vitoria: Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.
  - Ortiz Gómez, T. (1996a). Protomedicato y matronas. Una relación al servicio de la cirugía. *Dynamis*, 16(16), 109-120. Disponible en <https://core.ac.uk/download/pdf/13275235.pdf>
  - Ortiz Gómez, T. (1996b). [Género y estrategias profesionales: la formación de las matronas en la España del siglo XVIII](#). En M.D. Ramos y M.T. Vera (Eds.), *El trabajo de las mujeres pasado y presente: Actas del Congreso Internacional* (vol 3) (p. 229-238). Málaga: Diputación provincial de Málaga. Disponible en <http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/22514/g%20c3%a9nero%20y%20estrategias%20profesionales.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
  - Ramos Calvo, P.M. (Dir.). (1997). *Historia de la medicina en Álava*. Vitoria: Real Sociedad Bascongada de los Amigos del País.
  - Real Sociedad Bascongada de Amigos del País [RSBAP]. (1775). *Extractos de las Juntas Generales celebradas por la Real Sociedad Bascongada de los Amigos del País en la villa de Bilbao por Septiembre de 1775*. Vitoria: Tomas de Robles y Navarro (Imp.).
  - Rios Mazcarelle, M. (1993). *Vida privada de los Borbones. Tomo I: de Felipe V a Carlos IV*. Madrid: ediciones Merino.
  - Rollán, C., y Benavides, M. (Eds.). (1984). *Valentín de Foronda: los sueños de la razón*. Madrid: Editora Nacional.
  - Torres Díaz, A., Rengel Díaz, C., Cubillas Rodríguez, I., y Morales Gil, I.M<sup>a</sup>. (2016). Las Matronas de la Beneficencia Municipal y su atención a las mujeres pobres de Málaga (1900-1956). *Cultura de los Cuidados*, 20(45), 64-73. Disponible en <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2016.45.07>
  - Valle Racero, J.I. (2002). El saber y la práctica de las matronas: desde los primeros manuales hasta 1957. *Matronas Profesión*, 3(9), 28-35. Disponible en <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol3n9pag28-35.pdf>

## FUENTES DOCUMENTALES

- Archivo Histórico Nacional [AHN]:
- (1768) *Expedientes de Gobierno y Oficio*. Agrupación de fondos de los Consejos suprimidos. Consejo y Cámara de Castilla. Consejo de Castilla. Escribanía o Sala de Gobierno. Leg. 10607/EXP.SN.
- Archivo Municipal de Vitoria [AMV]:
- (1728). Acta Municipal del 4 de septiembre.
- (1736). Personal. Secc. 17/ Leg. 26/ N° 14.
- (1740). Acta Municipal del 13 de noviembre.
- (1742a). Acta Municipal del 27 de octubre.
- (1742b). Acta Municipal del 2 de noviembre.
- (1768a). Acta Municipal del 11 de marzo.
- (1768b). Acta Municipal del 17 de marzo.
- (1833). Acta Municipal del 30 de enero de.



### Cultura de los Cuidados

- (1854). Casa de Maternidad. Sig. 20-14-46.
- Archivo del Territorio Histórico de Álava [ATHA]:
- (1764). *Ordenanzas de 1764*. Fondo hospital de Santiago C 4.
- (1802). *Expediente para tratar sobre el aumento de dotación a la matrona de Vitoria*. D.156-9.
- (1821). *Ordenanzas de 1821*. Fondo hospital de Santiago C 4 N° 4.
- (1828). *Diligencias seguidas con motivo del fallecimiento de Vicenta Altolaguirre*. DH 694-20.
- (1865). FE Las Nieves C 240 N° 2.
- The British Museum (2018, abril 18). *London: Trustees of the British Museum*. Recuperado de: [http://www.britishmuseum.org/research/collection\\_online/collection\\_object\\_details.aspx?objectId=1645875&partId=1&searchText=forceps&page=1](http://www.britishmuseum.org/research/collection_online/collection_object_details.aspx?objectId=1645875&partId=1&searchText=forceps&page=1)



## Historia de la enseñanza de Historia de la enfermería en Brasil

### History of teaching Nursing History in Brazil

### História do ensino de História de Enfermagem no Brasil

Taka Oguisso<sup>1</sup> Almerinda Moreira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Enfermeira. Professora Titular da Escola de Enfermagem, da Universidade de São Paulo - EEUSP- (aposentada). Presidente da Academia Brasileira de História da Enfermagem, de 2010-2014 Correo electrónico: takaoguisso@uol.com.br

<http://orcid.org/0000-0002-2135-9579>

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela EEUSP. Professora Titular e Diretora da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, UNIRIO, gestão 2010-2014. Presidente da Academia Brasileira de História da Enfermagem, gestão 2016-2018. Correo electrónico: almerindamprof@gmail.com

Cómo citar este artículo en edición digital: Oguisso, T., & Moreira, A. (2019). Historia de la enseñanza de Historia de la enfermería en Brasil. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 23 (55) Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.55.10>

Correspondencia: Grupo de Pesquisa no CNPq: Laboratório de Pesquisa de História da Enfermagem – LAPHE. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/UNIRIO. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rua Dr. Xavier Sigaud, 290 - Urca - Rio de Janeiro - RJ - 22.290-180

Correo electrónico de contacto: almerindamprof@gmail.com



Recibido: 13/08/2019

Aceptado: 02/11/2019

#### ABSTRACT

It describes the path of teaching Nursing History. It aims at discussing the insertion of its content in the nursing curriculum at undergraduate level. It shows the sequence of its inclusion as an independent course or integrated in others within several curriculum models since 1923 until present time.

**Key words:** Nursing, Nursing history and education.

#### RESUMEN

Se describe la trayectoria de la enseñanza de Historia de la Enfermería. Tiene por objetivodiscutir la inserción de su contenido en los cursos de grado de enfermería como matéria independiente o integrada en otras en los diversos modelos curriculares desde 1923 hasta el presente. **Palabras-clave:** Enfermería, historia y educación de enfermería.

## RESUMO

Descreve a trajetória do ensino de História da Enfermagem. Tem por objetivo discutir a inserção de seu conteúdo nos cursos de graduação em enfermagem. Apresenta a sequência de sua inclusão como disciplina independente ou integrada em outras nos diversos modelos curriculares desde 1923 até o presente.

**Palavras chave:** Enfermagem, história e educação de enfermagem

## DESPERTANDO PARA A HISTÓRIA

Desde o início das décadas de 1970 e 1980, a História da Enfermagem passou a despertar o interesse de muitos profissionais. Observam-se por todos os lados, evidências de alta determinação não apenas para compreender, mas para preservar a memória do passado. Não são apenas enfermeiros e líderes da enfermagem, mas também sociólogos, antropólogos, historiadores e educadores em geral que, reconhecendo a importância da interdisciplinaridade buscam melhor conhecer e perscrutar as fontes, recursos, problemas, formas de desenvolvimento e mudanças ocorridas na profissão. Por que esse interesse ressurgiu agora?

Esse ressurgimento do interesse pela história pode indicar que estamos todos nos esforçando por entender melhor o passado, preservar a memória e, sobretudo, encontrar as raízes de nossa identidade cultural e nacional (Khoury, 2004). Temas históricos têm também captado o interesse do público

em geral, o que se verifica na produção das inúmeras novelas de fundo histórico, no Brasil, bem como filmes épicos ou históricos, documentários, biografias e romances históricos. Em vários países, inclusive no Brasil, há grandes investimentos em inúmeros projetos para restauração de monumentos, casas, edifícios, ruas e até cidades inteiras para serem consideradas “patrimônio histórico e cultural da humanidade”, pela UNESCO como já ocorre com Salvador, Olinda, São Luis e Ouro Preto entre outras. Para isso tem concorrido a participação dos governos, fundações, organizações internacionais e da própria população.

Na área da enfermagem esse interesse pode estar também relacionado ao fato dessa profissão ser eminentemente feminina e aos movimentos feministas e dos direitos da mulher, especialmente a partir das décadas de 1960 e 1970. Mulheres passaram a se mobilizar por maior acesso à participação política, social e cultural, bem como pela recuperação da sua história. Vale lembrar que a participação ativa das mulheres na sociedade está intimamente relacionada à história da enfermagem.

A própria criação do Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE) (Breay & Fenwick, 1931), fundado em julho de 1899, nasceu do desmembramento do Conselho Internacional de Mulheres. Este foi idealizado em 1848, porém concretizado apenas quarenta anos depois, em março de 1888, com uma conferência na cidade de

Washington, Estados Unidos. Quando essa organização realizou sua segunda Conferência em Londres, em junho de 1899, a enfermeira inglesa, Ethel Bedford Fenwick, fundadora da Associação Britânica de Enfermeiras, em 1887, como tesoureira desse evento, constatou a participação na Conferência de muitas mulheres que eram enfermeiras em seus respectivos países de origem, o que a animou a propor a criação de uma organização internacional, específica para enfermeiras, daí surgindo a primeira organização de profissionais da saúde no mundo, o CIE. Uma dessas enfermeiras presentes à Conferência em Londres, Grace Neil, foi também uma das líderes do movimento que deu o direito de voto à mulher, em 1893, na Nova Zelândia (Stodart, 1993), o primeiro país do mundo a reconhecer esse direito à mulher há mais de cem anos. Esse direito fundamental para todos os cidadãos, homens e mulheres, foi implantado nacionalmente somente no século XX para a grande maioria dos países. Vizinha da Nova Zelândia, a Austrália foi o segundo país a aprovar o voto da mulher em 1902. Ainda nessa década foi a Finlândia em 1905, seguida pela Noruega em 1913. Alemanha, Reino Unido e Estados Unidos aprovaram em 1919. E o Brasil, somente em 1932, isto é, um ano após Portugal e Espanha terem reconhecido. França, Itália e Japão o fizeram após a 2ª Guerra Mundial, em 1945. E há vários países que até hoje não reconheceram ainda esse direito das mulheres.

Este trabalho tem por objetivo analisar e discutir a inserção do conteúdo de História da Enfermagem nos cursos de graduação em enfermagem e de auxiliar de enfermagem, impulsionada pelo atendimento a normas legais que estabeleciam os currículos.

### **HISTÓRIA DA ENFERMAGEM COMO CONTEÚDO CURRICULAR**

É uma constatação surpreendente que o tema História da Enfermagem, no Brasil, resistiu praticamente incólume a quase todas as reformas curriculares ocorridas, a partir de 1923. Como disciplinas independentes ou integradas em disciplinas maiores ou áreas temáticas, como ocorre com o currículo atual, o fato é que esse assunto constou nas reformulações legais e continua na ordem do dia. Entre as matérias constantes na primeira escola de enfermagem, criada no Hospício Nacional de Alienados, em 1890, não constava essa disciplina.

Sobre a fundação de um curso de enfermagem (Carvalho, 1965) em “moldes nightingaleanos”, por enfermeiras inglesas, em 1895, no Hospital Samaritano, em São Paulo, de iniciativa particular, há registros de seu funcionamento em atas da entidade, onde naturalmente não caberiam dados sobre currículo ou conteúdo do curso. Destaque-se que não existia ainda legislação específica

no Brasil nem para aprovar a criação e nem para funcionar cursos ou escolas, fossem de enfermagem ou qualquer outro. Assim, não é de se estranhar que não houvesse registros, livros ou listas de professores. Sobre as alunas, Mott (1999) conseguiu documentar nomes de alunas que frequentaram os cursos de enfermagem nesse Hospital. De qualquer forma, uma ata da época constitui documento fidedigno e aceito como registro histórico. Sobre os cursos criados pela Cruz Vermelha Brasileira (Mott & Tsunehiro, 2001), há registros de sua criação em São Paulo, em 1914 e na cidade do Rio de Janeiro, em 1916. Esses relatos, entretanto, nada mencionam sobre o ensino dessa disciplina, talvez porque seus fundadores estivessem mais preocupados com a formação técnica profissional e de voluntários para a guerra, considerando-se a Primeira Guerra Mundial que acontecia na Europa. Foi somente a partir de 1923, que esse tema passou a constar do elenco das disciplinas com o nome de “Bases históricas, éticas e sociais da enfermeira”. No Quadro abaixo constam as normas legais sobre o ensino de enfermagem, o título da disciplina e a respectiva carga horária (Tabla 1). Em 1931 essa disciplina chamou-se *Ética e História da Enfermagem*; em 1949, constava apenas *História da Enfermagem*. Com o advento de um sistema nacional de educação, em 1961, e a aprovação da primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, os cursos de Enfermagem passaram a ser regidos pelo Parecer n. 271/62 (Brasil, 1974), cujo

currículo mínimo incluía *Ética e História da Enfermagem*.

Ao final da década de 1960 ocorreu a Reforma Universitária e foi aprovada a Resolução n. 4/72 (Brasil, 1974), mais conhecida como Parecer n. 163/72 que a antecedeu. Nessa Resolução surgiu a matéria *Exercício da Enfermagem*, que especificava a inclusão de deontologia médica e legislação profissional, sem mencionar *História*. Presume-se que docentes continuaram a integrar aspectos históricos da Enfermagem, mesmo sem obrigatoriedade legal, pois assim estavam acostumados. O estudo da legislação, por sua linguagem jurídica, é muito árido para os menos iniciados. Por outro lado, a necessidade de interpretar e discutir o contexto em que essas normas legais foram aprovadas resultaria numa explanação histórica da Enfermagem, justificando-se, pois, esse conteúdo.

Em 1994, com a Portaria MEC n° 1.721/94 (Brasil, 1994), foi fixado o currículo mínimo para os cursos de enfermagem, onde a *História da Enfermagem* é incluída explicitamente como uma das matérias da área temática *Fundamentos de Enfermagem*.

Pouco antes da aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Lei n. 9.394, de 20-12-1996) por solicitação da ABEn houve o Parecer n. 314/94, que propunha currículo mínimo de 3.500 horas constituído de quatro eixos temáticos: *Bases biológicas e sociais da Enfermagem*,

Fundamentos de Enfermagem, Assistência de Enfermagem e Administração em Enfermagem. No eixo Fundamentos de Enfermagem, com 25% da carga horária, constava o conteúdo de história da enfermagem. Foi a última vez em que esse tema foi oficial e explicitamente indicado como parte do curso de graduação em enfermagem. Esse Parecer iria se transformar em Resolução em março de 1994, conforme projeto apresentado, mas tornou-se a Portaria n. 1721, 15 de dezembro de 1994, do Ministro da Educação. Essa Portaria ratificou para os cursos de graduação a carga horária de 3.500 horas/aula, incluídas as destinadas ao estágio supervisionado em enfermagem e a duração mínima em 4 anos e máxima de 6 anos. Mas não contemplava disciplinas da área de educação “desconsiderando a função educativa da enfermagem” e delimitou “o percentual da carga horária dos eixos temáticos, configurando um controle sobre o processo de formação” (Fernandes et al, 2011). Antes que se efetivasse a implementação desse currículo, foi aprovada a Lei n. 9.394, de 20-12-1996, sobre as Diretrizes e Bases da Educação que, com a flexibilização dos currículos e a expansão de cursos/vagas na educação superior, veio novamente modificar o panorama da enfermagem. Normas complementares foram aprovadas e a enfermagem foi contemplada pela Resolução CNE/CES n. 3, de 07-11-2001 (Conselho Nacional de Educação, 2001) que instituiu as Diretrizes

Curriculares Nacionais do curso de graduação em enfermagem, que ratifica também um aspecto muito importante e pouco considerado por educadores da enfermagem, que é a visão da interdisciplinaridade. Neste novo currículo, apesar das ciências humanas e sociais incluírem aspectos sociais, culturais, psicológicos, éticos, legais e até ecológicos, nada mencionam sobre determinantes históricos do processo saúde-doença.

Posteriormente o Decreto nº 5.773, de 09-05-2006, veio dispor sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições de educação superior e cursos superiores de graduação e sequenciais do sistema federal de ensino. Esse Decreto prevê no art. 36 que “o reconhecimento de cursos de graduação em direito e em medicina, odontologia e psicologia, deveria ser submetido, respectivamente à manifestação do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil ou do Conselho Nacional de Saúde” (Brasil, 2006). Nos parágrafos subseqüentes, estipula que o prazo de manifestação é de 60 dias prorrogável por igual período. Nos processos de reconhecimento de outros cursos de graduação ou licenciatura, de profissão regulamentada, esse Decreto possibilita que os respectivos conselhos federais atuem efetivamente oferecendo subsídios à decisão do Ministério da Educação, dentro desse prazo de 60 dias (art. 37). No caso da enfermagem, certamente

cabará ao Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) essa prerrogativa.

Com tais Diretrizes, o próprio Ministério da Educação concedeu ampla liberdade para elaboração de currículos às escolas de enfermagem, apenas balizando a carga horária e a duração de cada curso. Não há dúvida de que o trabalho da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), através de estudos e propostas de educadores enfermeiros nos diversos seminários nacionais de educação de enfermagem (SENADEN) foi fundamental. De fato, essas diretrizes indicam o caminho, sem especificar como antigamente se fazia (Decreto n. 27.426/49) a seriação do curso, a relação de disciplinas e até o tempo mínimo necessário para provas e estágios noturnos e de saúde pública (Brasil, 1974).

De fato, o ensino da História da Enfermagem sempre teve suas dificuldades sentidas pelos docentes dessa disciplina, talvez por não ser considerada uma matéria “nobre”, como as disciplinas de conteúdo assistencial que representavam a prática profissional a ser exercida futuramente pelos estudantes.

Em 1979, durante uma reunião da Sociedade de História da Enfermagem, em Londres (History of Nursing Society, 2017), discutiam-se esses problemas e questionavam a utilidade dos livros-textos utilizados. Nessa forma mais ampliada para o ensino de história, sugeriam-se a análise de um leque maior de fontes, a necessidade de

criar museus nacionais de história da enfermagem, com coleções de material e modelos de artefatos utilizados nos hospitais, tais como crachás, postais, azulejos ou vitrais mostrando enfermeiros em ação, quadros, depoimentos gravados, história oral, caricaturas, fotografias, filmes biográficos ou documentários. Doze anos depois, constatavam ter progredido pouco, especialmente na criação do museu nacional, embora enfermeiros britânicos possam sempre contar com o grande acervo histórico existente no Museu Florence Nightingale, no Colégio Real de Enfermagem e na sua filial escocesa, em Edinburgo. Como já mencionado, o atual Colégio Real de Enfermagem (McGann *et al*, 2009), sediado em Londres, foi fundado em 1887 por Ethel Bedford Fenwick, e é, até hoje, a entidade representativa de todos os enfermeiros britânicos, tanto na área técnico-cultural, como sindical e de controle do exercício.

Enfermeiros americanos, conscientes da importância e necessidade de preservar documentos históricos regionais, estão organizando coleções, como a criada na Universidade de Missouri, na cidade de Kansas, para desenvolver a pesquisa histórica na educação e na prática da enfermagem. Acreditam mesmo que o futuro da profissão pode depender do estudo de sua história.

Entre as mais antigas obras e trabalhos produzidos por enfermeiros sobre a História da Enfermagem Brasileira, destaquem-se o de Ethel Parsons publicado

pelo Conselho Internacional de Enfermeiras, em 1927, sobre a enfermagem moderna no Brasil (Parsons, 1927), Waleska Paixão, em 1951, e Glete de Alcântara, sobre o ensino de ética e história da enfermagem (Alcântara, 1966), que além de sua tese de cátedra de 1963, escreveu em inglês (Alcântara, 1957) para divulgar a enfermagem nacional entre os não versados no vernáculo. O “Relatório Final do Levantamento de Recursos e Necessidades de Enfermagem no Brasil – 1956/1958” (Associação Brasileira de Enfermagem, 1980), produzido pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) constituiu-se num marco histórico, não apenas pela pesquisa científica em si, mas especialmente por todo o seu conteúdo. Foi publicado em inglês, em 1960, pela Fundação Rockefeller, patrocinadora dessa pesquisa nacional. Por falta de recursos a publicação em português ocorreu apenas em 1980. Maria Rosa Pinheiro também escreveu vários textos históricos, inclusive sobre a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), em 1967 (Pinheiro, 1967). Outro acontecimento relevante para a história da enfermagem brasileira foi a publicação do “Documentário da ABEn”, sobre o período de 1926 a 1976, escrito por Anayde Corrêa de Carvalho, para comemorar o cinquentenário dessa entidade (Carvalho, 1976). Constitui obra de referência obrigatória para todos os estudiosos de história da profissão. Por ocasião do cinquentenário da EEUSP, outra

docente, Amália Corrêa de Carvalho, escreveu a história dessa instituição, que se tornou também a única obra histórica de referência dessa Escola (Carvalho, 1992). Enfermeiros e outros profissionais logo descobrem que não há respostas simples para problemas como doença, dependência, medo, dor ou ignorância e nem uma fórmula para a pesquisa histórica ou um único método histórico, embora existam regras e balizas para dar credibilidade ao estudo. De qualquer modo, se na História da Enfermagem e através dela, as distâncias entre acadêmicos e profissionais da prática da enfermagem assim como entre esses dois grupos e o público em geral podem ser reconhecidas, discutidas, estudadas e até interligadas, muitos problemas poderiam ser melhor compreendidos e, talvez, até solucionados.

### **CRONOLOGIA SOBRE LEGISLAÇÃO DO ENSINO DE HISTÓRIA DA ENFERMAGEM**

O tema História de Enfermagem constituía conteúdo teórico ministrado, em geral, pela diretora da escola de enfermagem, muitas vezes no final do dia quando ela se liberava das funções burocráticas e administrativas. Sempre constituiu tema importante e caro para quem o ministrava e mantido tradicionalmente para lembrar o legado de Florence Nightingale, os precursores da atividade e instituições que prestavam assistência aos doentes. Não havia ainda muita preocupação em estudar a formação da identidade profissional da enfermagem.



**Tabla 1. Quadro das normas legais sobre Ensino e História da Enfermagem**

Ano	Norma legal	Título da disciplina	Carga horária curso
1923	Decreto 16.300, 31-12-1923	Bases históricas, éticas e sociais da Enfermagem	28 meses
1931	Decreto 20.109, 15-06-1931	Ética e História da Enfermagem	3 anos calendários
1949	Lei 775, de 06-08-1949 e Decreto 27.426, 14/11/1949	História da Enfermagem	36 meses calendários
1962	Parecer 271, 19-04-62	Ética e história da Enfermagem	3 anos letivos + habilitação
1963	Parecer 303, 06-10-63	Ética e história da enferm. e obstetrícia	3 anos letivos + habilitação
1965	Portaria 159,14-06-65		Fixa em 2430 horas ou 3240 hs c/ habilitação
1972	Parecer 163/1972	Exercício da Enfermagem (deontologia médica e legislação profissional)	2500 horas
1994	Portaria 1721/1994	História da Enfermagem	3500 horas
2001	Resolução CNE/CES 3, de 07-11-2001	Não cita aspectos históricos	4000 horas

Fonte: Ministério da Saúde, SESP – Enfermagem, legislação e assuntos correlatos. 3 vol, 1974

Um detalhe que pode passar despercebido é a indicação da duração do curso em “dois anos e quatro meses divididos em cinco séries” no Decreto nº. 16.300, de 31-12-1923 (Brasil, 1974), que aprovou o Regulamento do DNSP e criava uma escola para enfermeiras subordinada ao Serviço de Enfermagem desse Departamento. As alunas eram obrigadas a um serviço diário de 8 horas com dois meios dias de descanso por semana e uma quinzena anual de férias. Para bem cumprir essa exigência, as alunas deveriam compensar as faltas e folgas ao final do curso, resultando em mais 4 meses pelo menos, o que totalizaria dois anos e oito meses ou quase três anos. O espírito reinante entre as dirigentes das escolas era que as alunas deveriam cumprir rigorosamente a duração do curso.

O Decreto nº 20.109, de 15-06-1931(Brasil, 1974) tratava basicamente da equiparação de escolas de enfermagem ao padrão da Escola Ana Nery, e nada regulava sobre disciplinas ou duração do curso, mantendo-se pois o que já era prática da época. Assim, quando a Lei nº 775, de 6 de agosto de 1949, estabeleceu que o curso de enfermagem teria a duração de 36 meses e o de auxiliar de enfermagem, 18 meses, seguindo a tradição criada pela legislação anterior, enfermeiros docentes entenderam que a duração do curso deveria ser de 36 meses calendários. Ou com o período de três meses de férias anuais, seria de 4 anos

letivos. No curso de auxiliar de enfermagem havia menção ao conteúdo de noções de ética, mas não de história da enfermagem.

Em virtude dessa tradição que existia à época houve muita insatisfação das educadoras de enfermagem, com o Parecer n. 271, de 19 de abril de 1962 (Brasil, 1974), que estabelecia a duração do curso em três anos letivos. O Conselho Federal da Educação (CFE), à época, entendeu que o curso de 36 meses correspondia a três anos letivos, e não atendeu ao pleito das enfermeiras sobre os três anos calendários em quatro anos letivos. Mas, ante tantas queixas, o CFE criou a habilitação como quarto ano do curso. Essa questão ainda perdurou por longos anos, pois era sempre baseado em interpretação de legislações anteriores, pois somente em 1965 é que surgiu o conceito de carga horária, e coube ao curso de enfermagem o total de 2.430 horas.

O curso de auxiliar de enfermagem, criado pela Lei nº 775/49 (Brasil, 1974), tinha em seu programa o tema “noções de ética”, mas não a história da enfermagem. Legislação federal posterior, a Portaria MEC n. 106, de 28-04-1965 (Brasil, 1974), ao fixar o currículo mínimo para esse curso, previu explicitamente a disciplina Ética e História da Enfermagem. Entretanto, a primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, a Lei 4024, de 20 de dezembro de 1961 (Brasil, 1974) já estabelecia que esse nível de ensino seria da competência do sistema estadual de ensino,

o que na prática ainda demorou muito a acontecer. Mesmo com a Lei n. 5.692, de 11 de agosto de 1971, de Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2º graus (Brasil, 1974), o MEC ainda baixou as Resoluções CFE nº 7, de 18-04-1977 (Brasil, 1977a), e nº 8, de 18-04-1977 (Brasil, 1977b), regulamentando os cursos de auxiliar e de técnico de enfermagem. Nessa regulamentação a História da Enfermagem não constituía tema de inclusão obrigatória, embora muitos enfermeiros ministrassem esse conteúdo no início do curso, dentro de Fundamentos ou Introdução à Enfermagem, talvez por influência de norma anterior (Portaria n. 106/65),

Na década de 1960, surgiram os dois primeiros cursos de Técnico de Enfermagem, no Rio de Janeiro, seguidos de outros cursos nesse nível em todo o Brasil. Havia legislação própria para esse curso, mas subordinada ao sistema estadual de ensino, com requisitos específicos de licenciatura para os docentes. Espera-se e presume-se que, igualmente, enfermeiros licenciados estejam ministrando essa temática no conteúdo geral do curso para que eles também tomem conhecimento da dimensão histórica da profissão.

Na década de 1970, com o Parecer n. 163/72 (Brasil, 1974) o título da disciplina foi alterado para Exercício da Enfermagem, com inclusão de deontologia médica e legislação profissional, como se não existisse um Código de Ética ou de Deontologia de Enfermagem. Na época, o

sistema COFEN/CORENs não estava ainda criado. Por falta de melhor especificação de conteúdo, muitos enfermeiros por não dominarem a terminologia jurídica, sentiam dificuldade em discutir o conteúdo da legislação profissional existente. Assim, presume-se que enfermeiros docentes continuaram a ministrar o conteúdo já conhecido de História da Enfermagem, acrescidos do Código de Ética da Enfermagem da ABEn, até surgir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem do COFEN.

### **O QUE PENSAVAM AS PIONEIRAS SOBRE HISTÓRIA DA ENFERMAGEM**

Glete de Alcântara já afirmava, há 50 anos atrás, que “para desenvolver nos estudantes a compreensão das condições históricas que permitiram à enfermagem destacar-se da prática médica, secularizar-se e obter status de profissão, era necessário integrar a História da Enfermagem” (Alcântara, 1966) na história do mundo ocidental. Inserida como está na história dos acontecimentos humanos, seus objetivos, sob certos aspectos são comuns ao da história universal. Considerada a enfermagem como um dos segmentos da sociedade, os problemas atuais com que se defronta a profissão somente serão compreendidos mediante uma perspectiva histórica, uma vez que em seu passado são encontradas

as explicações do presente. No curso de graduação, os propósitos do ensino de história deveriam, segundo essa autora, ampliar horizontes culturais dos estudantes, desenvolver a capacidade de julgamento independente, a honestidade intelectual em relação aos trabalhos lidos e citados, a tolerância, o respeito pelas opiniões alheias, a capacidade de expressão, enfim conhecimentos, ideais, atitudes e hábitos.

De fato, todos os acontecimentos do presente constituem um reflexo de situações do passado, recente ou remoto, assim como eles irão, de alguma forma, acarretar conseqüências ou influir no futuro. Há, pois, um encadeamento dos fatos, ligando o passado ao presente e este ao futuro. Daí a necessidade de desenvolver o interesse e curiosidade intelectual do aluno, assim como despertá-lo para a responsabilidade profissional que deverá assumir como integrante das futuras gerações de enfermeiros, que saibam compreender os fatos históricos e suas repercussões.

O ensino de História da Enfermagem, relativamente ao conteúdo, não pode consistir numa sucessão de nomes de pessoas que exerceram atividades de enfermagem e relacionados aos quais simultaneamente, sejam citados fatos e acontecimentos sem que fosse apresentada uma compreensão integrada de todos esses elementos nos distintos cenários ao longo do tempo. Assim

escrevia Di Lascio, em 1985, que já reconhecia que o ensino dessa disciplina não fazia apelo ao estudante.

As conseqüências desses fatos podem ser percebidas até hoje, em que a História da Enfermagem, como parte das ciências humanas, continua relegada a espaços espremidos no início ou final de conteúdos considerados “nobres” da enfermagem. Com isso a carga horária fica reduzida ao mínimo necessário, se comparada com a duração citada por Alcântara em seu artigo, que era de 60 horas, e ministrada em dois períodos, no primeiro e no terceiro ano do curso de graduação.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Se considerarmos que a Enfermagem, no século XXI, teve sua carga horária legal definida em 4.000 horas para os cursos de graduação, é preciso reconhecer que foi efetivamente uma conquista, pois na União Européia desde a década de 1980, era obrigatório para os países desse bloco que os cursos tivessem 4000 horas. A partir de 2011 todos os cursos seguem as normas do Tratado de Bolonha, de 2000, e os países tiveram 10 anos para fazer as adaptações.

O desenvolvimento de pesquisas científicas a partir do marco histórico que foi o Levantamento de Recursos e Necessidades da Enfermagem no Brasil, de 1956-58, e a defesa por Dra Glete de Alcântara, da tese de cátedra em História da Enfermagem,

(Alcântara, 1963), desencadearam os avanços e os novos rumos da profissão. Evidentemente isso não teria ocorrido se o sistema nightingaleano não tivesse sido implantado no Brasil.

Ainda na década de 1960, houve a instituição da Comissão de Especialistas do ensino de enfermagem, de acordo com a Portaria Ministério da Educação nº 132/66<sup>7</sup> e Decreto nº 63.338/68 (Brasil, 1974). A primeira Comissão era composta por Waleska Paixão, Haydee Guanais Dourado, Circe de Melo Ribeiro, Izaura Barbosa Lima, e Maria Rosa Pinheiro. Já na década de 1970 foi criada a pós-graduação senso estrito, com programas de mestrado e doutorado, sendo que o primeiro doutorado acadêmico na América Latina foi criado em 1981, na Universidade de São Paulo. Esses programas projetaram enfermeiros para a carreira acadêmica chegando a professores titulares.

Ainda na década de 1970 foi criado o sistema COFEN/COREN, após uma longa luta de 28 anos das líderes da enfermagem brasileira. Em seguida foram criados os vários sindicatos de enfermeiros e a Federação Nacional de Enfermeiros.

Portanto, no campo da legislação, o Brasil conta com normas legais específicas tanto para o exercício profissional como para o ensino em todos os níveis. A ênfase dos órgãos governamentais à carga horária teórica acabou reduzindo as horas de estágio prático de campo para 20% do total de 4000 horas, no caso do curso de graduação de

enfermagem. Isso significa que 3.200 horas são dedicadas a aulas teóricas. Nessa circunstância, não seria esse o momento propício para melhorar e ampliar o conhecimento da história da própria profissão e de desenvolver as habilidades para formação ou consolidação da identidade profissional da enfermagem (Souza Campos & Oguisso, 2008)?

Hoje é possível sentir reconhecimento social da profissão, maior valorização dos enfermeiros e até mesmo a identificação das diferentes categorias, pois as novelas têm divulgado essa diferenciação, quando as personagens, atrizes se apresentam como Técnica de Enfermagem, por exemplo. Entendemos que seja resultado do trabalho que o COFEN, CORENs e ABEn com suas seccionais vêm desenvolvendo.

Evidentemente, constitui uma conquista do século XXI a criação da Academia Brasileira de História da Enfermagem - ABRADHENF com sua tônica de interdisciplinaridade, em 2010, não por acaso, na data do centenário da morte de Florence Nightingale. Exatamente por isso, a própria Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu o ano de 2010 como o Ano Internacional da Enfermeira (Fernandes, 2010). Coroando esses acontecimentos, ocorreu a fundação da Federação Ibero-americana de História da Enfermagem (FIAHE), em Lisboa, 2009, cujos Estatutos foram aprovados em novembro de 2011, em Alicante, Espanha, e

registrados no México. Também houve a fundação da Sociedade Portuguesa de História da Enfermagem, em 2010, e da Associação Nacional de História da Enfermagem (ANHE), em Lisboa, Portugal, em 2011.

Mas, na sala de aula, é sem dúvida, o entusiasmo do professor, o idealismo, a convicção, a experiência profissional e a sinceridade com que ministra as aulas, além do necessário conhecimento, que são fatores imprescindíveis para despertar a motivação e o interesse dos alunos para essa importante área de domínio do campo de saber da enfermagem.

Docentes e pesquisadores de História da Enfermagem necessitam continuar contribuindo com sua produção científica para torná-la cada vez mais consistente não apenas quanto à sua abrangência, conteúdo e enfoques como também quanto aos métodos e processos de pesquisa. Historiadores e outros profissionais já estão adensando seus estudos sobre esse tema, o que demonstra a amplitude que esse campo ainda oferece e as possibilidades de novos estudos de grande interesse social e cultural, além da titulação para seus autores.

Finalmente, cabe repetir segundo Glete de Alcântara, de que os “propósitos do ensino de história deveriam ampliar horizontes culturais dos estudantes,

desenvolver a capacidade de julgamento independente, a honestidade intelectual em relação aos trabalhos lidos e citados, a tolerância, o respeito pelas opiniões alheias, a capacidade de expressão, enfim conhecimentos, ideais, atitudes e hábitos” (Alcântara, 1966). Para adaptar aos novos tempos, poderia se acrescentar “e contribuir para a formação ou consolidação da identidade profissional da Enfermagem brasileira” (Oguisso, 2000).

## REFERÊNCIAS

- Alcântara G. (1957). *Brief review of nursing in Brazil*. [S.l.]: Ministério da Educação e Cultura.
- Alcântara, G. (1963). *Enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculo a sua expansão na sociedade brasileira* [tese de concurso à cátedra]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, anexa à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.
- Alcântara, G. (1966). O ensino de ética e história da enfermagem. *Rev. Bras Enferm*, 19(4), 393-402.
- Associação Brasileira de Enfermagem. (1980). *Levantamento de recursos e necessidades da Enfermagem: 1956-1958*. [Relatório final]. Brasília, DF: Associação Brasileira de Enfermagem.
- Brasil. (1974). Ministério da Saúde. *Enfermagem, legislação e assuntos correlatos*. 3. ed. Rio de Janeiro: Serviço Especial de Saúde Pública; 1974. 3 vol.
- Brasil. (1977a). Ministério da Educação e Cultura. Conselho Federal de Educação. Resolução nº 7, 18 de abril de

1977. *Documenta*, 197, pp. 191-2, 18 abr 1977.
- Brasil. (1977b). Ministério da Educação e Cultura. Conselho Federal de Educação. Resolução nº 8, de 18 de abril de 1977. *Documenta*, 197, pp. 192-3. 18 abr 1977.
  - Brasil. (1994). Ministério da Educação e do Desporto. Portaria nº 1.721, de 15 de dezembro de 1994. Fixa os mínimos de conteúdo e duração do curso de graduação em Enfermagem [Internet]. Brasília, DF. Recuperado de: [http://www.lex.com.br/doc\\_11078549\\_portaria\\_n\\_1721\\_de\\_15\\_de\\_dezembro\\_de\\_19](http://www.lex.com.br/doc_11078549_portaria_n_1721_de_15_de_dezembro_de_19)
  - Brasil. Decreto nº 5.773, de 09 de maio de 2006. *Diário Oficial da União*. Brasília, maio de 2006. Seção I, pp. 6.
  - Brasil. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, dezembro de 1996. Seção I, pp. 27833
  - Brasil. Parecer nº 314, de 06 de abril de 1994. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, novembro de 1994. Seção I, pp. 17991.
  - Brasil. Resolução CNE/CES nº 3, de 07 de novembro de 2001. *Diário Oficial da União*. Conselho Nacional de Educação, Brasília, novembro de 2001. Seção I, pp. 37.
  - Breay, M., Fenwick E. G. (1931). *History of the International Council of Nurses, 1899-1925*. Geneva: The International Council of Nurses.
  - Carvalho, A. C. (1965). Histórico da Escola de Enfermagem Lauriston Job Lane. *Revista Bras. Enferm.*, 18(2-3), pp. 151-6.
  - Carvalho, A. C. (1976). *Associação Brasileira de Enfermagem: documentário 1926-1976*. Brasília, DF: Associação Brasileira de Enfermagem.
  - Carvalho, A. C. (1992). *Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: resumo histórico*. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP.
  - Di Lascio, C. M. S. (1985). O ensino da história na formação do enfermeiro. *Rev Bras Enferm.*, 38(2), 126-37.
  - Fernandes, C. (2010). A Organização das Nações Unidas (ONU) lançou a proposta para o mundo da Enfermagem estabelecer em 2010 o Internacional da enfermeira. *Recanto das Letras*. 2010. Recuperado de: <http://www.recantodasletras.com.br/artigos/2328920>.
  - Fernandes, J. D., Silva, R. M. O., Calhau, L. C. (2011). Educação em enfermagem no Brasil e na Bahia: o ontem, o hoje e o amanhã. *Enfermagem em Foco*, 2 (supl), 63-7.
  - History of Nursing Society [Online]. London, United Kingdom. [acesso em 2017 jan. 10]. Recuperado de: <https://www.rcn.org.uk/get-involved/forums/history-of-nursing-society>.
  - Khoury, Y. A. (2004). *Guia dos arquivos das Santas Casas de Misericórdia do Brasil: fundadas entre 1500 a 1900*. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, PUC-SP/CEDIC, FAPESP. 2 vol.
  - McGann, S., Crowther, A., Dougall, E. (2009). *A history of the Royal College of Nursing 1916-1990: a voice for nurses*. Manchester, Great Britain: Manchester University Press.
  - Mott, M. L. (1999). Discutindo a História da Enfermagem em São Paulo (1890-1920). *Cad. Pagu*, 13, 327-55.
  - Mott, M. L, Tsunehiro, M. A. (2001). Os cursos de enfermagem da Cruz Vermelha Brasileira e o início da Enfermagem Profissional no Brasil. *Revista Bras. Enferm.*, 55(5), 592-99.
  - Oguisso, T. (2000). Memória e história: Centro Histórico-Cultural da Enfermagem Ibero-americana. *Esc. Anna Nery Revista de Enfermagem*, 4(3), 359-367.
  - Parsons, E. (1927). Modern nursing in Brazil. *The ICN*, 2(4), 292-302
  - Paixão, W. (1951). *Páginas da História de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Universidade do Brasil.
  - Pinheiro, M. R. S. (1967). Histórico da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. *Rev. Esc. Enferm USP*, 1(1), 3-47.
  - Souza Campos, P. F., Oguisso, T. (2008). A Escola de Enfermagem da

- Universidade de São Paulo e a reconfiguração da identidade profissional da Enfermagem Brasileira. *Revista Bras. Enferm.*, 61(6), 892-8.
- Stodart, K. (1993). Suffrage: a pioneer for nursing. *Nursing New Zealand*, 1(6), 28-9.





## ANTROPOLOGÍA

### **Discriminación social y conducta sexual de hombres que tienen sexo con hombres en América Latina: Una revisión sistemática**

**Social discrimination and sexual behavior of Latin American men who have sex with men: a systematic review**

**Discriminação social e comportamento sexual de homens latino-americanos que fazem sexo com homens: uma revisão sistemática**

**Francisco Javier Báez Hernández<sup>1</sup>, María Aracely Márquez Vega<sup>2</sup>, Raquel Alicia Benavides Torres<sup>3</sup>, Vianet Nava Navarro<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Maestro en Ciencias de Enfermería. Profesor investigador e Integrante del Cuerpo Académico de Enfermería Comunitaria de la Facultad de Enfermería. Correo electrónico: javier.baez@correo.buap.mx.

<sup>2</sup>Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora investigadora de la Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, México. Correo electrónico: aracely\_marquez000@hotmail.com

<sup>3</sup>Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora investigadora de la Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, México. Correo electrónico: rabenavi@gmail.com

<sup>4</sup>Maestra en Ciencias de Enfermería. Profesora investigadora e Integrante del Cuerpo Académico de Enfermería Comunitaria de la Facultad de Enfermería, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México. Correo electrónico: vianetnn28@hotmail.com

Cómo citar este artículo en edición digital: Báez, F. J., Márquez, M. A., Benavides, R.A. & Nava, V. (2019). Discriminación social y conducta sexual de hombres que tienen sexo con hombres en América Latina: Una revisión sistemática. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 23 (55). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.55.11>

Correspondencia: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla 25 poniente 1304, colonia Volcanes, Puebla, México. Código Postal: 72410. Teléfono: + 52 01 222 229 5500 (Ext. 2608).

Correo electrónico de contacto: [javier.baez@correo.buap.mx](mailto:javier.baez@correo.buap.mx).

### ABSTRACT

**Introduction:** men who have sex with other men (MSM) suffer discrimination, which leads to HIV/AIDS risky sexual behavior. **Objective:** To examine the evidence available on the relationship between social discrimination and risky sexual behavior of adult Latin American MSM with and

without a diagnosis of HIV/AIDS. **Methodology:** a systematic review was carried out following the PRISMA guidelines. The inclusion criteria were complete text research articles written in English and Spanish, with no restriction on the date of publication. Search chains were constructed. The articles were analyzed with what established in the HCPRDU

assessment tool for quantitative studies. Results: twelve studies published between 2000 and 2014 were included. The evidence suggests that the participants with and without a diagnosis of HIV/AIDS suffer some type of discrimination related to unprotected anal intercourse. Conclusions: the results evidence the lack of explanatory models that may improve the course of professional care practice.

**Key words:** social discrimination, sexual behavior, men who have sex with men, systematic review.

### RESUMEN

Introducción: los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) son víctimas de discriminación, lo cual los lleva a presentar conductas sexuales de riesgo. Objetivo: examinar la evidencia disponible sobre la asociación entre discriminación social y conducta sexual de riesgo en HSH de América Latina con y sin diagnóstico de VIH/sida. Metodología: se realizó una revisión sistemática siguiendo los lineamientos PRISMA. Los criterios de inclusión fueron artículos de investigación en inglés y en español, sin restricción con respecto a los años de publicación; se construyeron cadenas de búsqueda. Las bases de datos utilizadas fueron: CONRYCIT, EBSCO, PUBMED, WEB OF SCIENCE, SCOPUS, CINAHL y ProQues. Resultados: se incluyeron 12 estudios publicados entre los años 2000 a 2014. La evidencia científica sugiere que los participantes con y sin VIH/sida sufren algún tipo de discriminación que se relaciona con el coito anal sin protección. Conclusión: se encuentra una falta de modelos explicativos que orienten de mejor manera la práctica de cuidado profesional.

**Palabras clave:** discriminación social, conducta sexual, hombres que tienen sexo con hombres, revisión sistemática.

### RESUMO

Introdução: homens que fazem sexo com homens (HSH) são vítimas de discriminação, o que leva a comportamentos sexuais de risco presentes. Objetivo: Examinar as evidências disponíveis sobre a

associação entre discriminação social e comportamento sexual de risco entre HSH na América Latina com e sem diagnóstico de HIV / AIDS. Metodologia: Uma revisão sistemática foi realizada seguindo o PRISMA diretrizes. Os critérios de inclusão foram artigos de pesquisa em Inglês e Espanhol, com nenhuma restrição sobre os anos de publicação; seqüências de pesquisa foram construídas. As bases de dados utilizadas foram: CONRYCIT, EBSCO, PubMed, Web of Science, Scopus, CINAHL e ProQues. Resultados: 12 estudos publicados entre 2000 e 2014. A evidência científica sugere que os participantes com e sem o HIV / SIDA sofrem de alguma forma de discriminação relacionadas com o sexo anal foram incluídos. Conclusão: há uma falta de modelos explicativos para orientar a prática melhor atendimento profissional.

**Palavras-chave:** discriminação social, comportamento sexual, homens que fazem sexo com homens, revisão sistemática.

### INTRODUCCIÓN

El VIH sida continúa siendo uno de los problemas más graves de salud pública del mundo, especialmente en los países con ingresos bajos y medios (Organización Mundial de la Salud, [OMS], 2013), lo cual reduce la esperanza de vida de hasta por 13 años a las personas no diagnosticadas oportunamente con esta enfermedad (May, Gomples & Sabin, 2010). Además del deterioro de la inmunidad celular y humoral que sufre la persona infectada (Owen, Punt, Stratford & Jones, 2014), le ocasiona altos costos económicos, sociales y familiares (Bautista, Dmytraczenko, Kombe & Bertozzi, 2008; OMS, 2014).

A nivel mundial en el 2012, se tenían reportados 35, 3 millones de personas con VIH y se calculó que el 0.8% tenían edades entre los 15 y los 49 años. En América Latina

y el Caribe, la epidemia de VIH continúa con tendencias de estabilización en niveles comparativamente bajos; sin embargo, esta enfermedad continúa afectando primordialmente al grupo de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2009). Éstos se caracterizan por tener conductas sexuales de riesgo, como el coito anal sin protección, múltiples parejas sexuales y un elevado consumo de alcohol y/o drogas antes de sus relaciones sexuales (Groves, Rendina, Breslow, Ventuneac, Adelson & Parsons, 2013).

Dichas prácticas están casi siempre precedidas por experiencias de discriminación y estigma social, así como de violencia física y/o emocional (Harper & Schnerider, 2003), mismas que han manifestado comportamientos de ansiedad, depresión y homofobia internalizada (Meyer, 2013).

En este sentido, si se considera que a pesar de que en América Latina han comenzado a establecerse políticas públicas con una mayor inclusión y reconocimiento para este grupo poblacional, como el haber despenalizado la conducta homosexual en 2008 en los países de Nicaragua y Panamá (Amnistía Internacional [AI], 2008), así como el legalizar y regularizar los matrimonios y adopciones por parte de parejas del mismo género en países como Argentina, Brasil, Uruguay y la ciudad de México (Pecheny & De la Dehesa, 2011), la discriminación social por orientación sexual y/o identidad de género aún es elevada

(Grant, 2011). Una de las posibles causas es el arraigo cultural proveniente de la historia nacional y latinoamericana, mismas que están profundamente ligadas a las relaciones de clase, que aluden no sólo a la forma de constitución histórica, sino también a los procesos de construcción de sentido social, a la gestación de valores, formas de apreciación y modelos estéticos, los cuales son consecuentes con las clasificaciones sociales y que contribuyen a su reproductividad (Margulis & Urresti, 1999).

Estos hechos hacen suponer que, en América Latina, la relación entre la discriminación social y la conducta sexual de riesgo en los HSH, es mucho más evidente, en comparación con otros lugares del mundo.

Aunado a que el resultado de un meta análisis que determinó la fuerza de la evidencia para los efectos de la discriminación como un factor de estrés sobre la salud de grupos vulnerables, se encontró que esta variable, a través de la exposición repetida, sugiere una relación curvilínea y/o aditiva con las manifestaciones clínicas de salud física y mental, que incluyen una mayor angustia psicológica, un aumento de los síntomas depresivos y de estrés fisiológico. Esta situación coloca a las personas en un mayor riesgo de involucrarse en conductas no saludables, así como en una disminución en la participación para adquirir comportamientos saludables (Folch, Muñoz, Zaragoza & Casabona, 2009).

En este orden de ideas, investigaciones que abordan a una población de HSH que habitan en zonas urbanas y rurales de Estados Unidos, África, Europa y Asia, mencionan que, tanto los factores sociales, como las experiencias de discriminación social y el estigma proveniente de la orientación sexual, se encuentran asociados a un mayor riesgo de contraer el VIH Sida (Pascoe & Richman, 2009; Frye, Nandi, Egan, Cerda, Greene, Van -Tieu, et al., 2014; Preston, D'Augelli, Kassab, Cain, Schulze & Starks, 2004; Choi, Hudes & Steward, 2008).

A todo esto, se puede agregar que hasta este momento no se ha encontrado evidencia de síntesis de literatura actualizada que permita explicar o describir la relación entre estos conceptos en una población de HSH en edad adulta, en Latinoamérica, por lo que es necesario plantear el siguiente objetivo de investigación: examinar la evidencia disponible sobre la relación que tiene la discriminación social en la conducta sexual de riesgo de hombres que tienen sexo con hombres en edad adulta en Latinoamérica, así como contrastar estas variables, de acuerdo a la presencia o ausencia de VIH sida.

## **METODOLOGÍA**

Se realizó una revisión sistemática siguiendo las etapas de PRISMA Statement (Liberati, Altman, Tetzlaff, Mulrow, Gøtzsche, Ioannidis, et al., 2009), para lo

cual se utilizaron los siguientes criterios de inclusión: se consideraron artículos de investigación cuantitativa de texto completo, en inglés y en español, sin restricción en los años de publicación, que estudiaran la relación de los conceptos de discriminación social y conducta sexual de riesgo. Así también, dichos artículos abordan como sujetos de estudio a hombres que tienen sexo con hombres, de origen latino, mediante las descripciones y similitudes establecidas en el MeSh. Los criterios de exclusión fueron: textos editoriales, artículos duplicados, tesis y disertaciones que no se adecuaban al objetivo de estudio.

Para la indagación de la evidencia científica, se utilizaron operadores booleanos (AND, OR) y se construyeron cadenas de búsqueda (Tabla 1). Se utilizó el administrador bibliográfico End Note, donde se almacenaron y se procesaron todos los registros.

Las bases de datos consultadas fueron: Consorcio Nacional de Recursos de Información Científica y Tecnológica (CONRYCIT), EBSCO, PUBMED, WEB OF SCIENCE, SCOPUS, CINAHL y ProQuest. La última búsqueda se llevó a cabo el 19 de enero de 2017.

El proceso de selección de los estudios se realizó en tres etapas: la primera fue la eliminación de duplicados, la siguiente se refirió a la exploración minuciosa de títulos y resúmenes y la tercera fue la revisión general del texto completo.

Los artículos incluidos fueron analizados en cuanto a su calidad metodológica, según lo establecido en la Herramienta de Valoración Crítica para Estudios Cuantitativos (HCPRDU), desarrollado por Long, Godfrey, Randall, Brettle, y Grant, (2002) de la University of Leeds, Nuffield Institute for Health, Leeds. Dicho Instrumento contiene seis secciones: 1.-visión general del estudio, 2.- metodología y muestra, 3.- ética, 4.- comparabilidad y medición de resultados, 5.- implicaciones políticas y prácticas, 6.- otros comentarios.

Debido a la dificultad de cuantificar el peso de cada característica metodológica, se decidió no asignar arbitrariamente ningún valor numérico. La valoración fue cualitativa de manera dicotómica, con calificaciones de “cumple (C)” o “No Cumple (X)”, de acuerdo con la presencia o riesgo. De éstos, 13 no fueron elegibles al no incluir HSH de origen latino, obteniendo un total de 12 investigaciones que cumplieron con los criterios de inclusión (Figura 1).

## RESULTADOS

Se revisaron 166 artículos en texto completo que contenían los conceptos de estudio, de los cuales 25 fueron elegibles al demostrar que relacionaban las variables de discriminación social y conducta sexual de ausencia del criterio estudiado. Para la valoración de contenido, se construyó por parte de los investigadores, una matriz de análisis que contempla los siguientes criterios: 1.- código: nombre del autor, año, población, número de participantes, rango de edad, identidad sexual (transexual, homosexual, bisexual, otro), 2.- tipo de sexo: oral, anal, vaginal masturbación mutua, usos de juguetes sexuales, 3.- tipo de muestreo, 4.- resultados estadísticos para cada una de las variables, 5.- resultados en la correlación entre los conceptos de estudio.

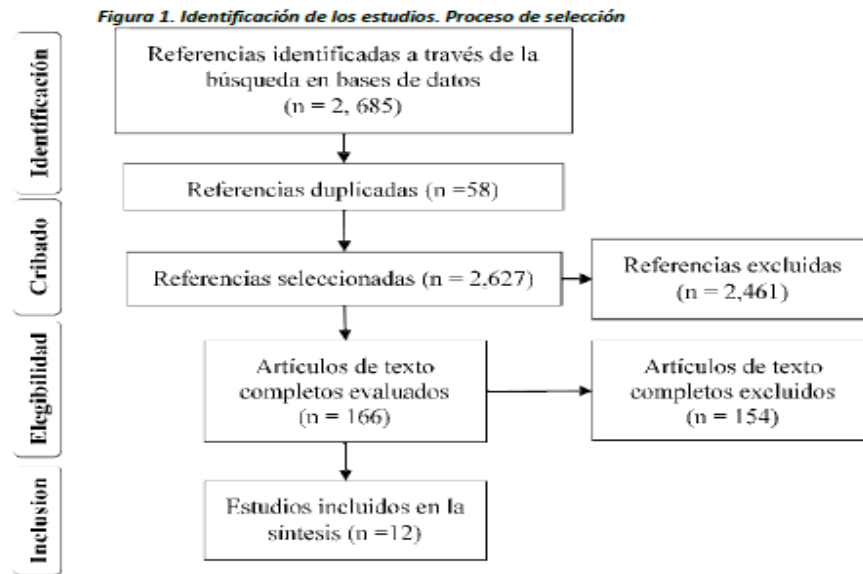
Los criterios antes mencionados se presentaron en tablas de resúmenes de contenido y evaluación metodológica.

**Tabla 1**

Palabras claves en PubMed correspondiente a cada elemento de búsqueda.

Búsqueda de elementos	Palabras Clave en PubMed
Social discrimination	Stigma, homophobia, physical violence, emotional violence, internalized homophobia
Sexual behavior	high risk sex, safe sex, protected sex, unsafe sexual behavior, risk reduction behavior, unprotected anal intercourse, unprotected sex
MSM	Gay, men who have sex with men, homosexual, bisexual
Hispanic Americans	Latin, Hispanic, Latin America

Fuente: Tabla elaborada por los autores



**Tabla 2**  
Valoración crítica

Author	AA	BB	CC	DD	EE	FF	GG	HH	II	JJ	KK	LL	MM	NN
Ayala et al.	C	C	C	X	C	C	C	X	C	C	C	X	C	C
Cunha et al.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Díaz et al.	C	X	X	X	X	C	C	X	C	C	C	C	C	C
Dolezal, et al.	C	C	C	C	X	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Dudley et al.	C	C	X	X	X	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Estrada et al.	C	C	C	C	X	X	C	C	C	C	C	X	X	C
Hatzenbuehler.	C	C	C	C	C	X	C	C	C	C	C	X	X	C
Hatzenbuehler.	C	C	C	C	X	C	C	X	C	C	C	X	X	C
Ortiz et al.	C	C	C	C	C	X	C	X	C	C	C	X	X	C
Jarama et al.	C	X	X	C	X	X	C	X	C	C	C	C	C	C
Mizuno, et al.	C	X	C	X	X	X	C	C	C	C	C	C	C	C
Nakamura, et al.	C	C	C	C	X	C	C	C	C	C	C	X	X	C

Fuente: HCPRDU, 2002.

n=12

Clave: C: Cumple

X: No cumple (parcialmente)

AA Bibliográficos

FF Ajustes

KK Escalas de Medición

BB Propósito

GG Muestra

LL Implicaciones Políticas

CC Conclusiones

HH Ética

MM Implicaciones Practicas

DD Resumen

II Grupos de comparación

NN Referencias Bibliográficas

EE Diseño

JJ Resultados

### Características de la población de estudio

El rango de edad de los HSH fue de 18 a 40 años, con una edad media de 32.75. La educación reportada es de estudios universitarios ( $f= 7$ ; 58%), y de secundaria o diploma técnico equivalente ( $f= 4$ ; 34%); sólo un estudio no refiere escolaridad de los encuestados ( $f= 1$ ; 8%).

En cuanto al abordaje de la variable conocimiento sobre VIH sida, solo dos investigaciones lo abordaron, ubicando a la población en la categoría de buenos conocimientos.

Con respecto a la condición de VIH positivo, se encontraron siete investigaciones en las que se refiere tener más de un tercio de la muestra de estudio con este padecimiento. En dos de estos estudios se encontró que el período de diagnóstico fue de 6 a 8.2 años.

Con respecto al país de origen de los HSH, se encontraron estudios realizados en Rio de Janeiro, Brasil (2014) y otro en la Ciudad de México (2005). Los restantes ( $f= 10$ ; 83%) se efectuaron en una población de origen migrante en Estados Unidos (mexicanos, salvadoreños, guatemaltecos, cubanos y puertorriqueños), en regiones como Nueva York, California, los Ángeles, Miami, y San Francisco, durante los años 2000 a 2012.

Todos los estudios refieren que su muestreo fue por conveniencia y obtenido de lugares heterogéneos como: bares, lugares de encuentro, centros comunitarios,

organizaciones de servicios de VIH sida, escuelas y, recientemente, a través de las redes sociales.

### Resultados de la discriminación social

Para esta variable se encontró que el estigma social, la violencia física y/o emocional, así como la homonegatividad internalizada se relacionan ( $f= 4$ ) con grados de depresión y ansiedad en los HSH. El estigma social ( $f=9$ ) y la homonegatividad internalizada ( $f=6$ ) se reportan en la mayoría de los estudios, con una intensidad percibida de mínima a intensa. Asimismo, los autores describen que la población estudiada mantiene una conducta de ocultamiento de su orientación sexual frente a la sociedad y su familia, por temor al rechazo y a la discriminación.

En cuanto a la violencia física y/o emocional, se halló que un alto porcentaje de HSH con VIH, manifiesta haber sufrido por lo menos una vez en su vida, alguna experiencia de violencia emocional; llegando una tercera parte a las agresiones físicas y sexuales. Los lugares donde reportan haber sido víctimas de estas discriminaciones, han sido en sus lugares de trabajo, escuela y en su entorno familiar.

### Resultados de la conducta sexual de riesgo

La identidad sexual de los HSH se reporta en la mayoría de los estudios como homosexuales ( $f=9$ ), seguido de bisexuales ( $f=5$ ) y, en menor proporción con los

adjetivos de: “raras”, “maricón”, “amanerado”, “no recta” y “joto” ( $f=2$ ).

Para el tipo de sexo que practican, se encontró en doce artículos la práctica de sexo anal sin protección, ya sea de manera receptiva ( $f=7$ ), insertiva ( $f=6$ ) o ambas ( $f=7$ ). Sólo dos artículos refirieron la práctica de sexo oral y en ningún estudio se hace mención del uso de juguetes sexuales ni de la masturbación mutua.

En cuanto al número de parejas sexuales, se encontró en ocho artículos un rango de una a siete, en un período de seis a doce meses. Para el comportamiento sexual acompañado por el consumo de estupefacientes, se halló en cinco trabajos de investigación, un porcentaje por arriba del 50% para el consumo de alcohol, en dos, por debajo del 50% y sólo un artículo mencionó un bajo o nulo consumo. En cuanto al uso de drogas, cinco investigaciones refieren porcentajes del 45% al 2.6%, siendo las más común la marihuana.

### **Resultados de la relación entre la discriminación social con la conducta sexual de riesgo**

Los doce estudios afirman que la homofobia internalizada, la discriminación hacia su homosexualidad, las experiencias de homofobia, así como cualquier tipo de violencia física o emocional, se relacionan con la conducta sexual de riesgo, caracterizada en su mayoría por el coito anal sin protección (receptivo e insertivo) y un alto consumo de alcohol y/o drogas antes o durante sus relaciones sexuales ( $f=5$ ). En tres

de estos estudios se reportan ajustes de estadística multivariada para encontrar dichas relaciones. Otras tres investigaciones no reportan relaciones significativas entre la homofobia internalizada con el número de parejas sexuales y el sexo anal sin protección (Tabla 3).

## **DISCUSIÓN**

El presente trabajo examinó la evidencia disponible respecto a la relación que tiene la discriminación social con la conducta sexual de riesgo de hombres que tienen sexo con hombres en edad adulta, en Latinoamérica. En cuanto a la calidad metodológica se observa que en su mayoría son estudios transversales con un muestro no aleatorizado, características que tienen el inconveniente de la adimensionalidad temporal, la cual imposibilita la interpretación en términos de causalidad, así como la generalización de los resultados (Hernández, Garrido & López, 2000). Este hecho demuestra la dificultad para abordar a este tipo de población, sin embargo, no es una limitante para el uso de la estadística predictiva (regresiones jerárquicas), así como para la elaboración de un modelo explicativo de la conducta sexual de riesgo en los HSH (análisis path).

Con referencia a las características de los HSH, se coincide con las estadísticas mundiales, al referir que es el grupo más propenso de contraer no solo el VIH, sino otras infecciones de transmisión sexual.



Dada esta situación, se podría cuestionar el abordaje de poblaciones más jóvenes como el grupo de adolescentes, las cuales implicarían, más que un reto en los aspectos éticos, una oportunidad para promover conductas de salud sexual responsable para la edad adulta.

Por otra parte, el concepto de discriminación social se vio como un constructo que contenía cualquier expresión de represión, rechazo y exclusión social, lo que se confirmó en los 12 estudios, al referir cualquier cambio en los estados de bienestar: físico (VIH), emocional (depresión y ansiedad), mental (homofobia internalizada) y de bienestar social (ocultamiento de su sexualidad y discriminación), relacionadas con su sexualidad. Estos conceptos pueden ser identificados como variables que contribuyen y potencializan la conducta sexual de riesgo (sexo anal sin protección, múltiples parejas sexuales y mayor consumo de alcohol y/o drogas durante las relaciones sexuales), en comparación con los hombres que no tienen relaciones sexuales con hombres. De igual manera, se observó que variables como el apoyo social (familia y amigos) y la aceptación de su orientación sexual, pueden fungir como situaciones que favorecen la responsabilidad en las conductas sexuales, por lo tanto, deben ser consideradas en las intervenciones que se realizan con los HSH.

En cuanto a la relación de la discriminación social con la conducta sexual de riesgo, se encontró en ocho de los 12 artículos de investigación, relaciones

estadísticamente significativas y con un alcance predictivo en sus resultados. Esto pudo haberse debido al reconocimiento y ajuste estadístico que realizaron los autores para las variables de edad, grado de escolaridad, personalidad, situación económica, estrés psicológico, entre otros. Por ende, el concepto de discriminación social podría ser condicionante que, junto con otras variables prediga la conducta sexual de riesgo.

Asimismo, cabe señalar que, con excepción de dos investigaciones, una realizada en Brasil (2014) y otra en México (2005), las demás se realizaron en los Estados Unidos con población migrante latina, situación que podría afectar las condiciones de discriminación social y las características de la conducta sexual. Los resultados obtenidos nos invitan a profundizar y a actualizar el conocimiento de estas relaciones conceptuales, a fin de establecer programas de intervención, con el objetivo de promover una conducta sexual responsable, así como la disminución en las tasas de prevalencia de infecciones de transmisión sexual, tales como el VIH sida.

## **CONCLUSIONES**

Esta revisión sistemática tiene sus limitantes al sólo haberse enfocado en población latina, así como en cuanto a la atemporalidad de sus diseños de corte cuantitativo y tipo de muestreo, lo que conlleva a evidenciar vacíos de conocimiento con respecto al desarrollo o construcción de la conducta sexual de los

HSH, así como la falta de modelos explicativos, desde la perspectiva de los países de América latina, que permitan orientar la práctica de atención y cuidado profesional particular.

- Bautista, A. S., Dmytraczenko, T., Kombe, G. & Bertozzi, S. M. (2008). Consting of Scaling up HIV/AIDS treatment in México. *Salud Pública de México*, 50, s437-s444.

Tabla 3

Relación de las variables de discriminación social y la conducta sexual de riesgo

No	Autor	VIH	1/A	1/B	1/C	2/A	2/B	2/C	3/A	3/B	3/C
1	Ayala et al.	P				R			R		
2	Cunha et al	P							R		
3	Díaz et al	P							R	R	
4	Dolezal, et al					R		R			
5	Dudley et al				R						
6	Estrada et al					R					
7	Hatzenbuehler	P	R		R			R			
8	Hatzenbuehler	P				R					
9	Ortiz et al		R		R	R		R			
10	Jarama et al					R	R				
11	Mizuno, et al	P				R			R		
12	Nakamura, et al	P	R		R				R		

Clave: P: Positivo  
 1: Homofobia internalizada/  
 2: Estigma social  
 3: Violencia física/emocional

R: Relación entre conceptos  
 A: Relaciones sexuales sin protección  
 B: Múltiples parejas sexuales  
 C: Elevado consumo de alcohol y/ drogas

## BIBLIOGRAFÍA

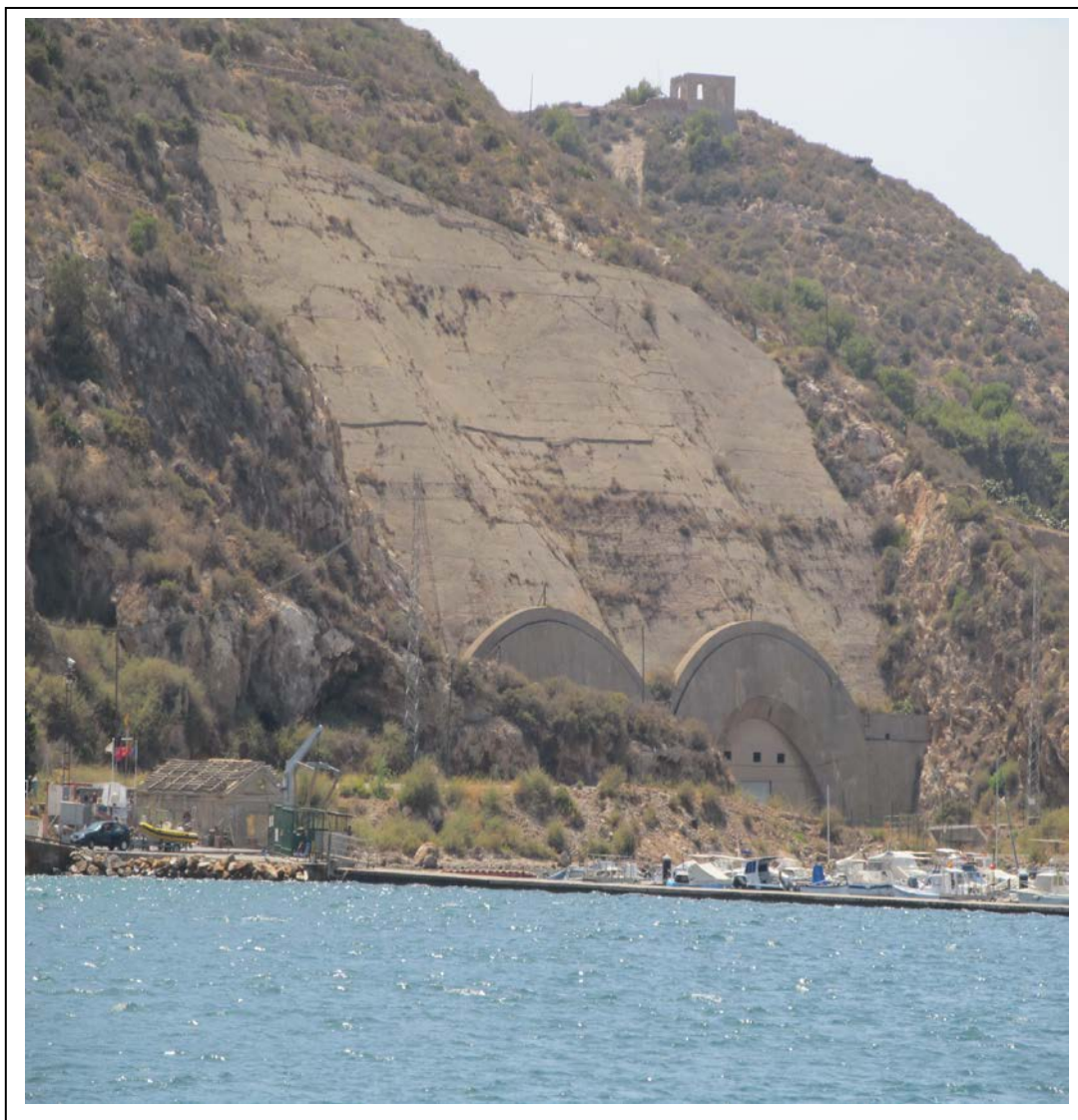
- Amnistía Internacional. (2008). *Amor, Odio y ley. Despenalizar la Homosexualidad*. Recuperado de <https://www.amnesty.org/en/documents/pol30/003/2008/en/>
- Ayala, G., Bingham, T., Kim, J., Wheeler, D. P. & Millett, G. A. (2012). Modeling the Impact of Social Discrimination and Financial Hardship on the Sexual Risk of HIV Among Latino and Black Men Who Have Sex With Men. *American Journal of Public Health*, 102, S242-S249. doi: 10.2105 / AJP.2011.300641
- Choi, K. H., Hudes, E. S. & Steward, W. T. (2008). Social discrimination, concurrent sexual partnerships, and HIV risk among men who have sex with men in Shanghai, China. *AIDS Behav*, 12, S71-S77. doi: 10.1007 / s10461-008-9394-0.
- Cunha, C. B., De Boni, R. B., Guimarães, R. C., Yanavich, C., Veloso, V. G., Moreira, R. I., ... Friedman, R. K. (2014). Unprotected sex among men who have sex with men living with HIV in Brazil: a cross-sectional study in Rio de Janeiro. *BMC Public Health*, 14, 379. doi: 10.1186/1471-2458-14-379.

- Díaz, R. M., Ayala, G. & Bein, E. (2004). Sexual risk as an outcome of social oppression: Data from a probability sample of Latino gay men in three U.S. cities. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 10, 255 – 267. doi.org/10.1037/1099-9809.10.3.255
- Dolezal, C., Carballo, A. D., Nieves, R. L. & Díaz, F. (2000). Substance Use and Sexual Risk Behavior: Understanding their Association among Four Ethnic Groups of Latino Men Who Have Sex with Men. *Journal of Substance Abuse*, 11, 323-36. doi.org/10.1016/S0899-3289(00)00030-4
- Dudley, M. G., Rostosky, S. S., Korfhage, B. A. & Zimmerman, R. S. (2004). Correlates of high-risk sexual behavior among young men who have sex with men. *AIDS Education and Prevention*, 16, 328-40. doi: 10.1521/aeap.16.4.328.40397
- Estrada, F., Rigali-Oiler, M., Arciniega, G. M. & Tracey, T. J. (2011). Machismo and mexican american men: An empirical understanding using a gay sample. *Journal of Counseling Psychology*, 58, 358-67. doi: 10.1037 / a0023122.
- Folch, C., Muñoz, R., Zaragoza, K. & Casabona, J. (2009). Sexual risk behaviour and its determinants among men who have sex with men in Catalonia, Spain. *Euro Surveill.* 14(47): pii=19415. Recuperado de <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19415>
- Frye, V., Nandi, V., Egan, J., Cerda, M., Greene, E., Van -Tieu, H., ... Koblin, B. A. (2014). Sexual Orientation - and Race-Based Discrimination and Sexual HIV Risk Behavior among Urban MSM. *AIDS Behav*, 9, 257-69. doi: 10.1007/s10461-014-0937-2.
- Grant, J. M., Mottet, L. A., Tanis, J., Harrison, J., Herman, J. L. & Keisling, M. (2011). Injustice at Every Turn: A Report of the National Transgender Discrimination Survey. Washington: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force. Recuperado de [http://www.thetaskforce.org/static\\_html/downloads/reports/reports/ntds\\_full.pdf](http://www.thetaskforce.org/static_html/downloads/reports/reports/ntds_full.pdf).
- Grov, G., Rendina, J. H., Breslow, A. S., Ventuneac, A., Adelson, S. & Parsons, J. T. (2013). Characteristics of men who have sex with men (MSM) who attend sex parties: results from a national online sample in the USA. *Sex Transm Infect*, 90, 26–32. doi: 10.1136/sextrans-2013-051094.
- Harper, G. W. & Schnerider, M. (2003). Oppression and Discrimination among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgendered People and Communities: A Challenge for Community Psychology. *American Journal of Community Psychology*, 31, 243-252. doi: 10.1023/A:1023906620085
- Hatzenbuehler, M. L., Nolen-Hoeksema, S. & Erickson, S. J. (2008). Minority Stress Predictors of HIV Risk Behavior, Substance Use, and Depressive Symptoms: Results From a Prospective Study of Bereaved Gay Men. *Health Psychology*, 27, 455-62. doi: 10.1037 / 0278-6133.27.4.455.
- Hatzenbuehler, M. L., O'Cleirigh, C., Mayer, K. H., Mimiaga, M. J. & Safren S. A. (2011). Prospective associations between HIV-related Stigma, transmission risk behaviors, and adverse mental health outcomes in men who have sex with men. *Annals of Behavioral Medicine*, 42, 227-34. doi: 10.1007 / s12160-011-9275-z.
- Hernández, A. M., Garrido, L. F. & López, M. S. (2000). Diseño de estudios epidemiológicos. *Salud Pública Med*, 42, 144-54.

- Jarama, S. L., Kennamer, J. D., Poppen, P. J., Hendricks, M. & Bradford, J. (2005). Psychosocial, behavioral, and cultural predictors of sexual risk for HIV infection among Latino men who have sex with men. *AIDS Behavior*, 9, 513-23. doi: 10.1007/s10461-005-9022-1
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., & Moher, D. (2009). The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *BMJ*, 339: b2700, doi: 10.1136/bmj.b2700.
- Long, A. F., Godfrey, M., Randall, T., Brettle, A. & Grant, M. J. (2002). *Developing Evidence Based Social Care Policy and Practice*. Part 3: Feasibility of Undertaking Systematic Reviews in Social Care. Leeds: Nuffield Institute for Health. Recuperado de <http://usir.salford.ac.uk/12969/1/EvaluationToolforQuantitativeResearchStudies.pdf>.
- Marguslis, M. & Urresti, M. (1999). *La segregación negada: cultura y discriminación social*. (1ra edn). Editorial Biblos. Buenos Aires, Argentina.
- May, M. T., Gomples, M. & Sabin, C. A. (2010). Impact on life expectancy of late diagnosis and treatment of HIV-1 infected individuals: UK CHIC. *Journal of the International AIDS Society*, 13 Suppl 4, 027. doi: 10.1186/1758-2652-13-S4-O27.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674 - 697. doi: 10.1037/0033-2909.129.5.674.
- Mizuno, Y., Borkowf, C., Millett, G. A., Bingham, T. & Ayala, G. (2012). Stueve A. Homophobia and racism experienced by latino men Who have sex with men in the United States: Correlates of exposure and associations with HIV risk Behaviors. *AIDS*, 16, 724-35. doi: 10.1007/s10461-011-9967-1
- Nakamura, N. & Zea, M. C. (2010). Experiences of homonegativity and sexual risk behaviour in a sample of Latino gay and bisexual men. *Cult Health Sex*, 12, 73-85. doi: 10.1080 / 13691050903089961.
- Organización de las Naciones Unidas. (2009). *UNAIDS action framework: universal access for men who have sex with men and transgender people*. Recuperado de [http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1720\\_action\\_framework\\_msm\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1720_action_framework_msm_en.pdf).
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Diez datos sobre el VIH/Sida. Recuperado el 22 de febrero de 2016. Recuperado de <http://www.who.int/features/factfiles/hiv/es/>
- Ortiz, H. L. & García, T. M. I. (2005). Internalized opression and high-risk sexual practices among homosexual and bisexual males, México. *Revista De Saude Pública*, 39, 956-64. doi.org/10.1590/S0034-89102005000600014
- Owen, J. A., Punt, J., Stratford, S. A. & Jones, P. (2014). *Inmunología*. (7ma edn). McGraw-Hill Interamericana. México.
- Pascoe, E. A. & Richman, L. S. (2009). Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 135, 531-554. doi: 10.1037/a0016059.
- Pecheny, M. & De la Dehesa, R. (2011). Sexualidades y políticas en América Latina: un esbozo para la discusión". En: S. Correa y R. Parker (orgs.). *Sexualidade e política na América Latina, histórias, interseções e paradoxos*. Observatório de

*sexualidade e política*. Rio de Janeiro: Sexuality Policy Watch - Associação Brasileira Interdisciplinaria de AIDS (ABIA).

- Preston, D. B., D'Augelli, A. R., Kassab, C. D., Cain, R. E., Schulze, F. W. & Starks, M. T. (2004). The Influence of Stigma on the Sexual Risk Behavior of Rural Men Who Have Sex with Men. *AIDS Education and Prevention*, 16, 291-303. doi: 10.1521/aeap.16.4.291.40401



## Hombres, necesidades de salud y motivaciones para la automedicación

Men, health needs and motivations for automation

Homens, necessidades de saúde e motivações para a automedicação

Anderson Reis de Sousa<sup>1</sup>, Delmo de Carvalho Alencar<sup>2</sup>, Ádila Maria Matos da Silva<sup>3</sup>, Cristine Santos de Souza<sup>4</sup>, Juliana Ferreira Barros<sup>5</sup>, Álvaro Pereira<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Docente da Faculdade Nobre (FAN) de Feira de Santana, Bahia. Correo electrónico: [son.reis@hotmail.com](mailto:son.reis@hotmail.com)

<sup>2</sup> Enfermeiro. Doutorando em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Correo electrónico: [delmo-carvalho@hotmail.com](mailto:delmo-carvalho@hotmail.com)

<sup>3</sup> Enfermeira pela Faculdade Nobre (FAN) de Feira de Santana, Bahia. Correo electrónico: [adilamaria@hotmail.com](mailto:adilamaria@hotmail.com)

<sup>4</sup> Enfermeira pela Faculdade Nobre (FAN) de Feira de Santana, Bahia. Correo electrónico: [cristinessouza@bol.com.br](mailto:cristinessouza@bol.com.br)

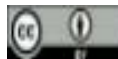
<sup>5</sup> Enfermeira pela Faculdade Nobre (FAN) de Feira de Santana, Bahia. Correo electrónico: [julianafbarros@yahoo.com.br](mailto:julianafbarros@yahoo.com.br)

<sup>6</sup> Enfermeiro, Doutor em Filosofia da Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Professor da Universidade Federal da Bahia (UFBA). E-mail: [alvaro\\_pereira\\_ba@yahoo.com.br](mailto:alvaro_pereira_ba@yahoo.com.br)

Cómo citar este artículo en edición digital: Sousa, A.R., Alencar, D.C., Silva, A.M.M., Souza, C.S., Barros, J.F. & Pereira, A. (2019). Hombres, necesidades de salud y motivaciones para la automedicación. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 23 (55). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.55.12>

Correspondencia: Delmo de Carvalho Alencar. Rua Josias Antão de Carvalho, 103, Centro, Pio IX – Piauí - Brasil. CEP: 64660-000.

Correo electrónico de contacto: [delmo-carvalho@hotmail.com](mailto:delmo-carvalho@hotmail.com)



Recibido:02/09/2019

Aceptado:12/11/2019

### ABSTRACT

**Objective:** To describe the health needs of men and the factors that motivate the practice of self-medication in a city in northeastern Brazil. **Method:** This is a descriptive, exploratory study with a qualitative approach, whose research field was a family health unit in a city in the interior of Bahia, Brazil. The study included men who performed the practice of self-medication, from November

2015 to May 2016. For data collection, we used the semi-structured interview, organized and presented by the Collective Subject Discourse (CSD) method.

**Results:** Considering the key expressions and the central ideas of the discourses, two distinct but complementary aspects emerged, the health needs and the motivations for self-medication that pervade issues involving men's conception of public health services. Dissatisfaction with the provision of care, lack of specific programs and easy access to medicines are the main factors that facilitate the practice of self-medication.

**Conclusions:** It is necessary to create mechanisms for strengthening and qualifying Primary Care regarding the importance of quality and comprehensiveness of care, so that men abandon the practice of self-medication and value health prevention.

**Keywords:** self-medication, men's health, primary health care.

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir las necesidades de salud de los hombres y los factores que motivan la práctica de la automedicación en una ciudad del Nordeste de Brasil.

**Método:** Este es un estudio descriptivo exploratorio con un enfoque cualitativo, cuyo campo de investigación fue una unidad de salud familiar en una ciudad del interior de Bahía, Brasil. El estudio incluyó hombres que realizaron la práctica de la automedicación, desde noviembre de 2015 hasta mayo de 2016. Para la recopilación de datos, utilizamos la entrevista semiestructurada, organizada y presentada por el método de Discurso del Sujeto Colectivo (DSC).

**Resultados:** Teniendo en cuenta las expresiones clave y las ideas centrales de los discursos, surgieron dos aspectos distintos pero complementarios, las necesidades de salud y las motivaciones para la automedicación que impregnan los problemas relacionados con la concepción de los hombres de los servicios de salud pública. La insatisfacción con la prestación de atención, la falta de programas específicos y el fácil acceso a los medicamentos son los principales factores que facilitan la práctica de la automedicación.

**Conclusiones:** Es necesario crear mecanismos para fortalecer y calificar la Atención Primaria con respecto a la importancia de la calidad y la exhaustividad de la atención, para que los hombres abandonen la práctica de la automedicación y valoren la prevención de la salud.

**Palabras clave:** automedicación, salud del hombre, atención primaria a la salud.

## RESUMO

**Objetivo:** Descrever as necessidades de saúde dos homens e os fatores que motivam a prática da automedicação em um município do Nordeste brasileiro.

**Método:** Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, cujo campo de pesquisa foi uma unidade de saúde da família de uma cidade do interior da Bahia, Brasil. Participaram do estudo homens que realizavam a prática da automedicação, nos meses de novembro de 2015 a maio de 2016. Para a coleta de dados, utilizou-se a entrevista com roteiro semiestructurado, organizados e apresentados pelo método Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

**Resultados:** Considerando as expressões-chave e as ideias centrais dos discursos emergiram duas vertentes distintas, mas complementares, as necessidades de saúde e as motivações para a automedicação que perpassam por questões que envolvem a concepção dos homens sobre os serviços públicos de saúde. A insatisfação com a prestação da assistência, a carência de programas específicos e o fácil acesso a medicamentos, são os principais fatores que facilitam a prática da automedicação.

**Conclusões:** Faz-se necessária a criação de mecanismos de fortalecimento e da qualificação da Atenção Básica quanto a importância da qualidade e integralidade da assistência, para que o homem abandone a prática da automedicação e passe a valorizar a prevenção à saúde.

**Palavras-chave:** automedicação, saúde do homem, atenção primária à saúde.

## INTRODUÇÃO

A automedicação é descrita como a utilização de medicamentos por indicação de indivíduos não habilitados ou por conta própria, ou seja, sem prescrição e de fácil acesso, para alívio momentâneo da dor ou para tratamento de patologias percebidas pelo usuário devido o surgimento de sinais e sintomas (Galato, Madalena & Pereira,

2012). Sobre esta prática, o Brasil ocupa a quinta posição no ranking mundial de consumo de medicamentos, isto pode estar atrelado a 24 mil mortes anuais por intoxicação medicamentosa (Souza, Silva & Neto, 2008).

Os homens estão inseridos nesse contexto, pois além dos fatores culturais, também se deparam com barreiras institucionais colocadas pelos serviços de saúde. Esses fatores fazem com que o indivíduo busque diretamente atendimento, frequentando farmácias ou prontos-socorros. A automedicação masculina é, portanto, decorrente da tríade que inclui: cultura do homem ser invulnerável, facilidade da compra e frágil acolhimento nos serviços da Atenção Básica, que em sua maioria não estão preparados para receber este grupo, não suprimindo desta forma suas necessidades de saúde (Pinheiro *et al.*, 2013).

Atrelado a isso, a automedicação implica em um problema de caráter social, ressaltando as carências e a falta de informação dos malefícios advindos de tais costumes. Dentre os principais danos decorrem a intoxicação exógena por medicamentos, interações lesivas ou o mascaramento de sintomas de enfermidades mais graves (Almeida, Sanches & Rocha, 2003).

Dentro desse contexto, as necessidades de saúde vão além da doença e da demanda de serviços médicos, abrangendo as vulnerabilidades, o desejo consciente e as aspirações do indivíduo, que envolvem as

condições necessárias para se ter saúde (Paim, 2006).

Como forma encontrada para atender as necessidades de saúde masculina, o governo brasileiro a partir da percepção de que os agravos em homens constituem verdadeiros problemas de saúde pública, criou a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) que tem como objetivos principais: promover ações de saúde que contribuam significativamente para estimular o autocuidado, possibilitar o aumento da expectativa de vida e reduzir os índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população (Brasil, 2009).

A necessidade de investigação das condições de saúde e condutas relacionadas à saúde do homem justifica a avaliação do uso medicamentos nessa população. Além disso, a identificação dos fármacos consumidos sem prescrição é importante para nortear ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, favorecendo a abordagem do uso racional de medicamentos entre os homens.

No contexto comunitário, a automedicação racional pode poupar recursos nos casos de tratamento para as menores enfermidades, bem como reduzir ausências no trabalho em virtude dos pequenos sintomas (Domingues *et al.*, 2017). No entanto, a automedicação possui riscos inerentes, mesmo constituindo importante forma de autocuidado na população. A utilização de medicamento



sem prescrição pode ocasionar graves consequências à saúde individual (intoxicações medicamentosas e reações adversas) e o possível aumento dos gastos em saúde, uma vez que, os medicamentos representam boa parcela dos gastos públicos (Eticha & Mesfin, 2014).

Diante da problemática apresentada questionamos: Como se configura a necessidade de saúde masculina e as motivações para a automedicação por homens em um município do nordeste brasileiro?

Para responder à questão, este estudo teve como objetivo descrever as necessidades de saúde dos homens e os fatores que motivaram a prática da automedicação nesta clientela.

## **MATERIAL E MÉTODO**

Trata-se de estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, realizado em uma Unidade de Saúde da Família de uma cidade do interior da Bahia, Brasil. Participaram do estudo 36 homens, que realizavam a prática da automedicação, e pertenciam à área de abrangência em que eram cadastrados.

Para a realização da pesquisa, os homens foram acessados em seus domicílios, com apoio dos agentes comunitários de saúde, mediante visita domiciliar, em que foi definido no primeiro momento o significado de automedicação e logo após realizou-se a seguinte pergunta: “O Sr. pratica a automedicação?” Obtendo resposta positiva, os mesmos foram

convidados a participar da pesquisa, que ocorreu entre os meses de novembro de 2015 a maio de 2016.

Em seguida, com intuito de atingir os resultados esperados, foram utilizados critérios de inclusão e exclusão. Os participantes selecionados foram do sexo masculino; tinham faixa etária de 18 a 75 anos; praticavam a automedicação; tinham condições cognitivas para responder aos questionamentos e disponibilidade. Para preservar a identidade identificamos com codinomes os homens entrevistados, exemplo: H1, H2, H3...

Para coleta de dados, utilizou-se a entrevista individual, sob orientação de um roteiro semiestruturado, que correspondeu a um conjunto de perguntas abertas e fechadas. As perguntas fechadas constituíram a caracterização sociodemográfica e de saúde dos homens, e as abertas exploraram o objeto de pesquisa. Foi disponibilizado aos participantes do estudo o direito de escolher o dia, local e horário para realização da entrevista, garantindo a privacidade e confidencialidade dos dados gerados.

Para a organização e apresentação dos dados, foi utilizado o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), uma técnica de tabulação e organização de depoimentos. Por meio dessa técnica as falas, denominadas dados empíricos de natureza verbal, são organizadas e tabuladas baseado na identificação de expressões-chave e posterior determinação das ideias centrais,

de forma que o pensamento coletivo possa ser apreendido e agrupado em categorias (Lefevre & Lefevre, 2014).

Para a elaboração do DSC, são seguidas algumas etapas, a saber: 1) identificação das expressões chave (ECH), que são trechos contínuos ou partes do discurso que têm função de apontar o conteúdo de uma resposta, revelando assim a essência da fala do entrevistado; 2) identificação de ideias centrais (IC), ou seja, a descrição resumida e mais precisa possível, sendo apresentado pelas ECH; 3) compilação, em um único discurso (DC), das expressões-chave que apresentam a mesma IC e que constituem uma maneira de expressar a representação coletiva de uma ideia. Essa é uma estratégia metodológica que visa tornar mais clara uma determinada representação social, ou seja, é uma forma de fazer a coletividade falar diretamente (Lefevre & Lefevre, 2014).

As entrevistas foram gravadas por meio de gravador digital e em seguida foram transcritas. Os dados coletados foram categorizados através do NVIVO® 11 (QSR, 2014). Ao final da pesquisa, foram eliminados as repetições e os particularismos dos discursos individuais, como forma de estruturação do DSC, possibilitando a naturalidade e espontaneidade do pensamento coletivo, os dados foram analisados sob o referencial teórico de necessidades de saúde.

Para cumprir com os critérios éticos determinados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regula a

pesquisa com seres humanos, foi realizada a construção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido como forma de respeitar e garantir os direitos dos participantes do estudo, em que foi lido, explicado e assinado pelos participantes. Antes da coleta de dados esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Faculdade Nobre de Feira de Santana, sendo aprovada sob o parecer de número 1.495.821.

## **RESULTADOS**

Os homens, participantes do estudo, caracterizaram-se por ter idade entre 18 e 28 anos, com 11 a 14 anos de estudo, de raça/cor auto referida parda, em sua maioria solteiros, empregados, trabalhando em média 40 horas por semana, sem a ocorrência de acidentes de trabalho. Consideraram ter boa condição de saúde, alegaram não possuir problemas de saúde atual, mas relataram ter histórico familiar de doenças crônicas, sendo as principais, o Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica.

Julgaram ainda, possuir bom estado emocional, assim como padrão de sono satisfatório, afirmaram frequentar os serviços de saúde, porém só o faziam quando havia necessidade. A unidade de atendimento mais frequentada por eles foi o hospital, sendo o motivo da procura, o tratamento de patologias. Relataram não fazer uso de medicamentos contínuos, porém quando sentiam necessidade, realizavam a prática da automedicação, sendo o analgésico a classe mais escolhida

por eles, e referiram nunca ter apresentado reações adversas. Além disso, afirmaram fazer uso de bebida alcoólica, mas negaram a utilização de cigarro e outras drogas, assim como a prática de atividade física.

Afirmaram possuir cartão de vacina, porém este só era atualizado em virtude de campanhas realizadas pelas empresas nas quais trabalhavam, e declararam ainda, não ter conhecimento das ações de saúde destinadas para homens, possuíam o cartão do Sistema Único de Saúde (SUS), mas revelaram que este não era o único sistema utilizado.

Os dados analisados nos discursos revelaram em sua coletividade, duas Ideias Centrais, a partir das Expressões Chaves, que emergiram das falas/narrativas dos homens, a saber: necessidades de saúde, que se desdobram em duas ideias centrais sínteses, intituladas, necessidades de saúde naturais e necessidades de saúde radicais/necessárias, segundo o referencial teórico proposto por (Hino, Ciosak, Fonseca & Egry, 2009), evidencia-se ainda, a ideia central motivações para a automedicação, que desdobra-se em construções sociais das masculinidades e características da prática da automedicação e significados sobre a automedicação e a compreensão de seus riscos.

#### **Ideia Central Síntese 1: Necessidades de saúde**

O discurso coletivo de homens evidenciou a Ideia Central Síntese sobre as necessidades de saúde, em que o público

masculino revelou a segurança, ausência de dor, cuidado com o corpo e as ações de prevenção dos agravos, expressos a seguir:

*Necessidade de saúde para mim é você estar bem, não ter nenhum perigo de vida, não sentir dor, principalmente, porque homem tem medo de dor. Dá-se por ter bons cuidados, nosso corpo é uma máquina assim como um carro, um carro precisa de manutenção, nosso corpo também. Eu entendo que todos nós devemos fazer a prevenção, apesar de que nem todos fazem isso. Se a pessoa ficar doente deve ir ao médico, até mesmo sem estar doente, isso é que é a prevenção. Não podemos esperar a doença chegar, temos que prevenir (DSC, H1, H2, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12, H13, H14, H15, H16, H18, H21).*

#### **Ideia Central Síntese 1A: Necessidades de saúde naturais**

Esta Ideia Central, revelou através do discurso de homens, que as necessidades de saúde se estabelecem e estão relacionadas inicialmente com a garantia da conservação e perpetuação da vida, bem como das necessidades humanas básicas, expressos pelos bons hábitos de vida, tal como boa alimentação, prática de atividades e exercícios físicos, não utilização de álcool e outras drogas, realização de exames periodicamente, vacinação, equilíbrio e abrigo.

*Para mim o que é necessário para ter saúde, é ter bons hábitos, praticar atividade física, ir em uma academia ou fazer caminhada, ter*

*uma boa alimentação, não passar do limite, não beber e não usar drogas. É fazer exames de rotina, para saber como o corpo está se comportando, tratar as doenças e vacinar. Tem a questão do trabalho, pois a empresa que estou, não dá suporte para saúde dos funcionários, visam mais o lucro, o financeiro, e exigem o desempenho, mas não ligam para a saúde do funcionário. Tem que ter segurança, o que ainda é pouco, no setor que eu trabalho mesmo tem poeira e falta orientação de médicos, lá tem até máscaras, mas fica difícil de usá-las, pois não tem orientação, então a gente vai passando e não utiliza. Tem de existir a melhora do sistema trabalhista, que muitas vezes não é compatível com a necessidade do corpo. A alimentação não é boa, o lugar onde a gente dorme também deixa muito a desejar, os quartos mal arejados, ar condicionados deteriorados. (DSC, H1, H2, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12, H13, H14, H15, H16, H18, H21).*

#### **Ideia Central Síntese 1B: Necessidades de saúde radicais/necessárias**

O discurso masculino desvelou esta Ideia Central, que representa as necessidades radicais/necessárias, expressas pelo bem-estar pessoal, físico e social, auto realização, consciência saudável, lazer, com destaque para a segurança e proteção.

*Acho que para ter saúde, tem que estar bem consigo mesmo, fisicamente, pessoalmente e com as outras pessoas, pois isso faz bem à saúde, porém o ruim é conciliar. É estar*

*mais focado no bem-estar, ter uma consciência mais saudável. Tem que ter o lazer, pois é essencial para aliviar o estresse. O lazer faz você se sentir bem melhor, como tomar uma cervejinha final de semana para relaxar. Porque o corpo é feito para aguentar até certo ponto o excesso, quando ultrapassa o corpo vai sentir (DSC, H1, H2, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12, H13, H14, H15, H16, H18, H21).*

#### **Ideia Central Síntese 1C: Necessidades dos serviços de saúde**

Esta Ideia Central revelou através do discurso de homens que os serviços de saúde públicos não suprem suas necessidades, não promovem campanhas que os atraiam, gerando insegurança e conseqüentemente seu distanciamento. Esses fatores favorecem a busca pelos serviços de saúde particulares pela população masculina.

*O serviço público não consegue atender minhas necessidades, porque demora muito e nunca consigo atendimento. Acho que o serviço de saúde é regular, mas não supre todas as necessidades, pois de todas as vezes que procurei, nem sempre consegui ter atendimento. Os postos são meio deficientes e carentes para atender. Estão sempre muito cheios, a demanda é grande, e o atendimento acaba não sendo bom. Precisam de um foco maior em campanhas e programas para incentivar uma melhor saúde. Eu uso o serviço de saúde particular, porque o SUS deixa muito a desejar. Aqui precisa de evolução no serviço de saúde e um melhor*

atendimento, pois são vários tipos de doenças, tem algumas que o tratamento só encontra na rede particular. Minhas necessidades vão estar atendidas quando a saúde sair da falência que está hoje (DSC, H1, H2, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12, H13, H14, H15, H16, H18, H21).

### **Ideia Central Síntese 2: Motivações para a automedicação**

O discurso coletivo de homens, evidenciou a Ideia Central Síntese 2, que revela as motivações para a automedicação, perpassam por questões que envolvem a concepção dos mesmos sobre os serviços públicos de saúde, a insatisfação com a oferta das ações e atendimento, e a carência dos programas destinados à saúde específica do público masculino, sinalizados a seguir:

*Eu acho que o serviço público não atende as minhas necessidades, é muito precário, e isso afasta, porque você chega ao hospital ou no posto e não tem exame específico, então o médico vai lhe passar um remédio, mas não passa um exame para ver o que você tem. É muita gente para pouco serviço, principalmente nos postos, não existe tanta medicação, às vezes tem o atendimento, mas não tem o produto para oferecer a população, aí prefiro ir em uma farmácia, pois o remédio sai mais rápido. Deveria ter mais programas voltados para o homem, ter reuniões, informação e esclarecimento (DSC, H1, H2, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12, H13, H14, H15, H16, H18, H21).*

### **Ideia Central Síntese 2A: Construções sociais das masculinidades e características da prática da automedicação**

Esta ideia central revelou através do discurso de homens que as construções sociais das masculinidades são fatores condicionantes a prática da automedicação, desvela-se ainda neste discurso, a caracterização de como é tomada a decisão em automedicar-se e como essa prática é realizada.

*Eu mesmo me medico, desde quando me conheço como gente. Iniciou na adolescência, quando comecei a sair para farra, para aguentar o efeito do álcool, o jovem faz muito isso, e então cria essa dependência e agora como adulto eu uso muita medicação. Homem não gosta muito de ir no hospital. Eu sempre tive autonomia de comprar e é mais fácil ir à farmácia do que no hospital, também porque geralmente quando sinto qualquer dorzinha, tomo logo um remédio, sem precisar ir ao médico. Procuro fazer algo em casa quando me ensinam, por indicação de familiares, de pessoas próximas, vizinhos ou eu mesmo tomo meu remédio. Realizo quando é doença sem gravidade, como uma gripe, dor de cabeça, dores musculares. Quando estou com coisas mais graves, eu procuro o médico. Uma vez estava com uma dor no pé da barriga, e me ensinaram um remédio, fui e arranjei uma raiz e fiz um chá. Tomei o chá por quinze dias, e depois não estava*

*sentindo mais nada. Minha avó também me ensinava o que tomar. Passo a tomar o que ele tinha passado antes para mim, por exemplo, eu fui ao médico porque estava com muita dor de cabeça e febre, então da outra vez que senti uma dor de cabeça mais leve, tomei o medicamento que o médico tinha passado da primeira vez. Quando eu uso é analgésico. Antibiótico nem pensar. Tomo também para a coluna, gripe, para pressão, que hoje em dia é um remédio que todo mundo toma, e eu ouço falar que é bom, até os mais velhos dizem. (DSC, H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H9, H10, H11, H13, H14, H15, H16, H17, H18, H19, H20, H21).*

**Ideia Central Síntese 2 B: Significados sobre a automedicação e a compreensão de seus riscos**

O discurso coletivo evidenciou o conceito de automedicação na ótica dos homens entrevistados, além de elucidar que estes possuem compreensão de que a prática pode ocasionar riscos à saúde, porém condicionam os impactos apenas ao futuro, buscando então, a resolução imediata dos sintomas.

*Automedicação é usar remédios sem ter receita, por conta própria. Essa é uma prática forte, acho difícil uma pessoa hoje que não se automedica. Sei que a automedicação pode trazer prejuízo, mas na hora resolve meu problema. Isso pode trazer alguma coisa de ruim, porque pode ter efeitos colaterais que a gente não sabe, como enjoos, náuseas, alergias, mas muitas*

*vezes a pessoa não quer ir ao médico, e acaba tomando em casa mesmo. É diferente de uma indicação médica, pois o médico sabe o que faz, a gente não. Ninguém sabe se o remédio que está tomando está fazendo bem ou mal, pode estar piorando ou mascarando a situação. É uma prática perigosa, mas na hora da dor a gente toma qualquer coisa, os homens usam por comodidade. Geralmente procuro saber quem tomou e uso, mas é perigoso, pois cada pessoa reage de um jeito, mas como não tem muita opção, a gente acaba tendo que procurar logo uma farmácia e se automedica para ver se melhora. (DSC, H1, H2, H3, H5, H6, H7, H9, H10, H11, H13, H14, H15, H16, H17, H18, H19, H20, H21).*

**DISCUSSÃO**

O discurso destacou a concepção dos homens de que as necessidades de saúde estão diretamente ligadas à manutenção da vida e garantia de segurança, referindo o bem-estar como indicador de boa saúde. Dessa forma, as necessidades de saúde podem e devem ser ampliadas para além dos problemas de saúde, riscos ou necessidades médicas, elas são determinadas também pelos fatores socioambientais e culturais (Moura, Gomes & Pereira, 2017).

É comum aos discursos dos homens entrevistados a importância de realizar a prevenção como fator necessário para ter saúde, independentemente de haver processo patológico instalado. Observa-se essa

percepção a partir da alusão, expressa pelos homens, a uma máquina que necessita de manutenção diária. Sendo assim, as necessidades de saúde estão condicionadas, além dos bons hábitos no cotidiano, ao acesso às tecnologias capazes de prolongar a vida, tendo o homem direito à autonomia para decidir onde, como e quando buscar os serviços de saúde (Cardoso, 2014).

Os homens evidenciaram em seus discursos o medo da dor, principalmente no que se refere ao receio em descobrir algum processo patológico. Sendo assim, a procura pelos serviços de saúde esteve condicionada a momentos de busca para combater o mal que lhes afligiam. Porém essa procura ocorreu, na maioria das vezes, quando a dor esteve insuportável e/ou impossibilitando-os de trabalhar, o que ficou claro nesse estudo (Oliveira *et al.*, 2016).

De acordo com as narrativas ficou notório que os homens consideraram como fatores necessários para ter saúde, a manutenção de bons hábitos alimentares, os cuidados com o corpo, a não utilização de bebidas alcoólicas e drogas ilícitas e a prevenção por meio de exames de rotina e da vacinação, que são considerados necessidades de saúde naturais, as quais estão relacionadas à conservação e a continuidade da vida, entre elas destacam-se a alimentação, abrigo e o contato social relativo à auto conservação e à preservação da espécie (Trilico *et al.*, 2015).

Notou-se no discurso dos homens entrevistados, que as empresas nas quais

trabalham não davam a devida atenção à saúde dos trabalhadores, prezando apenas pelo cumprimento das obrigações contratuais, não havendo a continuidade da assistência à saúde, além da não valorização à prevenção. Esses fatores foram sinalizados por eles como contribuintes para o adoecimento no trabalho. Cabe então refletir que o desenvolvimento de ações de prevenção em saúde dentro das empresas, sejam elas por livre implementação ou de ordem meramente burocrática, constituem um papel relevante no que se refere à manutenção da saúde masculina (Moura, Santos, Neves, Gomes & Schwarz, 2014).

No que se refere às necessidades de saúde radicais/necessárias, o que é necessário para ter saúde, segundo os homens, não se limita aos cuidados com o corpo, mas também ao bem estar psicológico, entendendo que é preciso estar bem consigo mesmo, para estar bem dentro do contexto social, afim de que sejam contemplados e correspondidos à auto realização, autonomia, liberdade e a reflexão (Hino, Ciosak, Fonseca & Egry, 2009).

Quanto à necessidade dos serviços de saúde, os homens relataram a existência de muitas deficiências, no atendimento às suas necessidades, o que constitui um dos fatores que colaboraram para o seu afastamento. Percebe-se também que as grandes demandas vividas pelas Unidades Básicas de Saúde, contribuem para a sobrecarga dos profissionais que acabam não acolhendo e/ou prestando o atendimento ideal capaz de

suprir as necessidades da população masculina (Oliveira *et al.*, 2016).

Evidencia-se ainda, que os determinantes organizacionais, como mão de obra e acessibilidade, são muitas vezes priorizados em detrimento das demandas e necessidades dos seus usuários, não os colocando como determinantes do processo de trabalho (Souza, Araújo, Andrade, França & Souza). Torna-se, dessa forma, fator adicional de afastamento e da não criação de vínculo entre serviços de saúde e usuários.

Ao revisitar os estudos sobre necessidades de saúde, Campos e Mishima (2005) revelaram dois sentidos a serem compreendidos, um deles refere-se à sociabilidade e historicidade da vida humana, e o outro diz respeito à concretude e operatividade, que está direcionada para os serviços de saúde, o que se vislumbra nesse estudo, ao qual os homens ao referirem sobre suas necessidades de saúde, direcionam a atenção para as necessidades dos serviços de saúde. Fato que ocorre, a partir de um carecimento, que surge como motivador da procura dos serviços.

Sendo assim, é possível perceber, que os homens apresentaram demandas de saúde, porém o tratamento oferecido pelos profissionais determinou grande interferência no acolhimento, na garantia e completude das suas necessidades.

O discurso ainda revelou que os homens não se sentem seguros no atendimento fornecido pelo sistema de saúde público, relataram possuir grandes lacunas

no que se refere a um atendimento integral, preferindo utilizar os serviços de saúde privados, pois entendiam que o ato de pagar interferiria diretamente na forma em que seriam atendidos e que assim, receberiam todos os cuidados que necessitavam com mais qualidade e rapidez (Moreira, Gomes & Ribeiro, 2016).

As condições deficitárias do atendimento à população no serviço de saúde público contribuem para intensificar as dificuldades no acesso aos serviços prestados, o que tem aumentado cada vez mais a superlotação, precariedade e a baixa resolutividade na atenção primária, com reflexo nos hospitais públicos, resultando em revolta e desistência desses usuários. A ineficácia no atendimento revela a dificuldade para encaminhar para o sistema, leva ao retardo no diagnóstico, uma piora em diversos prognósticos, podendo ocasionar em alguns casos o óbito, antes mesmo de conseguirem atendimento.

Para garantir a segurança no atendimento ao público masculino e fazê-lo sentir-se motivado a procurar as unidades de saúde, em especial as unidades de saúde da família, torna-se necessário o desenvolvimento de ações voltadas à saúde do homem, sejam elas desenvolvidas individuais ou em grupos, estabelecendo horários específicos para o atendimento, além de criar estratégias que facilitem e viabilizem o acesso aos serviços (Cavalcanti *et al.*, 2014). A busca do usuário nesse sentido torna-se indispensável para



### *Cultura de los Cuidados*

aproximá-lo ao profissional e serviço, estimulando e fortalecendo a criação de vínculos, sendo esta uma maneira eficaz de valorizar a figura masculina.

Ficou evidente no discurso dos homens que as unidades de saúde da família não promoviam ações que captassem este grupo para dentro do serviço. A falta de adequação da estrutura física e de acolhimento, a desmotivação e a não implementação de ações propostas na PNAISH por parte da equipe de saúde, são fatores que afastam cada vez mais os homens dos serviços (Moura, Santos, Neves, Gomes & Schwarz, 2014). A falta de humanização nos serviços desdobra-se em declínio da efetividade das ações e serviços com direcionamento às demandas de saúde dos homens.

A partir do entendimento dos homens sobre as necessidades de saúde, buscou-se compreender qual a relação com os fatores motivadores para a prática da automedicação. Neste sentido, os homens, além de apontarem as razões pelas quais sentiram-se motivados a automedicar-se, tais como as insatisfações com os serviços públicos de saúde, também revelaram insatisfações no que diz respeito às ações destinadas à saúde do homem.

Nota-se que mesmo com a criação da PNAISH, a Atenção Básica, ainda enfrenta grandes dificuldades em implementar as ações destinadas a suprir as necessidades de saúde masculinas, uma vez que os profissionais não possuem motivação e conhecimento necessários para que essa

política seja efetivada. O fator principal que leva profissionais à falta de adesão de ações voltadas para o homem é a falta de apoio por parte dos gestores em criar uma rede sólida de referência para esta clientela (Moreira, Fontes & Barboza, 2014).

Outro fato observado é que a busca pelos serviços de saúde, como forma de atender as suas necessidades de saúde, dar-se pela inserção da linguagem das doenças, da medicalização, dos carecimentos, criados na vida social, ganhado ênfase no campo da medicina, e que quando são supridos pelos serviços e atendidos pelos profissionais, promovem tendência à prática da automedicação (Costa-Junior, Couto & Maia, 2016).

Ainda no que diz respeito à necessidade da realização da medicalização dos corpos, se faz necessário reconhecer que após a saúde se tornar questão de Estado, grande parte das intervenções, passam a olhar o corpo social, com o objetivo de saná-lo. Tal fato histórico, desvela-se nos tempos mais modernos, e com impregnação na formulação das políticas de saúde, a exemplo da recente criação da PNAISH (Brasil, 2009), que estrutura-se na realização de ações com forte desenvolvimento medicalizador dos corpos masculinos, ao terem o entendimento de que algumas questões de gênero contribuíam para tornar os homens perigosos, ou em perigo, além da execução de intervenções destinadas ao tratamento das doenças (Carrara, Russo & Faro, 2009), tal como o câncer de próstata e a realização das vasectomias.

O acesso a medicamentos pelo setor público aumentou de 26,40% em 2003 para 48,55% em 2008 e foi maior na população com menor poder aquisitivo, isso se justifica pelo fato de que essa população busca os serviços públicos de saúde, porém pela demora do atendimento optam por buscar a resolução dos seus sintomas em farmácias, onde o acesso à medicação é mais rápido e fácil (Monteiro, Gianini, Barros, Cesar & Goldbaum, 2016).

A motivação para a prática da automedicação, esteve permeada no discurso, pelas construções sociais das masculinidades, que revelam as características da utilização dos medicamentos. A partir dessa análise, percebeu-se que os homens referiram que a automedicação teve início na juventude, estando relacionada, muitas vezes, à iniciação com o álcool. Nesse sentido, a facilidade da compra de medicamentos favorece a prática da automedicação, que ocorre principalmente pela indicação de familiares, vizinhos ou pessoas próximas, porém destaca-se a indicação realizada nas farmácias como o incentivo e sustentação mais comum a essa prática, justificada pela rapidez do atendimento (Domingues *et al.*, 2017).

Tornou-se evidente no estudo que a classe de medicamentos mais utilizada foram os analgésicos, com a finalidade de sanar os sintomas considerados menos graves, além de justificarem manter essa prática pelo medicamento ser consumido por

grande parte da população sem provocar agravos à saúde. Relataram ainda, que além de usar medicamentos farmacológicos, recorriam também aos remédios naturais, através de chás de plantas medicinais, onde afirmaram ter tido resultados positivos. Os efeitos da grande parte desse tipo de medicamento não possuem nenhum tipo de estudo científico que os comprovem, dessa forma o consumo por leigos pode causar problemas ou comprometer a qualidade dos resultados esperados.

No entanto, o próprio SUS tem reconhecido essa prática, que é milenar, e tem buscado garantir melhor condução das práticas medicalizadoras, através da inserção dos fitoterápicos, com o destaque para a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares que visa estimular os mecanismos naturais de prevenção e recuperação da saúde a partir da integração entre seres humanos com o meio ambiente e a sociedade (Brasil, 2018).

A partir da análise dos discursos percebeu-se que a automedicação se tornou uma prática social. Um dos fatores que mais corroboram para o seu desenvolvimento é a facilidade que as indústrias farmacêuticas proporcionam à população em ter acesso livre e rápido a diversos medicamentos. Sendo assim, a automedicação deve ser entendida como um problema de saúde pública, uma vez que sua prática vem se disseminando pelo mundo, com aumentos significativos (Domingues *et al.*, 2017).

O estudo limita-se por ter sido realizado com uma população em particular, em dada área de abrangência, o que pode expressar uma realidade peculiar, e não absoluta das razões e fatores motivadores para a prática da automedicação, bem como os vieses existentes na compreensão das necessidades de saúde.

## **CONCLUSÃO**

Os resultados deste estudo corroboram com a literatura, que aponta a cultura desenvolvida pela sociedade ao longo dos anos como contribuinte para a formação do estereótipo masculino invulnerável, desfavorável à manutenção da saúde deste grupo. Os discursos revelam que para se ter saúde é necessário o cuidado com o corpo e a mente, realizar a prevenção e ter as necessidades radicais e naturais supridas.

De acordo com os participantes a grande demanda enfrentada pelos serviços públicos de saúde e a falta de campanhas que atraíam a população masculina, geram barreiras institucionais que afastam essa população que não tem suas necessidades de saúde atendidas. Dessa forma, a insatisfação com a prestação da assistência, a carência de programas específicos e o fácil acesso a medicamentos, são os principais fatores que facilitam a prática da automedicação.

Por indicação de familiares, amigos ou por conta própria, a automedicação é justificada pela rapidez na resolutividade do problema e por ser uma prática comum na sociedade. Torna-se necessário então, a

conscientização da população quanto aos perigos decorrentes dessa prática e a ampliação dos serviços especializados em saúde do homem, capazes de garantir atenção integral, de forma que a população masculina tenha suas necessidades de saúde atendidas.

Ao observar que as necessidades de saúde da população masculina não estão sendo supridas, resultando na prática da automedicação, é indispensável a sensibilização por parte das empresas, profissionais e serviços de saúde quanto a importância da qualidade e integralidade da assistência.

Reitera-se a importância de as políticas públicas direcionadas ao público masculino, não serem somente elaboradas, mas implementadas efetivamente para garantir que seus objetivos sejam alcançados e que de fato haja melhoria nas condições de saúde do homem. Destacando a necessidade de implementarem essas políticas com naturalidade, ocupando a mídia, o cenário educacional e a formação de profissionais que atuam na saúde, em especial, o potencial do enfermeiro para a programação de ações extramuros que viabilizem e estimulem a promoção da saúde e o cuidado preventivo da população masculina.

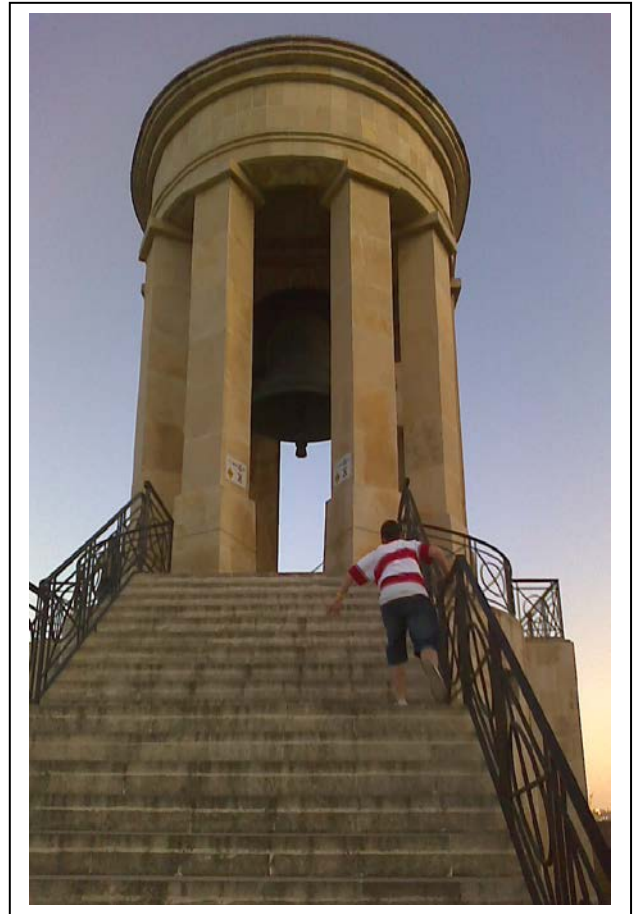
Este estudo torna-se relevante, pelo fato do grande índice de agravos relacionados à saúde e mortalidade dos homens brasileiros necessitar de uma atenção especial. Sendo assim, a criação de mecanismos de fortalecimento e da qualificação da Atenção

Básica, são fundamentais para que o homem abandone a prática da automedicação e passe a valorizar a prevenção à saúde.

### REFERÊNCIAS

- Almeida, A.R., Sanches, M.Y.A., Rocha, N.M.A (2003). *Automedicação e auto prescrição: um estudo piloto sobre o perfil e os possíveis agentes influenciadores dos consumidores de medicamentos alopáticos da região de São Bernardo do Campo*. São Paulo, SP: Médica.
- Brasil. Ministério da Saúde (2018). *Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação e acesso*. Brasília: Ministério da Saúde, 96 p.
- Ministério da Saúde (2009). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- Campos, C.M.S., Mishima, S.M. (2005). Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado *Cad Saúde Pública*, 21, 1260-8.
- Cardoso, R. V. (2014). *Medicalização e o Cuidado em Saúde na Estratégia de Saúde da Família*. [thesis online]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas.
- Carrara, S., Russo, J.A., & Faro, L.I. (2009). A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 19(3), 659-678.
- Cavalcanti, J.R.D., Ferreira, J.A., Henriques, A.H.B., Morais, G.S.N., Trigueiro, J.V.S., & Torquato, I.M.B. (2014). Assistência integral à saúde do homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. *Esc Anna Nery*, 18(4), 628-634.
- Domingues, P. H. F., Galvão, T. F., Andrade, K. R. C. D., Araújo, P. C., Silva, M. T., & Pereira, M. G. (2017). Prevalência e fatores associados à automedicação em adultos no Distrito Federal: estudo transversal de base populacional. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26, 319-330.
- Eticha, T., & Mesfin, K. (2014). Self-medication practices in Mekelle, Ethiopia. *PLoS One*, 9(5), e97464.
- Galato, D., Madalena, J., & Pereira, G.B. (2012). Automedicação em estudantes universitários: a influência da área de formação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(12), 3323-30.
- Hino, P., Ciosak, S.I., Fonseca, R.M.G.S., & Egry, E.Y. (2009). Necessidades em saúde e atenção básica: validação de instrumentos de captação. *Rev Esc Enferm USP*, 43(2), 1156-1167.
- Lefevre, F., & Lefevre, A. M. C. (2014). Discurso del sujeto colectivo, representaciones sociales intervenciones comunicativas. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 23(2), 502-507.
- Monteiro, C.N., Gianini, R.J., Barros, M.B.A., Cesar, C.L.G., Goldbaum, M. (2016). Access to medication in the Public Health System and equity: populational health surveys in São Paulo, Brazil. *Rev Bras Epidemiol*, 19(1), 26-37.
- Moura, E.C., Santos, W., Neves, A.C.M., Gomes, R., & Schwarz, E. (2014). Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2), 429-438.
- Moura, E. C. D., Gomes, R., & Pereira, G. M. C. (2017). Percepções sobre a saúde dos homens numa perspectiva relacional de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(1), 291-300.
- Moreira, M. C. N., Gomes, R., & Ribeiro, C. R. (2016). E agora o homem vem?! Estratégias de atenção à saúde dos homens. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(4), e00060015.
- Moreira, R. L. S. F., de Fontes, W. D., & Barboza, T. M. (2014). Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 18(4), 615-621.
- Oliveira, R. E. M., da Silva Fukui, M. S., Batistella, T., Maria, J., & Ueta, J. (2016). Uso de medicamentos por

- homens de uma unidade de saúde da família. *Ciência & Saúde*, 9(2), 63-69.
- Paim, J.S.(2006). *Desafios para a saúde coletiva no Século XXI*. Salvador, BA: Ed. UFBA.
  - Pinheiro, M.F., Silva, R.N., Garcia, J.B., Rodrigues, F.S.M., Fornari, J.V., Barnabe, A.S., et al (2013). Avaliação transversal do perfil de indivíduos portadores de nível superior praticantes de automedicação. *Saúde em Foco*, 6, 7-15.
  - QSR Internacional. (2014). N Vivo 11 for Windows – *Getting Started Guide*. EUA, recuperado de <http://download.qsrinternational.com/Document/NVivo10/NVivo10-Getting-Started-Guide-Portuguese.pdf>.
  - Souza, H.W.O., Silva, J.L., Neto, M.S (2008). A importância do profissional farmacêutico no combate à automedicação no Brasil. *Revista Eletrônica de Farmácia*, 5(1), 67-72.
  - Souza, M.C., Araújo, T.M., Andrade, F.A., França, A.J., Souza, J.N. (2014). Necessidades de saúde e produção do cuidado em uma unidade de saúde do Nordeste, Brasil . *Revista O mundo da Saúde*, 38(2), 139-148.
  - Trilico, M. L. C., de Oliveira, G. R., Kijimura, M. Y., & Pirolo, S. M. (2015). Discursos masculinos sobre prevenção e promoção da saúde do homem. *Trabalho, Educação e Saúde*, 13(2), 381-395.



**Warfarina y prácticas culturales**  
**Warfarina and cultural practices**  
**Warfarina e práticas culturais**

**Raúl Antonio González Lozano<sup>1</sup>, Julián Eduardo Gómez Leal<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Enfermero, Magister en Enfermería Universidad Nacional de Colombia. Grupo de Investigación Urgencias y Cuidado Crítico. Correo electrónico: [ragonzalezl@unal.edu.co](mailto:ragonzalezl@unal.edu.co)

<sup>2</sup>Enfermero, Magister en Enfermería. Profesor Auxiliar. Universidad Nacional de Colombia – Sede Bogotá - Facultad de Enfermería – Departamento de Enfermería – Grupo de Investigación Urgencias y Cuidado Crítico. Correo electrónico: [jegomezl@unal.edu.co](mailto:jegomezl@unal.edu.co)

Cómo citar este artículo en edición digital: Gómez Leal, J. & González Lozano, R. (2019). Warfarina y prácticas culturales. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 23 (55) Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.55.13>

Correspondencia: Univesidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, Edificio 228. Carrera 30 # 45-03, Bogotá D.C, Colombia

Correo electrónico de contacto: [jegomezl@unal.edu.co](mailto:jegomezl@unal.edu.co)



*Recibido:07/09/2019*

*Aceptado:11/11/2019*

## ABSTRACT

Anticoagulant therapy is a treatment used clinically since the 1950s. Currently, despite the appearance of new drugs, warfarin remains the most widely used one. The need for frequent monitoring, in addition to the interaction with drugs and foods, as well as the need to transform the everyday life of people who consume it, modify the cultural practices of these patients, and may affect aspects such as adherence. General objective: Describe the cultural practices transformed by people who are part of an anticoagulation program in warfarin therapy. Methodology: Qualitative study type micro

ethnography, carried out in Bogotá, Colombia. Results: We had the participation of 10 informants who, associated with the use of warfarin, transformed cultural practices around knowledge, everyday life and emotions.

**Keywords:** warfarin, cultural characteristics, anticoagulants, nursing care.

## RESUMEN

La terapia anticoagulante es un tratamiento utilizado clínicamente desde la década de los años 50. Actualmente y a pesar de la aparición de nuevos fármacos la

warfarina sigue siendo el medicamento más utilizado. La necesidad de monitoreo frecuente, además de la interacción con fármacos y alimentos, así como la necesidad de transformar la cotidianidad de las personas que la consumen, modifican las prácticas culturales de estos pacientes, pudiendo afectar aspectos tales como la adherencia. Objetivo general: Describir las prácticas culturales transformadas por las personas pertenecientes a un programa de anticoagulación en terapia con warfarina. Metodología: Estudio cualitativo tipo micro etnografía, realizado en Bogotá, Colombia. Resultados: Se contó con la participación de 10 informantes quienes asociado al uso de warfarina transformaron prácticas culturales en torno al conocimiento, la cotidianidad y las emociones.

**Palabras clave:** warfarina, características culturales, anticoagulantes, atención de enfermería.

## RESUMO

A terapia anticoagulante é um tratamento usado clinicamente desde a década de 50. Atualmente, apesar do surgimento de novos medicamentos, a varfarina continua sendo a medicação mais utilizada. A necessidade de monitoramento frequente, além das interações medicamentosas e com alimentos, como a necessidade de transformar a cotidianidade das pessoas que consomem a varfarina; modificam as práticas culturais desses pacientes, podendo afetar aspectos como a adesão ao tratamento. Objetivo: Descrever as práticas culturais transformadas por pessoas pertencentes a um programa de anticoagulação na terapia com varfarina. Metodologia: estudo qualitativo tipo micro-etnografia, feito na Bogotá, Colômbia. Resultados: Participaram 10 informantes que transformaram práticas culturais em torno ao conhecimento, a cotidianidade e as emoções associadas ao uso da varfarina.

**Palabras chave:** varfarina, características culturais, anticoagulantes, cuidados de enfermagem.

## INTRODUCCIÓN

La anticoagulación es un término que describe el proceso para reducir la formación de coágulos al utilizar un medicamento denominado anticoagulante, este tratamiento específico recibe el nombre de terapia anticoagulante (Maldonado, 2001; Rivas Patiño, 2005).

La terapia anticoagulante se encuentra indicada en patologías tromboembólicas como el evento cerebrovascular (ECV) isquémico, que según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es presentado por 15 millones de personas en el mundo cada año (Quiñones, Miranda y Moquillaza, 2015) y el tromboembolismo pulmonar (TEP), cuya incidencia es de 500,000 casos/año en los Estados Unidos (Zavaleta-Martínez y Morales-Blanchir, 2006). Otras indicaciones son el tromboembolismo venoso profundo (TVP), la fibrilación auricular (FA) que en Colombia la incidencia es de 0,35 por 1.000 pacientes, con una mortalidad de 0,04 por 1.000 habitantes (Ramirez-Penuela y Buitrago, 2019) o patologías procoagulantes como el síndrome antifosfolípidos, el síndrome de plaquetas pegajosas o las trombofilias (Reviglione et al, 2014; Rada et al, 2016).

Las enfermedades tromboembólicas y procoagulantes comparten la indicación de terapia anticoagulante. Según estudios, a pesar de la existencia de diversos tipos de fármacos los antagonistas de vitamina K siguen siendo los más usados, especialmente la warfarina, sin importar la necesidad de

monitoreo frecuente, y su estrecho margen terapéutico dada la interacción con alimentos, fármacos y la modificación que produce a las actividades de la vida diaria. (Fernández-González, 2017; Laverde et al, 2015; Rada et al, 2016).

La monitorización de warfarina se realiza a partir del International Normalized Ratio (INR) (Trejo, 2004), en cuyo caso mantener el rango terapéutico (2 - 3.5) supone uno de los objetivos principales de la terapia anticoagulante, de no ser así, se convierte en un factor de riesgo que precipita la generación de eventos adversos, entre los cuales se destacan las hemorragias y la reincidencia de eventos tromboembólicos (Maldonado, 2001).

Existen factores que modifican la terapia con warfarina aumentando o disminuyendo el INR, dentro de estos factores se destacan las interacciones farmacológicas ( Berkovits y Mezzano, 2017). Son numerosos los fármacos que interactúan con la warfarina, algunos ejemplos de ellos son: la colestiramina que altera su absorción; la amiodarona y el omeprazol retardan el metabolismo, por el contrario, el fenobarbital y la carbamazepina lo aceleran. Otros fármacos interactúan con la farmacodinamia potenciando su efecto como son los analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y antiplaquetarios. Entre tanto, otros medicamentos como los antibióticos aumentan el catabolismo de los factores de coagulación (Trejo, 2004).

El siguiente factor a tener en cuenta con la warfarina es la interacción con alimentos, los cuales pueden alterar su absorción y metabolismo, es el caso de los alimentos ricos en grasas y vitamina K (Corbi et al, 2011). Algunos de estos alimentos ricos en vitamina K son: el aguacate, el brócoli, la col de bruselas, la espinaca, la coliflor, la col, la lechuga, el garbanzo, la yema de huevo, la soya y todos sus derivados, el hígado de res y de cerdo, el té verde, y los suplementos alimenticios (Maldonado, 2001).

Sumado a los cambios en la dieta, existen restricciones frente a la realización de la actividad física debido a la incidencia en la aparición de hematomas o hemorragias, en especial cuando se practican deportes de contacto físico o que tengan riesgo de traumatismos tales como el fútbol, el baloncesto, el karate, el paracaidismo, el rapel, el torrentismo, y el canotaje, entre otros. (Corbi et al., 2011). La autogestión de la salud es también una práctica que la persona debe transformar, en casos puntuales como los procedimientos quirúrgicos u odontológicos por riesgos de presentar hemorragias (Rodrigues, Aparecida y Dantas, 2010).

Hasta este punto se ha descrito la amplia interacción que tienen los antagonistas de la vitamina K (warfarina) con la dieta, otros fármacos y, desde luego, la imperativa necesidad de transformar las actividades de la vida diaria, es decir, prácticas culturales que conforman factores influyentes en la terapia anticoagulante.



## Cultura de los Cuidados

Las prácticas culturales son dinámicas, evolucionan según el entorno y necesidades, y hablan de la vida cotidiana (Itchart y Donati, 2014). Teniendo en cuenta que se usa el concepto de “vida cotidiana” desde la sociología, esta se define como el transcurrir del día a día que tiene en cuenta las situaciones y acciones reiterativas, es decir, las actividades que se acostumbra realizar ya sea por tradición o por hábito (Lalive D’Epinay, 2008). Las prácticas culturales finalmente se pueden definir como el conjunto de comportamientos compartidos en interacciones entre personas, que incluye rituales, normas o reglas y lenguaje, en función de las condiciones contextuales en las cuales suceden tales interacciones (Novoa-Gómez, Barreto y Silva, 2012).

Múltiples investigaciones han estudiado la adherencia al tratamiento con warfarina, teniendo resultados dispersos. Solano y Mendieta en Colombia aseguran que solo el 35% de los pacientes mantenían una perfecta adherencia (Solano-Mendieta, 2014); Entre tanto en un estudio en Cuba, Valdés y colaboradores encontraron que el 71,4 % de las personas presentaron adherencia al tratamiento (Valdés-Naranjo y Pantaleón-Bernal, 2016), mientras que Anguita y colaboradores (España), hallaron que un 50% de la población con FA no se adhiere adecuadamente a su terapia con warfarina (Anguita-Sánchez, Bertomeu-Martinez, Cequier-Fillat, 2017). Teniendo en cuenta que la warfarina demanda transformación de las prácticas culturales, se podría pensar que

es un elemento que afecta la adherencia a la terapia anticoagulante (Fava, Zago, Nogueira y Dázio, 2013)

### OBJETIVO GENERAL

Describir las prácticas culturales transformadas por las personas pertenecientes a un programa de anticoagulación en terapia con warfarina.

### METODOLOGIA

Estudio cualitativo, tipo micro etnografía. La población fue un grupo de personas en tratamiento con warfarina perteneciente a un programa de anticoagulación en la ciudad de Bogotá, Colombia.

Inicialmente no se determinó un límite de muestra específica, este fue delimitado por la saturación de la información (Quecedo-Lecanda y Castaño-Garrido, 2002)). El muestreo se hizo por conveniencia, de forma intencional. Criterios de inclusión: Ser persona anticoagulada con warfarina y pertenecer a un programa de anticoagulación o ser cuidador de una persona que cumpla las características anteriores. Se incluye su cuidador principal como fuente para la recolección de datos en personas con trastorno del lenguaje secundario a las secuelas del ACV. Criterios de Exclusión: Se excluyeron a las personas en tratamiento con otros anticoagulantes.

El método de recolección de la información fue la entrevista semiestructurada a profundidad. La participación en el estudio a través de la entrevista fue voluntaria, y de ello quedó constancia en el consentimiento informado

diseñado para tal fin. Todas las entrevistas fueron grabadas en formato de audio y transcritas literalmente en un procesador de textos, con previa autorización del informante a través de la firma del consentimiento informado. Se preservaron las expresiones *emic* y se adicionaron las expresiones *etic*.

Se mantuvo la reducción de sesgos respecto a la interpretación de datos, selección inapropiada de participantes, subjetividad del investigador. Además, se mantuvieron los criterios de rigor como la credibilidad, confirmabilidad, saturación y transferibilidad (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista Lucio, 2014; Gómez y López, 2016).

Adicional a lo anteriormente expuesto, el estudio fue aprobado por el comité de ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia según acta número 10, del junio 26 del 2018, AVAL-033-18. Así mismo adoptó los lineamientos de Resolución 8430 de 1993 y se considera como una investigación de bajo riesgo, dado que emplea el registro de datos a través de procedimientos comunes (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 1993).

Para el análisis de datos cualitativos se usó el modelo propuesto por Cáceres quien integra el análisis de datos propuesto por Mayring, Glaser y Strauss (Cáceres, 2003). Se realizó en seis pasos: Selección del objeto de análisis dentro de un modelo de comunicación, desarrollo del pre análisis, la

definición de las unidades de análisis, establecimiento de reglas de análisis y códigos de clasificación, desarrollo de categorías y la integración final de los hallazgos.

## **RESULTADOS**

El estudio conto con 10 participantes incluidos pacientes y cuidadores. En su mayoría fueron mujeres entre los 50 y los 70 años, solteras. La indicación de anticoagulación más frecuente fue el ECV isquémico.

Una vez hecho el análisis de los datos se identificaron 3 categorías y 4 subcategorías. Las categorías identificadas fueron: transformando el conocimiento, con las subcategorías, conocimiento de la terapéutica y conocimiento de los cuidados; Transformando la cotidianidad, con las subcategorías Cotidianidad individual y cotidianidad familiar y finalmente la categoría de transformando las emociones.

### **Categoría 1: transformando el conocimiento**

El conocimiento es una primera característica que se transforma en las personas anticoaguladas con warfarina. Esta transformación hace referencia a modificar el conocimiento, conllevando a las personas a familiarizarse con temas que antes podrían ser extraños y que ahora hacen parte de su cotidianidad. Dentro de los temas con los cuales se familiarizan e incluso pueden llegar a convertirse en expertos son, la indicación de la terapéutica, cuidados, tiempo de evolución, posibles

complicaciones y estrategia de monitoreo, entre otros.

Esta categoría se divide en dos sub-categorías. La primera denominada conocimiento de la terapéutica y la segunda conocimiento de los cuidados en anticoagulación.

**Sub-categoría: conocimiento de la terapéutica**

Los participantes dejan en evidencia, el conocimiento que poseen en relación a las indicaciones de la terapia, tiempo de la misma, estrategia de monitoreo, complicaciones, medidas de prevención, personas a quien recurrir frente a alguna novedad y fuentes de nueva información.

Los participantes reconocen las indicaciones de la terapia anticoagulante siendo evidente en el relato de los mismos, *"Bueno, mi padre está anticoagulado porque hace 4 años y medio le dio un ACV, entonces por una fibrilación, auricular entonces por eso está anticoagulado, a raíz de eso lo anticoagularon"* P02E01.

Por otra parte, los participantes saben en qué momento comenzó el tratamiento anticoagulante, reconociendo así el tiempo de la terapia y evolución de la misma. *"Bueno, mi padre está anticoagulado porque hace 4 años y medio le dio un ACV, por una fibrilación auricular, entonces por eso está anticoagulado"* P02E01.

Aparte de las indicaciones y el tiempo de evolución con el tratamiento anticoagulante, los participantes reconocen la estrategia de monitoreo de la terapia anticoagulante (Trejo, 2004). *"Bueno al comienzo me*

*cambió la rutina porque todas las semanas tenía que mandarle a tomar el examen de laboratorio"* P02E01. Conocen también que el INR debe estar en unos parámetros establecidos y estos pueden fluctuar *" ya después fue cuando dijeron que subió, qué bajó hoy, entonces que hay que tomarle examen de sangre"* P01E01.

El conocimiento de las personas también abarca las complicaciones que se pueden presentar secundarias al tratamiento con la warfarina, principalmente han tenido que vivir dichos efectos, como la aparición de hematomas, equimosis, episodios recurrentes de epistaxis, hemorragias, hematuria, entre otros, el código de complicaciones y prevención surge de las frases como *"Se nos cayó y se nos fracturó el piecito. Se le veía, no le estoy mintiendo, se le veían las astillas de los huesitos, las puntas de los huesitos así... en el pie, de inmediato se le hizo un hematoma terrible."* P06E01.

Todo esto conlleva a entrar en un aparente estado preventivo, intentando detectar precozmente la aparición de dichas complicaciones y generando estrategias para evitarlas, *"Que hay que tener cuidado con los golpes, todas las cosas y la dieta, entonces lo que puede comer y lo que no debe comer, más especialmente lo que no debe comer"* P07E01.

Se evidencia que en caso de alguna duda frente al tratamiento con antagonistas de la vitamina K o la presencia de alguna complicación los participantes buscan asesoría con el grupo de profesionales de la

salud, identificándose el código a quien recurro. *"Pero ahorita pues como tengo al enfermero, me pasó esto, tal cosa, entonces él me ha dado la confianza"* P03E01.

Los participantes suplen los vacíos en la información brindada buscando información por su propia cuenta, ya sea usando los medios digitales o electrónicos como el internet *"uno no sabía qué cosas no debería darle, porque uno no tiene una información, o sea, eso le deberían dar a uno por escrito, dele tal y tales cosas. Pero eso fue más porque nosotros lo investigamos, no porque nos hubieran dado un manejo a seguir"* P05E01.

#### **Sub-categoría: conocimiento de los cuidados**

El conocimiento de los participantes se extiende a los cuidados con el anticoagulante, en relación a la alimentación, la interacción con medicamentos, intervenciones en salud, los cuidados propios de la warfarina, las recomendaciones terapéuticas y el seguimiento de estas.

Los participantes conocen las restricciones alimenticias, identificando que algunos alimentos podrían alterar la terapia con antagonista de vitamina K, este código se denominó cuidado frente a la alimentación y warfarina, *"pero ya prohibieron que la comida por ejemplo cosas verdes que no podía comer para la cuestión de la coagulación, ¿no?, que aguacate, que verduras, que granos, y hoy*

*por hoy le prohibieron una cantidad de cosas"* P01E01.

Por otra parte, los hallazgos dejan en evidencia que los participantes tienen presente que existe una interacción farmacológica entre otros medicamentos y warfarina, que al utilizarse de forma concomitante podrían aumentar o disminuir el efecto terapéutico. *"Que, si le damos tal medicamento, no porque vamos a hacer el doble de efecto del de la Warfarina"* P03E01.

Los participantes procuran seguir las recomendaciones brindadas por el equipo de salud, refiriendo constantemente que no alteran la terapia anticoagulante de ninguna manera, esto lo manifiestan con frases como: *"entonces yo a mi padre no le daba y nunca me ha gustado darle nada que no nos formule el médico, ¡nada!"* P02E01

#### **Categoría 2: transformando la cotidianidad**

En esta categoría se agrupan todos aquellos relatos en los cuales, los participantes mencionaron cómo la terapéutica con warfarina había transformado además de la cotidianidad personal, la cotidianidad familiar.

La persona culturalmente hablando mantiene una manera de expresarse, la cual se hace por medio de las prácticas culturales, que de manera inherente están relacionadas a la vida cotidiana. La terapia anticoagulante transforma aspectos de la cotidianidad tales como la actividad física, las prácticas alimenticias e intervenciones terapéuticas,

las cuales hacen parte de las prácticas culturales (Itchart y Donati, 2014).

**Subcategoría: Cotidianidad individual**

Los participantes refieren que la actividad física que realizan actualmente se ha visto reducida comparada con la que realizaban antes de iniciar el tratamiento con warfarina, *"ya los ejercicios son diferentes, o sea, ya no puedo hacer la rutina de ejercicio que hacía antes, ya no la puedo hacer"* P08E01.

Por otra parte, los participantes perciben transformación en sus prácticas alimenticias. Esta transformación se debe en gran medida a prohibiciones generadas por el personal de salud. *"Que uno en primera instancia uno dice, pero por qué le quitan como las verduras, como las ensaladas las cosas que para uno son alimento, pues no, a uno le prohíben eso"* P07E01.

A pesar que los participantes manifestaron tener prohibiciones en el área de alimentación, también dejan en evidencia que diseñan estrategias de negociación, que limiten en cierta forma esa transformación de las prácticas culturales asociadas el consumo del anticoagulante.

*"Sin embargo hay veces que una vez en la semana hago un picadito de verdura para todos, con carnecita o con pollito"* P08E01.

Otro código que surge en esta subcategoría es el de limitación de las intervenciones de salud. Los participantes perciben que la warfarina genera cierta limitación a la hora de realizar algunas intervenciones en salud por los posibles riesgos que podrían presentarse al realizarlas, *"Cómo no se le puede hacer*

*ninguna cirugía, nada por estar anticoagulado."* P09E01.

**Subcategoría: Cotidianidad familiar**

La terapia con antagonistas de vitamina K no solo transforma las prácticas culturales de la persona quien está en tratamiento, según los hallazgos de esta investigación también existen transformaciones en la cotidianidad del grupo familiar.

La cotidianidad familiar involucra también las actividades sociales (Itchart y Donati, 2014) las cuales se pueden ver alteradas por los riesgos que conlleva la warfarina y su ingesta, riesgo tales como aparición de hematomas y hemorragias, esto de cierta forma genera una limitación en la participación en las actividades lúdicas en familia, como se evidencia a continuación: *"Por ejemplo la familia de mi esposo, ellos son muy dados, cuando hay una reunión o algo como a molestar, a hacer juegos, a hacer cosas bruscas ¿sí? Entonces ya no puedo participar muy bien de esos juegos"* P08E01.

Teniendo en cuenta que la persona en tratamiento con warfarina debe reducir la ingesta de alimentos con vitamina K, la familia también reduce la ingesta de ese grupo de alimentos. Sin embargo, la adaptación individual anteriormente descrita, también es una característica desarrollada por el núcleo familiar. *"Comíamos todos en la mesa con mi padre, entonces nos tocó empezar a recortar a nosotros las verduras también"* P02E01.

A pesar de las transformaciones de la cotidianidad referidas por los participantes,

es evidente también la capacidad de adaptación frente a esta nueva realidad. Se observó que la principal área de adaptación personal fue la alimentación. *"Entonces claro, claro que cambió, a mí sí me hace mucha falta la verdura, pero entonces uno como que ya se va acostumbrando"* P03E01.

### **Categoría 3: transformando las emociones**

Las emociones constituyen la expresión hacia diversas actividades humanas realizadas en la vida cotidiana, se forjan de guiones y referencias sociales adaptados según el entorno sociocultural, son expresiones codificadas en una sociedad (Rodríguez-Hernández, Juárez-Lugo y Ponce de León, 2011; Sánchez-Aragón y Díaz-Loving, 2009). Las emociones son ese elemento fundamental para comprender qué postura tomar frente a cada entorno sociocultural, que significado darle a cada una de las prácticas culturales que se ejercen y cómo interpretar algunos factores de la cultura (Salazar, 2008).

En relación a la alimentación se manifiestan emociones como el añorar los alimentos restringidos. *"Entonces hay veces se le antoja comer cositas así, pero no puede"* P08E01.

Los participantes perciben emociones transformadas en relación a su dieta, manifestando que seguir la nueva dieta es algo complicado, *"Pero es que hacerle una dieta que no tenga verduras es complicadísimo"* P03E01.

Se puede evidenciar que existe miedo por parte de los participantes, manifestándolo principalmente por la posible aparición de algunas complicaciones como son las hemorragias o hematomas, *"yo al comienzo me asusté porque me habían dicho muchas cosas de la Warfarina o de la anticoagulación, me asusté un poco porque una cantidad de cosas sobre que tenían hemorragias y que se podían presentar los hematomas"* P02E01.

### **DISCUSIÓN**

Las personas poseen el conocimiento de las principales complicaciones ocasionadas por la terapia con antagonistas de vitamina K, debido a esto mantienen una actitud de prevención frente a la aparición de estas complicaciones, esto coincide con lo encontrado por López y colaboradores en la investigación titulada "Cuidado Popular de Familias con un adulto mayor sobreviviente del primer accidente cerebro vascular" (López-Díaz, Castellanos-Soriano y Muñoz Torres, 2016).

Existen varias enfermedades donde las personas deben cambiar su cotidianidad, ya sea debido al desarrollo de la patología o su tratamiento. Las personas deben recurrir a transformaciones en su vida cotidiana para mejorar o controlar la enfermedad y con esto mejorar su calidad de vida, evitar recurrencias de síntomas, prevenir complicaciones (Pinzón-Rocha, Aponte-Garzón y Hernández-Páez, R.F., 2013).

Además, las personas tienen una percepción de prohibición y restricción con los alimentos ricos en vitamina K, reconociendo que estos alimentos alteran la terapia anticoagulante con warfarina, así como en otras investigaciones las personas perciben los alimentos como algo prohibido o restringido en su dieta, según lo demuestra Pinzón y colaboradores (Pinzón-Rocha et al., 2013).

Moraga en su estudio “Estudio cualitativo sobre la experiencia subjetiva de la enfermedad en diabéticos” halló que el desconocimiento es un desencadenante del miedo durante la enfermedad, principalmente miedo a la presencia de los síntomas o las posibles complicaciones (Moraga, 2005).

### **CONCLUSIONES**

- A partir de los hallazgos en el presente estudio se concluye que las personas en terapia anticoagulante con warfarina, junto con sus cuidadores, sí transforman prácticas culturales como el conocimiento, la cotidianidad y las emociones. El conocimiento se transforma en relación a la terapéutica y los cuidados de la misma.

En cuanto a conocimiento de la terapéutica, esta transformación los conduce a reconocer ampliamente la indicación del tratamiento, tiempo de evolución, estrategia de monitoreo, complicaciones y formas de prevenirlas, adicional a esto identifican plenamente a quien pueden recurrir en caso

de urgencia y cuáles podrían ser fuentes de información adicional necesaria.

Por otra parte, el conocimiento transformado frente a los cuidados con la terapéutica, permite a la persona y su familia identificar las precauciones entre la warfarina y los alimentos, además de interacciones con otros fármacos, así como cuidados específicos con el tratamiento y la importancia de seguir las recomendaciones del equipo de salud.

- Otra práctica cultural que se transforma en la terapia anticoagulante es la cotidianidad, esta transformación no solo se presenta en términos de lo individual, sino que también involucra el contexto familiar. Los principales aspectos de la cotidianidad que se transforman son la actividad física, la alimentación, las prácticas de salud, actividades familiares, conllevando a que las personas y su entorno generen estrategias de negociación y posterior adaptación.

- Finalmente, el tratamiento con warfarina, conlleva a que las personas transformen sus emociones, experimentando sensaciones como añoranza, miedo, aburrimiento, percepción de dificultad, lo cual determina su actuar frente al medicamento.

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Anguita-Sanchez, B., & Cequier-Fillat, V. (2016). Calidad de la anticoagulación con antagonistas de la vitamina K en España: prevalencia de mal control y

- factores asociados. *Revista Española de cardiología*.69(1), 116–7. Recuperado de <http://www.revespcardiol.org/es/calidad-anticoagulacion-con-antagonistas-vitaminak/articulo/90435978/>
- Corbi, I.S.A., Dantas, R.A.S., Pelegrino, F.M. & Carvalho, A.R.S. (2011). Calidad de vida relacionada a la salud de pacientes que usan anticoagulación oral. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(4), 865-873. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000400003&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000400003&script=sci_abstract&tlng=es)
  - Novoa-Gómez, M.M., Barreto, I. y Silva, M.L. (2012). Consumo de cigarrillo y prácticas culturales en contextos universitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44 (1), 97-110. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-05342012000100010&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342012000100010&lng=en&tlng=es).
  - Berkovits, A. y Mezzano, D. (2017). Nuevos anticoagulantes orales: actualización. *Revista chilena de cardiología*, 36(3), 254-263. Recuperado de: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-85602017000300254](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602017000300254)
  - Cáceres, P. (2003). Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 2 (1), 53-82. Recuperado de <https://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/3/1003>
  - Reviglionio, J.I., Cornavaca, T., Becerra, F., Albertini, R., Contreras, A.E., & Tabares, A. (2014). Control perioperatorio de la anticoagulación con antagonistas de la vitamina K en cirugía electiva. *Medicina*, 74 (5),385-390. Recuperado de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0025-76802014000500006&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802014000500006&lng=es&tlng=es).
  - Del Monaco, R. (2013). Autocuidado , adherencia e incertidumbre : tratamientos biomédicos y experiencias de pacientes en el dolor crónico de la migraña. *Salud Colectiva*, 9 (1), 65–78. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73126334006>
  - Fava, S.M.C.L., Zago, M.M.F., Nogueira, M.S. y Dázio, E.M.R. (2013). Experiencia de la enfermedad y del tratamiento para la persona con hipertensión arterial sistémica: un estudio etnográfico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21 (5), 1-8. Recuperado de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/es\\_0104-1169-rlae-21-05-1022.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/es_0104-1169-rlae-21-05-1022.pdf)
  - Fernández-González, R. (2017). Anticoagulantes. *Revista Costarricense de Cardiología*, 19 (1-2), 3. Recuperado de: <http://www.acc.co.cr/wp-content/uploads/2018/03/2017-v19-n1-2.pdf>
  - Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista Lucio, M.P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: Editorial Mc Graw Hill.
  - Itchart, L. Donati, J. I. (2014). *Prácticas culturales*. Buenos Aires. Universidad Nacional Arturo Jauretche.
  - Lalive D’Epinay, C. (2008). La vida cotidiana: Construcción de un concepto sociológico y antropológico. *Sociedad Hoy*, 14 , 9–31. Recuperado de



- <http://www.redalyc.org/pdf/902/90215158002.pdf>
- Laverde, L. P., Gómez, S. E., Montenegro, A. C., Lineros, A., Wills, B. & Buitrago, A. F. (2015). Experiencia de una clínica de anticoagulación. *Revista Colombiana de Cardiología*, 22 (5), 224–230. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-pdf-S0120563315000984>
  - López-Díaz, L., Castellanos-Soriano, F. & Muñoz-Torres, E. (2016). Cuidado popular de familias con un adulto mayor sobreviviente del primer accidente cerebrovascular. *Aquichan*, 16 (2), 169–178. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972016000200005&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972016000200005&script=sci_abstract&tlng=es)
  - Gomez, J. E. & Lopez, L. M. (2016). Expectativa de cuidado de enfermería que tienen las personas en diferentes ámbitos de cuidado. *Revista Colombiana de Enfermería*, 12, 49-69. Recuperado de <file:///C:/Users/USER/Downloads/Dialnet-ExpectativaDeCuidadoDeEnfermeriaQueTienenLasPerson-6547190.pdf>
  - Maldonado, N. (2001). Atención al paciente con anticoagulantes. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 9 (1-4), 44–49. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enf/en-2001/en011-4h.pdf>
  - Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. (1993). *Resolución 8430 de 1993*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
  - Moraga, R. (2005). Estudio cualitativo sobre la experiencia subjetiva de la enfermedad en diabéticos. *Revista Chilena de Salud Pública*, 9 (3), 162–168. Recuperado de: <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/20158>
  - Pinzón-Rocha, M.L., Aponte-Garzón, L.H. & Hernández-Páez, R.F. (2013). Experiencia de los cuidadores informales en el manejo de la diabetes mellitus tipo II. *Orinoquia*, 17 (2), 241–251. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rori/v17n2/v17n2a11.pdf>
  - Quecedo-Lecanda, R. & Castaño-Garrido, C. (2002). Introducción a la metodología de investigación cualitativa. *Revista de Psicodidáctica*, (14), 5–39. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/175/17501402/%0Ahttp://www.redalyc.org/resumen.oa?id=17501402>
  - Quiñones, M., Miranda, J., & Moquillaza, M. (2015). Uso de fibrinolíticos en la enfermedad cerebrovascular isquémica, resultados de una serie de 23 pacientes. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. *Revista Médica Panacea*, 5 (1), 32–35. Recuperado de <http://revpanacea.unica.edu.pe/index.php/RMP/article/view/167/131>
  - Rada, M.C, Mandra, M., Facundo, T., Rollan, I., Florida, J., & Herrera, G. (2016). Indicación de anticoagulación en la práctica diaria de médicos neurólogos de la ciudad de Salta. *Neurología Argentina*, 5 (4), 259–269. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-articulo-indicacion-anticoagulacion-practica-diaria-medicos-S1853002816000379>
  - Ramirez-Puenuela, J.A., & Buitrago, A.F. (2019). Predictores de mortalidad

- en pacientes hospitalizados con fibrilación auricular en un hospital universitario. *Revista Colombiana de Cardiología*, 30 (20), 1-6. Recuperado de <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0120563319300245?token=B758D7C728E81A7F3FBD626836FE3CFBCAE170E9B1E344A23ECC13C612762742273A212133BEC81DC695D5534986D5F8>
- Rivas Patiño, L. F. (2005). Clínica de anticoagulación. *Revista de la Fundación Valle de Lili*, 04, 24-25. Recuperado de <http://valledelili.org/wp-content/uploads/2018/04/pdf-revista-fv1-04-1.pdf>
  - Rodrigues, A., Aparecida, R. & Dantas, S. (2010). Adaptación y validación de una medida de adhesión a la terapia de anticoagulante oral. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18 (3), 3-10. Recuperado de: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es\\_02.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_02.pdf)
  - Rodriguez-Hernandez, G., Juárez-Lugo, C. & Ponce de León, M. (2011). La culturalización de los afectos: Emociones y sentimientos que dan significado a los actos de protesta colectiva. *Interamerican Journal of Psychology*, 45 (2), 193-201. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28422741010>
  - Salazar, T.R. (2008). El valor de las emociones para el análisis cultural. *Revista de Sociología*, 87, 145-149. Recuperado de: <https://papers.uab.cat/article/view/v87-rodriguez/pdf-es>
  - Sánchez-Aragón, M. & Díaz-Loving, R. (2009). Reglas y preceptos culturales de la expresión emocional en México: su medición. *Universitas Psychologica*, 8 (3), 793-806. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v8n3/v8n3a15.pdf>
  - Solano, M. & Mendieta, F. (2014). Adherencia al tratamiento anticoagulante: Hospital de San José. Bogotá DC, Colombia. *Revista Repertorio de Medicina y Cirugía*, 23 (3), 189-198. Recuperado de <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/708>
  - Trejo, I.C. (2004). Anticoagulantes: Farmacología, mecanismos de acción y usos clínicos. *Cuadernos de Cirugía*, 18 (1), 83-90. Recuperado de <http://mingaonline.uach.cl/pdf/cuadcir/v18n1/art14.pdf>
  - Valdés-Naranjo, Y. & Pantaleón-Bernal, O.S. (2016). Adherencia terapéutica a los anticoagulantes orales y su importancia en la enfermedad tromboembólica venosa. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular*, 17 (1), 55-70. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1682-00372016000100008&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372016000100008&lng=es&tlng=es)
  - Zavaleta-Martínez, E. & Morales-Blanhir, J. (2006). Tromboembolia pulmonar. *Neumología y Cirugía de Tórax*, 65 (1), 24-39. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2006/nt061d.pdf>

## La enseñanza de enfermería: un camino de participación materna del cuidado del prematuro hospitalizado

**Nursing education: a path of maternal participation in the care of the premature hospitalized**

**Educação em enfermagem: um caminho de participação materna no cuidado do prematuro hospitalizado**

**Claudia Lorena Motta Robayo<sup>1</sup>, Rosa Yolanda Munevar Torres<sup>2</sup> (†)**

<sup>1</sup> Enfermera. Magíster en enfermería con énfasis en cuidado para la salud Maternoperinatal. Docente Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: clmottar@unal.edu.co

<sup>2</sup> (†) Magíster en enfermería con énfasis en Cuidado Maternoperinatal, Especialista en Enfermería Perinatal, Docente Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Coautora quien falleció en el año 2016 y realizo acompañamiento como directora de tesis y realizó aportes valioso al artículo realizado.

Cómo citar este artículo en edición digital: Motta Robayo, C.L. & Munevar Torres, R.Y. (2019). La enseñanza de enfermería: un camino de participación materna del cuidado del prematuro hospitalizado.

*Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 23 (55) Recuperado de

<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.55.14>

Correspondencia: RN. M.Sc Claudia Lorena Motta Robayo. Carrera 6 #49-68 Localidad Chapinero. Bogotá Colombia.

Correo electrónico de contacto: clmottar@unal.edu.co



*Recibido: 10/09/2019*

*Aceptado: 23/22/2019*

### ABSTRACT

**Objective:** To describe the meaning for the mother to participate in the care of preterm birth, a group of mothers who had their children hospitalized in the neonatal unit in the city of Bogotá, Colombia.

**Methodology:** Qualitative study, with a method of ethno-nursing of small scope and application of the theory: Universality and diversity of the cultural care of Madeleine Leininger. The data were obtained during the months of March to October 2012, through 24 in-depth interviews, field notes and

participant observation to nine key informants and four general informants  
Results: 28 codes emerged, 5 patterns and 2 central themes. The two central themes that defined the meaning for the mother to participate in the care of the hospitalized premature newborn were: Nurse Education: A Way of maternal care participation and context hospitalized preterm premature hospitalization: an influential stage.  
Conclusion: participate in the care of hospitalized preterm birth for mother means having to care nursing education by the premature explanation, observation, demonstration and implementation, in a context of dominance of the ethical over the émic.

**Keywords:** transcultural nursing, newborn premature infant care, nursing care, education.

### RESUMEN

**Objetivo:** Describir el significado para la madre de participar en el cuidado al recién nacido prematuro en un grupo de madres que tenían sus hijos hospitalizados en una unidad neonatal de la ciudad de Bogotá, Colombia. **Metodología:** Estudio cualitativo, con método de Etnoenfermería de pequeño alcance y aplicación de la teoría: Universalidad y diversidad del cuidado cultural de Madeleine Leininger. Los datos fueron obtenidos durante los meses de marzo a octubre del 2012, mediante la realización de 24 entrevistas a profundidad, notas de campo y observación participante a nueve informantes claves y cuatro informantes generales. **Resultados:** Surgieron 28 códigos, 5 patrones y 2 temas centrales. Los dos temas centrales que definió el significado para la madre de participar en el cuidado al recién nacido prematuro hospitalizado fueron: Enseñanza de la enfermera: un camino de participación materna del cuidado del prematuro hospitalizado y el contexto de hospitalización del prematuro: un escenario influyente.

**Conclusión:** participar en el cuidado del prematuro hospitalizado para la madre significa contar con enseñanza de enfermería para cuidar al prematuro mediante explicación, observación, demostración y

ejecución; en un contexto de predominio de lo ético sobre lo émico.

**Palabras clave:** enfermería transcultural, recién nacido prematuro, cuidado de enfermería, enseñanza.

### RESUMO

**Objetivo:** Descrever o significado para a mãe de participar do cuidado ao recém-nascido prematuro em um grupo de mães que tiveram seus filhos internados em uma unidade neonatal na cidade de Bogotá, Colômbia. **Metodologia:** Estudo qualitativo, com um método de etno-enfermagem de pequeno alcance e aplicação da teoria: Universalidade e diversidade do cuidado cultural de Madeleine Leininger. Os dados foram obtidos nos meses de março a outubro de 2012, por meio de 24 entrevistas em profundidade, notas de campo e observação participante a nove informantes-chave e quatro informantes gerais. **Resultados:** 28 códigos emergiram, 5 padrões e 2 temas centrais. Os dois temas centrais que definiram o significado para a mãe participar do cuidado do recém-nascido prematuro hospitalizado foram: Ensinar o enfermeiro: um caminho de participação materna no cuidado do prematuro hospitalizado e o contexto de hospitalização do prematuro: um cenário influente. **Conclusão:** participar do cuidado do prematuro hospitalizado para a mãe significa ter formação de enfermagem para cuidar do filho prematuro por meio de explicação, observação, demonstração e execução; em um contexto de predominância do ético sobre o émic.

**Palavras-chave:** enfermagem transcultural, recém-nascido prematuro, assistência de enfermagem, ensino.

### INTRODUCCIÓN

A partir del conocimiento émico o el conocimiento propio y prácticas tradicionales de la madre (Leininger y McFarland, 2006) descubrir el significado de participar en el cuidado del prematuro hospitalizado permite mejorar la práctica de enfermería en unidades neonatales, pues ella

### *Cultura de los Cuidados*

es cuidador primario en un contexto desconocido, pero necesario para la recuperación de su hijo. Para comprender el significado que le asigna la madre a su participación en el cuidado al prematuro hospitalizado, se revisó la literatura, que permitió contextualizar el fenómeno de interés. Las investigaciones de Rodríguez Holguín (2007), Gallegos, Monti y Silvan (2007), Guerra (2007), Lawhon (2002), Aagaard (2008), Ruiz, Ceriani, Cravedi y Rodríguez (2005), resaltaron la importancia de la participación de la madre en el cuidado del prematuro, desde el punto de vista del equipo multidisciplinario, evidenciando la necesidad de continuar indagando acerca de la influencia de la participación de la madre en el cuidado del recién nacido prematuro hospitalizado y su significado.

En este sentido, el interés investigativo surgió de la necesidad de conocer desde el propio conocimiento de la madre el significado de su participación en el cuidado del prematuro hospitalizado, con el propósito de brindar un cuidado centrado en la familia y permita responder a las preguntas ¿Por qué las madres no participan activamente del cuidado de sus hijos en las unidades neonatales? ¿Qué significa para ellas esa participación? ¿Cómo se sienten cuando están cerca de sus hijos pero no participan del cuidado? ¿Qué aspectos les impide o les motiva a participar del cuidado? ¿Los conocimientos culturales de la madre son importantes para ella en el cuidado de su hijo hospitalizado?, entre otros interrogantes que se lograron responder en la medida en

que se comprendió el significado de la participación de la madre en el cuidado de su hijo prematuro hospitalizado desde su vivencia, sentimientos y expectativas de cuidado.

La definición de significado para la investigación, surge de los planteamientos definidos por Blumer (como se citó en Sandoval, 1996) quien lo define como “productos sociales, que surgen durante la interacción. Los actores sociales asignan significados a situaciones, personas, cosas y así mismos a través de interpretación. Las personas actúan frente a cosas y personas sobre la base de los significados que unos y otros tienen para ellos” (p58), coherente con esta definición, Leininger y McFarland (2006) señalan que cada cultura tiene sus artefactos o artículos que le dan significado y son símbolos especiales de la cultura. Para la Etnografía, según lo definido por Morse (2003), la preocupación es por el significado de las acciones, donde la gente hace uso constante del complejo sistema de significados para organizar sus comportamientos, entenderse a sí misma y a los demás y encontrar sentido a partir del mundo en el que viven” (p195). Es así como a partir de estas definiciones conceptuales se precisa el término significado para la investigación, siendo: el producto social de la interacción de la madre con elementos y factores ambientales que la rodean en la unidad neonatal mientras el prematuro está hospitalizado. La madre deja ver desde su propio conocimiento, la interpretación que da a las situaciones, cosas, personas e

inclusive así misma en el contexto de la unidad neonatal que influye en su participación en el cuidado. De manera, que para la investigación, la teoría de la Universalidad y diversidad de los cuidados culturales de Leininger, soporta teóricamente el fenómeno investigado, ya que se descubrió el significado para la madre de su participación en el cuidado de su hijo prematuro a partir de los datos que surgen de la visión émico o propia en ella, para encontrar su interpretación a las situaciones, personas, elementos o artefactos que hacen parte del contexto de la unidad neonatal, con quienes ella interactúa y relaciona con el evento de su participación en el cuidado, lo que Leininger y McFarland (2006) en su teoría lo define, como conocimiento genérico (émico). El conocimiento ético, representa otro de los constructos evidenciados en la investigación, ya que es la enfermera a través de la enseñanza quien apoya y facilita a la madre a participar en el cuidado.

### **METODOLOGÍA**

Investigación cualitativa con abordaje etnográfico y método de etnoenfermería descrito por Madeleine Leininger (Leininger y McFarland, 2006). Se buscó hallar el significado para la madre de su participación en el cuidado del prematuro hospitalizado a partir de su conocimiento émico (Leininger y McFarland, 2006). Coherentes con el método se seleccionaron informantes claves y generales; la selección de los informantes

se realizó según los principios de pertinencia y adecuación (Sandoval, 1996). Participaron nueve (9) madres de recién nacidos prematuros hospitalizados en la unidad neonatal del Hospital Militar- Bogotá, Colombia. Como informantes generales participaron cuatro (4) profesionales de enfermería de la unidad neonatal. Los datos se obtuvieron a través de 2 a 3 entrevistas a cada informante clave para un total de veinte (20) entrevistas en profundidad (Sandoval, 1996), que permitieron a la madre expresar sus interpretaciones, vivencias, reflexiones acerca del significado de su participación en el cuidado de su hijo prematuro hospitalizado. Los informantes generales expresaron lo que sabían acerca del fenómeno estudiado, por tanto su información residió en la identificación del cuidado brindado por la madre a su hijo prematuro hospitalizado; se realizó a las informantes generales una (1) entrevista a cada una para un total de cuatro (4) entrevistas semiestructuradas; por tanto su conocimiento contribuyó al análisis y la reflexión acerca de lo expresado por los informantes claves con respecto al fenómeno estudiado. La muestra la constituyó, la saturación teórica de la información, hasta no obtener datos nuevos (Leininger y McFarland, 2006). El rigor metodológico se conservó mediante criterios de credibilidad, confirmabilidad, significado en contexto, patrones recurrentes, auditabilidad y transferibilidad, (Castillo & Vásquez, 2003) La investigación cumplió estrictamente las

cuatro fases de etnoenfermería, las cuales fueron realizadas en forma simultánea así: (Leininger y McFarland, 2006).

*Fase1:* recolección, descripción y documentación de datos en bruto. Los datos obtenidos de notas de campo, interpretación de fotografías y transcripción fiel de las entrevistas a informantes claves y generales, se archivaron en paquetes por participante. Luego, se identificaron posibles descriptores en los fragmentos de información relevantes para el fenómeno con enfoque émico y se inició el análisis.

*Fase2:* se registraron los descriptores en una matriz de análisis en Excel 2012 y se identificaron códigos de acuerdo a la significancia del descriptor con relación al fenómeno en estudio. Éste y los códigos identificados, fueron analizados, consignando las reflexiones e interpretaciones en el memo de análisis y paralelamente se hizo análisis a la luz de los planteamientos de Madeleine Leininger en su teoría.

*Fase 3:* para identificar el momento de la saturación teórica se construyó una matriz en Excel 2012 que permitió visibilizar la saturación del mismo, llegando a la saturación completa con 20 entrevistas a profundidad realizadas a 9 informantes claves.

*Fase 4:* elaboración de mapas conceptuales a partir de los códigos obtenidos en las fases previas, para identificar patrones y temas centrales de la investigación que evidenciaron el significado para la madre de su participación en el cuidado al prematuro

hospitalizado a partir del propio conocimiento e interacción con el contexto de la unidad neonatal, producto de sus interpretaciones.

El análisis de datos se apoyó en el facilitador: el sol naciente de la teoría de la Universalidad y Diversidad de los cuidados culturales de Leininger. (Leininger y McFarland, 2006). Una vez se finalizó el trabajo, se procedió a la retirada del campo agradeciendo a las participantes y a la institución de salud.

## RESULTADOS

El significado para la madre de participar en el cuidado del recién nacido prematuro hospitalizado está definido por dos temas centrales: *La enseñanza de la enfermera, un camino para la madre participar en el cuidado del prematuro hospitalizado y el contexto de la hospitalización del prematuro, un escenario que influye en la participación de la madre en el cuidado*, que a su vez están constituidos por patrones y códigos como lo muestra la tabla 1. El tema uno (1), tiene dos (2) patrones y diez (10) códigos y el tema dos (2), lo integra tres (3) patrones y diez y ocho (18) códigos.

Éstos muestran a la enfermera como la protagonista del contexto de donde proviene la enseñanza para que la madre aprenda a cuidar a su hijo desde periodos tempranos de la hospitalización. Esta vivencia genera en la madre, sentimientos, apoyos y obstáculos para participar activamente del cuidado de su hijo. Según la teoría de la Universalidad y

diversidad de los cuidados culturales de Madeleine Leininger dos de los constructos centrales de la teoría se reflejan en los resultados, donde la enfermera es protagonista en la enseñanza del cuidado, para transmitir su conocimiento profesional o ético a la madre y por otro lado, el contexto de la unidad neonatal como escenario que influye en la participación de la madre en el cuidado del recién nacido prematuro. A continuación se describen los hallazgos de cada tema.

***Tema 1: La enseñanza de la enfermera: un camino para la madre participar en el cuidado del prematuro hospitalizado.***

La enseñanza del profesional de enfermería implica dos patrones:

*Patrón 1. La o el enfermera (o) fuente de enseñanza para participar la madre en el cuidado del prematuro hospitalizado,* deja ver cómo la enfermera, a través de sus enseñanzas es quien orienta y apoya la participación de la madre en el cuidado del prematuro, ya sea porque proporciona enseñanza para el cuidado o el cuidado es brindado por la madre como presencia o como protección, pero influenciado por la asistencia, facilitación, acciones y decisiones de las enfermeras. Cuando la enfermera le enseña acerca del cuidado, la madre aprende y puede participar. De esta manera cuando la madre ingresa a la unidad neonatal reconoce el conocimiento profesional y ella lo asimila en beneficio de su hijo. Es así como la enfermera involucra a la madre en los espacios de cuidado, para

compartir con ella su conocimiento a través de la invitación, así lo evidencia la madre: **I2E1P10** “*ehh eso es estimulación para uno, a usted le dice mamá ya la está cogiendo...ya la puede coger, la puede cambiar, limpiar la colita, ya después me dijeron álcela ya le puedes dar pecho, ehh todo lo que, todo lo que el cuidado que un bebé necesita, entonces ya uno como que se entusiasma más a brindarle todos esos cuidados que ellos necesitan*”. Así mismo lo expresan las enfermeras: **IG3E1P22** “*pueden estar presentes si quieren todo el tiempo y mejor porque a medida que ellos preguntan uno puede dar educación*”. Participar en el cuidado al prematuro hospitalizado, significa para la madre contar con una fuente de enseñanza, apoyo, acompañamiento, motivación y estímulo brindado por la enfermera. Hace parte de este tema el código: *la enseñanza de la enfermera para perder el miedo*, este miedo es un sentimiento que acompaña a la madre y que condiciona su participación, razón por la cual enfermería, dirige sus enseñanzas a minimizar ese sentimiento y lograr el acercamiento de la madre como cuidador activo de su hijo: **IIE1P8**: “*Y le enseñan a uno a que se le quite el miedo que es lo más importante a uno, porque a uno le da mucho miedo con ellos.*” El miedo le representa a la madre la barrera de su interior que se interpone entre el bebé y su necesidad de participar activamente en el cuidado, es el obstáculo que a través de la enseñanza y acompañamiento de la enfermera la madre



### Cultura de los Cuidados

puede vencer. Por otro lado, la madre aprende mirando a la enfermera, mediante actos de asistencia que brindan, convirtiéndose en observadoras del cuidado de la enfermera a su hijo/a. **I9EIP5:** “yo vi a una enfermera sacarle los gases a ver cómo era que le sacaba los gases porque no sabía, en... no le sacaron los gases no tenía ni idea, entonces yo la vi yo también cogí a mi bebe y le hice lo mismo”. Participar en el cuidado para una madre que tiene su hijo/a hospitalizado implica contar con el conocimiento ofrecido por enfermería a través de la comunicación verbal, la demostración, observación, ejecución y el comportamiento. Así lo expresa la informante 9: **I9EIP19:** “Entonces uno mira para aprender y uno aprende de las personas que ya saben sí, yo por ejemplo si yo le hubiera visto eso de otra mamá, no lo hubiera hecho sí, pero si yo lo veo de una persona que sabe pues yo lo hago, debo de tener el cuidado de hacerlo como ella lo hace sí, no arrebatado, no, yo aprendo de una, cogerlo despacio porque ellos de todas maneras son delicados, pero no, para mi es más, yo pongo mucho cuidado para así mismo aprender.” Así lo expresan las enfermeras: **IG3EIP31:** “Claro creo que todo es de ejemplo de repetición, todo debe de ser visual, ehh ... y las mamás aprenden más así, si yo hago las cosas bien, si yo trato al niño, le cojo una manito, le meto la mano, la manga, todo eso, entonces van a ir aprendiendo, así lo hacen las enfermeras, esos es rapidito que visten a un bebé, así lo bañan rapidito y la mamá lo va a ensayar de

una vez en la casa, porque es de ejemplo de repetición y si ella lo visualiza muchas veces seguramente después lo va saber hacer.” El conocimiento de enfermería que es facilitado a la madre, le permite, aprender y poder participar del cuidado mediante un proceso de enseñanza – aprendizaje. La madre reconoce la importancia del conocimiento profesional (conocimiento ético), sin embargo el conocimiento émico de la madre está presente pero no es relevante para el cuidado en el contexto hospitalario durante su participación. Participar en el cuidado del recién nacido prematuro hospitalizado desde lo cultural significa para la madre, la presencia del conocimiento émico, aunque no pueda realizarlo en el contexto de la unidad y no deseen evidenciarlo frente a los profesionales. Por parte de las enfermeras, ellas conocen la existencia de este conocimiento y expresan la disponibilidad de respetarlo y evaluarlo en beneficio de los niños, sí las madres lo compartieran con ellas. La actitud del profesional frente a las prácticas de cuidados tradicionales de las madres, es un intento por acercarse al cuidado sensible y coherente. (Leininger 2006): **IG3EIP29:** “lo que pasa es que a veces, sobre todo las mamás que son muy jóvenes, porque es el primer bebé, tienen mucha influencia de... de las abuelas, de las mamás, de las abuelitas, de épocas antiguas o anteriores y sí, traen muchos mitos, tabúes, ehh cosas culturales de su región que querrían implementar, pero con educación, pienso uno puede ir, no quitando las costumbres culturales, pero si

*favoreciendo la salud del niño y la recuperación y evitando problemas posteriores.”*

*Patrón 2. Participar la madre en el cuidado, como presencia y como protección al prematuro hospitalizado:* Cuando el cuidado es brindado por la madre como presencia y protección, ésta forma de participación refleja lo que las madres pueden aprender de la asistencia de la enfermera al prematuro, implicando una participación progresiva, dependiente de las condiciones de salud del niño y su comienzo se hace efectivo cuando

***Tema2: El contexto de la hospitalización del prematuro: un escenario que influye en la participación en el cuidado.***

El contexto de la hospitalización es un escenario que influye para que la madre participe en el cuidado cuyo significado está inmerso en los tres patrones hallados: los sentimientos que la pueden acercar o alejar, factores del contexto que interfieren y los apoyos que recibe y la motiva a participar del cuidado de su bebé.

*Patrón 1. Los sentimientos de la madre la acercan o la alejan en la participación del cuidado del prematuro hospitalizado:* la felicidad al contacto, sentimiento que experimenta la madre está asociada a la posibilidad de tocar a su hijo, generando deseos e impulsos afectivos que la motivan a realizar prácticas de cuidado propias impulsadas por el sentimiento de madre. La felicidad al contacto se traduce para ella en

alegría, lo que fortalece el vínculo afectivo, así lo expresan: *IIE1P9:* “*pues, uno sienteeeee.... o sea uno es feliz. Porque la verdad yo nunca había sentido a mi hija y yo la vine sintiendo después de los 50 días, fue que yo la pude alzar, la pude abrazar...*”

Participar en el cuidado del recién nacido prematuro que está hospitalizado, para una madre es oportunidad de acercamiento, contacto, amor y fortalecimiento de los lazos familiares que los une y que le genera: felicidad, miedo, tristeza, asombro.

*Patrón 2. Los factores del contexto interfieren en la participación de la madre enfermería la invita, explican y facilitan su participación en el cuidado. Así lo expresan las madres: I2E2P22:* “*sí, ellos me dijeron no... todavía no se puede hacer, pero le puede cambiar el pañalito, la puede consentir, la puede estimular, echar aceite...*”

El cuidado tiene significados culturales y simbólicos tales como cuidado como protección, cuidado como respeto y cuidado como presencia (Leininger y McFarland, 2006) en este sentido la participación de la madre en el cuidado en el cuidado del recién nacido prematuro como protección quedo evidenciado en el código denominado lavado de manos ya que este es significativo para la madre porque representa la primera enseñanza de enfermería para participar en el cuidado a su hijo, práctica aprendida de las enfermeras y que debe ser trasladada del escenario hospitalario al hogar y lo adoptan como costumbre.

### Cultura de los Cuidados

De manera que la enseñanza de la enfermera, un camino para la madre participar en el cuidado del prematuro hospitalizado, demuestra que el conocimiento ético del profesional de enfermería que es facilitado a la madre, le permite poder participar del cuidado, donde se evidencia el cuidado de enfermería como fuente de asistencia facilitación, presencia y protección que genera participación para el cuidado del prematuro hospitalizado.

*en el cuidado:* Existen condiciones del contexto de la unidad neonatal, que influyen o interfieren sobre la participación de las madres en el cuidado del prematuro. El período de tiempo erróneamente denominado para las visitas, es un espacio que no favorece la participación de las madres en el cuidado de sus hijos, es un obstáculo que amerita revisión o cumplimiento de políticas institucionales, para hacer del ambiente de la unidad un espacio amigable para el cuidado y el contacto madre- hijo, La madre así lo expresa: I2E1P21: *“pues yo entraba a las nueve de la mañana a lactar las bebés y bien, pero a las once y media ella, ellas pues como que no, como que no cumplían el horario porque, casi siempre la señora del aseo estaba ahí, y uno entraba y...”*. La enfermera es una fuente de enseñanza, aprendizaje, acompañamiento y motivación para que la madre participe del cuidado de sus hijos prematuros hospitalizados; también sus actitudes, formas de comunicación e incumplimiento en los horarios son

obstáculos que interfieren en esta participación.

*Patrón 3: El apoyo una motivación para participar en el cuidado:* Se identificó redes de apoyo y apoyo social percibido, que le permitieron a la madre, motivar su participación en el cuidado. Los apoyos requeridos por la madre, involucra profesionales que la cuiden y la soporten en los momentos difíciles, ya que viven un momento crítico en sus vidas por la salud de su bebé, en que no cuentan con el apoyo presencial de su pareja u otro familiar y la soledad es su compañía, mientras luchan por su bebé y se abren camino en el cuidado específico de su hijo. **I7E2P3:** *“en el hospital aquí pues la gente que trabaja aquí, los doctores, las enfermeras, las jefes, son los que me han apoyado aquí.”* Y así lo expresan las enfermeras: **IG2E1P1:** *“eh, la gran mayoría pues presentan mucha inseguridad, más si son niños prematuros, les da mucho temor, pero pues se, se apoyan mucho en el personal básicamente de enfermería.”* Es así que, la enseñanza ofrecida a las madres por las(os) enfermeras (os) es la invitación a participar en el cuidado de sus hijos/hijas, en un contexto nuevo para la madre, donde ella experimenta sentimientos, percibe obstáculos y solicita apoyos que le facilitan o le limitan su participación en el cuidado.

Según los planteamientos de Madeleine Leninger, la madre en su visión del mundo se ve con un recién nacido sano a quien ella aprenderá a cuidar a partir de la enseñanza de enfermería en un contexto desconocido,

pero donde participar en el cuidado de su hijo tiene un significado que surge de su interpretación, percepciones, vivencia, acciones del contexto y de los factores que interactúan, ocurridos durante la hospitalización de su hijo en el contexto de la unidad neonatal. Como lo muestra la figura 1, del sol naciente.

Coherente con el esquema anterior el significado para la madre de participar en el cuidado del prematuro hospitalizado tiene una dimensión cultural, cuyas prácticas no son evidentes durante la hospitalización del niño, pero los profesionales de enfermería las conocen aunque las madres no las comparten con ellas. En la dimensión social es importante el vínculo madre- hijo y el deseo de la cercanía del compañero quien por condiciones laborales no puede estar; también son importantes los apoyos de la familia, institución y equipo de salud. De igual manera su historia, experiencias previas y el ambiente, influye en este significado para la madre a través de sus factores:

- *Factores educativos:* Existe la necesidad de aprender a cuidar a un recién nacido prematuro a partir de la enseñanza de enfermería durante la hospitalización. Las madres no pueden ejercer su profesión u oficio.
- *Factores económicos:* Las madres priorizan los insumos de cuidado y se ven limitadas en las visitas a sus hijos, por deficiencias en los recursos económicos.

Económicamente dependen del compañero y de los apoyos familiares.

- *Factores Políticos e Institucionales:* horarios de visita rígidos e incumplimiento de los mismos y restricción de ingreso a los familiares. Cuentan con programas como lactancia materna y Madre Canguro.
- *Factores sociales y de parentesco:* cuentan con el compañero aunque está ausente y apoyo de algunos familiares. Es importante la comunicación con el profesional de enfermería.
- *Factores religiosos y filosóficos:* Mantienen la fé y le oran a su Dios.
- *Factores tecnológicos:* presencia de equipos tecnológicos para tratamientos y terapéuticas del niño prematuro.

Ellas experimentan cambios en sus estilos de vida, pues son el único cuidador, los horarios y la rutina de la unidad les genera agotamiento para participar en el cuidado y las induce a modificar sus estilos de vida. Están en un escenario donde el conocimiento ético prima sobre el conocimiento émico en el cuidado al prematuro, sin embargo vivencia la invitación, apoyo y enseñanza de enfermería para participar y aprender a cuidarlos, quienes además están dispuestas a respetar su conocimiento cultural.

## DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados de la investigación, el aspecto sobresaliente del tema 1: *la enseñanza de la enfermera, un camino para la madre participar en el cuidado del prematuro hospitalizado,*

## Cultura de los Cuidados

requiere un punto de partida que es ofrecido por la enfermera a través de la educación, enseñanza y acompañamiento en la realización de cuidados específicos que requiere el prematuro, por tanto es la enfermera quien activa a la madre, a través de la invitación, motivación y apoyo. En este sentido, estudios como el de Gallegos, Monti y Silvan (2007) encontraron que según los profesionales de la salud, enfermería comparte con la madre actividades de cuidado, que reduce la sobrecarga de trabajo, resultado que coincide con la investigación y es percibido por las madres, donde reconocen en la enfermera una fuente de invitación, apoyo y quien comparte su conocimiento, facilitándole su participación en el cuidado. En esta misma investigación (Gallego et al, 2007) según los profesionales de la salud entrevistados, concluyeron en la necesidad de participación de los padres en la unidad neonatal, que permita el cuidado centrado en la familia. Este mismo resultado es hallado en la investigación lo cual es expresado por las enfermeras y como una necesidad propia de las madres. Resultados similares se evidenciaron en la investigación de Guerra (2007), quien halló la categoría los padres aprenden de las enfermeras, reconociendo que enfermería posee el conocimiento ético, para enseñar a los padres a cuidar a su hijo en el contexto de la unidad neonatal y en contraste, está investigación evidencia cómo se da el proceso de aprendizaje de las madres para participar del cuidado, reconociendo en la enseñanza de la enfermera un proceso de

explicación, observación, demostración y ejecución, este proceso facilita la participación en el cuidado del prematuro hospitalizado.

De acuerdo al segundo tema: *El contexto de la hospitalización del prematuro, un escenario que influye en la participación de la madre en el cuidado*. Está es influenciado por tres factores importantes: sentimiento, factores que interfieren y los apoyos que generan motivación para participar. Respecto a los sentimientos generados en la madre por la hospitalización de su hijo, Solano (2012) en su estudio halló que los sentimientos experimentados por las madres reflejan el estado de ánimo y se derivan de la hospitalización y la condición de salud, para la investigación estos sentimientos están presentes y se relacionan con su tamaño y condición de salud, en contraste, actúan como circunstancias que la alejan o a la acercan a su participación en el cuidado, esto asociado al miedo a causar daño que es percibido por la enfermera y ella trata de ofrecer condiciones más amigables y menos impactantes para la madre y así minimizar el temor y hacer que la madre se acerque al hijo/a y acepte su invitación a participar en el cuidado. Investigaciones como las de González, Ballesteros y Serrano (2012) y Johnson (2008), hallaron condiciones propias del contexto de la unidad neonatal que influye en la participación de los padres en el cuidado, e incrementan su nivel de estrés. Lo cual es reafirmado con los resultados de la investigación, sin embargo se halló factores propios del contexto de la

unidad neonatal, como los horarios entre otros que además de interferir en el vínculo afectivo madre hijo y promover la separación, interfiere en la participación de las madres y el conocimiento de su hijo/a. Otro de los factores que influyen en el significado para la madre de la participación del cuidado del prematuro hospitalizado, son los apoyos. Rodríguez (2007) en su estudio, menciona el apoyo como una fuente de tranquilidad a la madre que disminuye su grado de ansiedad. La investigación confirma la presencia de apoyos, pero aquí el apoyo representa para la madre motivación, soporte, compañía, para participar del cuidado de su hijo cuando está hospitalizado.

Los hallazgos invitan a la enfermera a cuidar en la unidad neonatal con un enfoque participativo de la madre, que le permita considerar a la madre como un apoyo, promoviendo el vínculo afectivo, madre-hijo- padre, minimizando el impacto del ambiente de la unidad neonatal que es intimidante y desconocido para la madre, además de incorporar al cuidado de los recién nacido los conocimientos culturales de las madres que muchos de los expresados por ellas no ocasionan riesgos importante en la salud del niño y si fortalecen su participación en el cuidado.

### **CONCLUSIONES**

El significado para la madre de participar en el cuidado es contar con el profesional de enfermería como fuente de enseñanza, en un

contexto de hospitalización como escenario que influye en la participación de la madre en el cuidado. En este ambiente la madre aprende de la enfermera a cuidar a su hijo prematuro mediante un proceso paulatino de aprendizaje y participación basado en cuatro estrategias: Explicación, observación, demostración y ejecución por ella. El contexto en el que la madre aprende y participa le genera sentimientos que la acercan o la alejan dependiendo del tamaño del recién nacido prematuro, condición de salud, oportunidad y frecuencia del contacto madre /hijo. Además para participar en el cuidado ella requiere de apoyos sociales y familiares, donde el compañero es la persona más importante con quien comparte sus vivencias, el cuidado de su hijo, ella se siente cuidada y se disipan sus sentimientos de soledad. Así mismo, el acompañamiento del profesional de enfermería puede ayudarle a familiarizarse con los artefactos tecnológicos, promover la flexibilización y cumplimiento de las normas, políticas y horarios institucionales que determinan los periodos de cercanía a su hijo/a y la posibilidad de participar en el cuidado, que en sentido contrario se constituyen en barreras para la participación. El significado de participar en el cuidado del prematuro para una madre surge de su propio conocimiento, vivencias e influencias de los factores ambientales, donde el profesional de enfermería como actor del contexto es la fuente de conocimiento ético para el cuidado.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aagaard, H. & Hall, E. (2008). Mothers' experiences of having a preterm infant in the neonatal care unit. *Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families*, 23(3), e26 - e36. doi:10.1016/j.pedn.2007.02.003
- Castillo, E., & Vásquez, M. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*, 34 (3), 164-167.
- Guerra, J., & Ruiz, C. (2008). Interpretación del cuidado de enfermería neonatal desde las experiencias y vivencias de los padres. *Avances en Enfermería*, 26(2), 80-90.
- González, D., Ballesteros, N. & Serrano, M. (2012). Determinantes estresores presentes en madres de neonatos pretérmino hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos. *Revista ciencia y cuidado*, 9 (1), 43 – 53.
- Johnson, A.N. (2008). Engaging fathers in the NICU: taking down the barriers to the baby. *The Journal Of Perinatal & Neonatal Nursing*, 22(4), 302–306. doi: <https://doi-org.ezproxy.unal.edu.co/10.1097/01.JPN.0000341361.37822.34>
- Lawhon, G. (2002). Facilitation of parenting the premature infant within the newborn intensive care unit. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 16(1), 71–82.
- Leininger, M. & Macfarland, M. (2006). Teoría de la universalidad y diversidad del cuidado cultural y evolución del método de la etnoenfermería. M. Leininger. (Ed.). *Universalidad y diversidad del cuidado cultural*, pp.1-43. New York: Jones & Bartlett.
- Leininger, M. & Macfarland, M. (2006). Etnoenfermería: un método de investigación con facilitadores para estudiar la teoría del cuidado cultural. M. Leininger. (Ed.). *Universalidad y diversidad del cuidado cultural*. Pp.43 – 83. New York: Jones & Bartlett.
- Marriner, T. & Raile, A. M. (2007). *Modelos y teorías en enfermería*. Madrid: elsevier España.
- Morse, M. J. (2003). *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Bogotá: universidad de Antioquia.
- Martínez, J., Monti, L., & Scochi, C., & Silvan, G. (2007). Participación de madres/padres en el cuidado del niño prematuro en la unidad neonatal: significados atribuidos por el equipo de salud. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(2), 239-246. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000200008>
- Rodríguez, A. (2007). *Las madres se adaptan a la hospitalización de sus hijos mediante la exploración y el apoyo*. (Tesis de maestría). Bogotá: Universidad nacional de Colombia.
- Rossel C.K., Carreño, T., & Maldonado, M<sup>a</sup>.E. (2002). Afectividad en madres de niños prematuros hospitalizados. Un mundo desconocido. *Revista chilena de pediatría*, 73(1), 15-21. Doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062002000100004>
- Ruiz, A.L., Ceriani Cernadas, J.M., Cravedi, V., & Rodríguez, D. (2005). Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención. *Archivos argentinos de pediatría*, 103(1), 36-45.
- Sandoval Casilimas, C. A. (1996). *Investigación cualitativa. Programa*

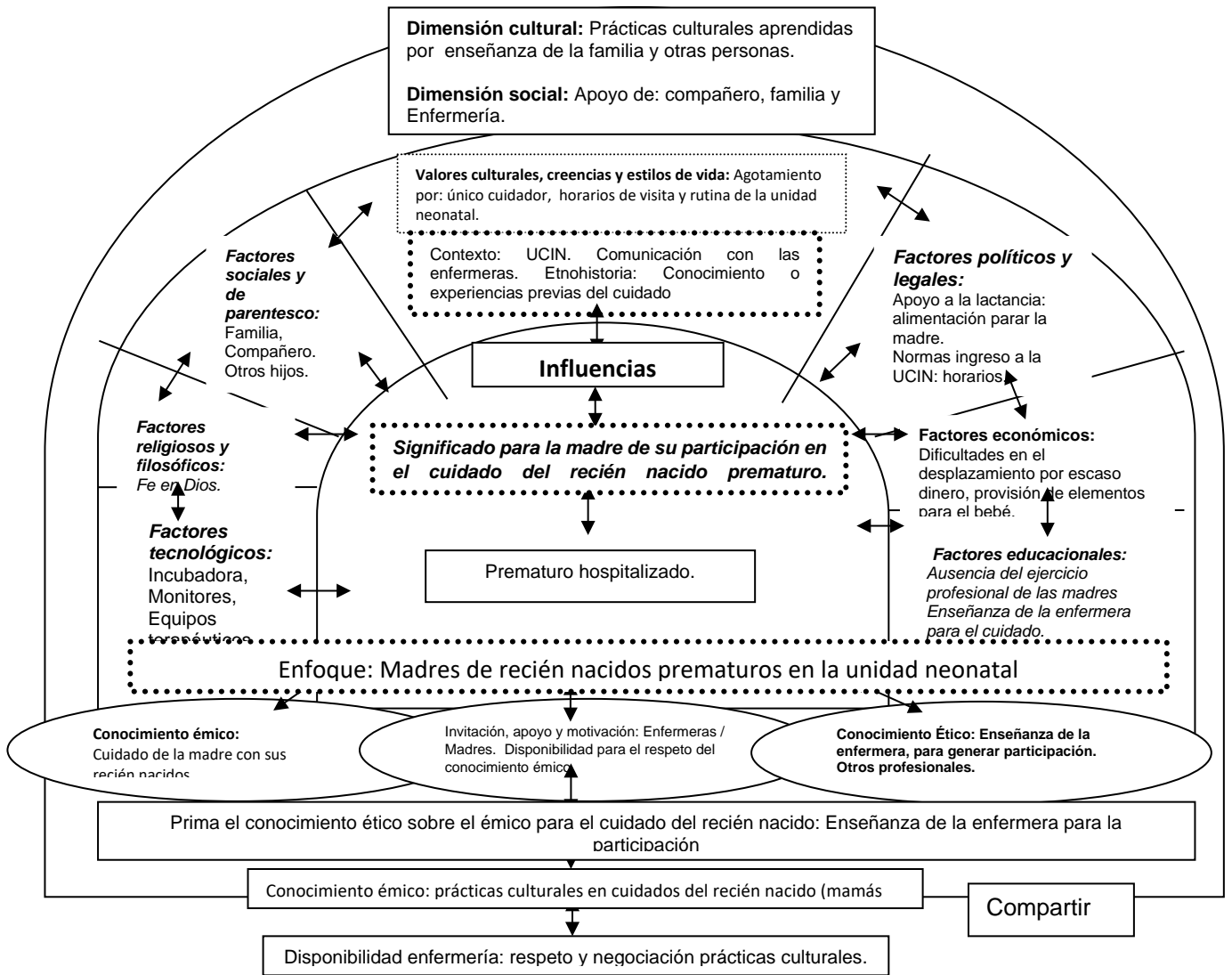
*de especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social.* Bogotá: instituto colombiano para el fomento de la educación superior.(Icfes).

- Solano Rodriguez, Y. A. (2012). *Significado de la experiencia, para la madre adolescente de la hospitalización del recién nacido en la unidad neonatal.* Hospital engativá. (Tesis de maestría). Bogotá: Universidad nacional de Colombia.





Figura 1. El Sol Naciente en el significado para la madre de su participación en el cuidado del recién nacido prematuro hospitalizado



Fuente: Elaboración propia partiendo del Modelo de Leininger del Sol Naciente

**Tabla 1: Temas y patrones: Significado para la madre de participar en el cuidado del prematuro hospitalizado**

<b>1. TEMA: LA ENSEÑANZA DE LA ENFERMERA, UN CAMINO PARA LA MADRE PARTICIPAR EN EL CUIDADO DEL PREMATURO HOSPITALIZADO.</b>	
<b>Patrón 1:</b> La enfermera fuente de enseñanza para participar la madre en el cuidado del prematuro hospitalizado	<b>Código 1.</b> Enseñanza de la enfermera para el cuidado.
	<b>Código 2.</b> Enseñanza para perder el miedo.
	<b>Código 3.</b> Conocimiento previo del cuidado.
	<b>Código 4.</b> Información deseada.
	<b>Código 5.</b> Aprende mirando a la Enfermera.
	<b>Código 6.</b> Mira cuidar al bebé.
	<b>Código 7.</b> Otras fuentes para aprender a cuidar el bebé.
<b>Patrón 2:</b> Participar la madre en el cuidado, como presencia y como protección al prematuro hospitalizado.	<b>Código 1.</b> Participa en el Cuidado.
	<b>Código 2.</b> Lavado de manos.
	<b>Código 3.</b> Evitar artefactos que infectan.
<b>2. TEMA: EL CONTEXTO DE LA HOSPITALIZACIÓN DEL PREMATURO, UN ESCENARIO QUE INFLUYE EN LA PARTICIPACIÓN DE LA MADRE EN EL CUIDADO.</b>	
<b>Patrón 1:</b> Los sentimientos de la madre la acercan o alejan en la participación del cuidado al prematuro hospitalizado.	<b>Código 1.</b> Felicidad al contacto.
	<b>Código 2.</b> Primer encuentro.
	<b>Código 3.</b> Agotamiento para participar en el cuidado.
	<b>Código 4.</b> Tristeza por el estado de salud del bebé.
	<b>Código 5.</b> Miedo al Tamaño.
	<b>Código 6.</b> Miedo a causar daño cuando se brinda cuidados.
<b>Patrón 2:</b> Los factores del contexto interfieren en la participación de la madre en el cuidado.	<b>Código 1.</b> Incumplimiento en el horario de visita.
	<b>Código 2.</b> Tiempo corto para participar en el cuidado.
	<b>Código 3.</b> Los horarios interfieren en la visita.
	<b>Código 4.</b> La comunicación con la enfermera.
	<b>Código 5.</b> La enfermera ofrece el cuidado
	<b>Código 6.</b> Artefactos que influyen para participar en el cuidado.
<b>Patrón 3:</b> El apoyo una motivación para participar en el cuidado	<b>Código 1.</b> Apoyo deseado de la institución.
	<b>Código 2.</b> Apoyo de la Enfermera.
	<b>Código 3.</b> Apoyo de otra persona.
	<b>Código 4.</b> Apoyo del compañero.
	<b>Código 5.</b> Apoyo familiar.
	<b>Código 6.</b> Apoyo Espiritual.

Fuente: Datos de la investigación

**Estudio etnográfico sobre la dramatización de la alegría por clases sociales y del estigma en los adultos de la tercera edad del Asilo San Antonio (Colombia)**

**Ethnographic study on dramatization of joy for social classes and stigma in the elderly of San Antonio Asylum (Colombia)**

**Estudo etnográfico sobre dramatização da alegria por classes sociais e do estigma dos idosos do Albergue Santo Antônio (Colômbia)**

**José Manuel Romero Tenorio<sup>1</sup>, Lorena Cabrera Izquierdo<sup>2</sup>, Adriano Díez Jiménez<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Doctor en Filosofía y Arte (Université de la Sorbonne). Profesor de Sociología de la Universidad del Atlántico (Colombia). Correo electrónico: [joserotenorio@yahoo.es](mailto:joserotenorio@yahoo.es)

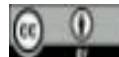
<sup>2</sup> Doctora en Derecho Penal y Procesal (Universidad de Sevilla). Profesora de Derecho de la Universidad del Atlántico (Colombia). Correo electrónico: [lorecaiz@hotmail.com](mailto:lorecaiz@hotmail.com)

<sup>3</sup> Doctor en Geografía Humana (Universidad de Sevilla). Profesor de Sociología de la Universidad del Atlántico (Colombia). Correo electrónico: [adrianodiez@mail.uniatlantico.edu.co](mailto:adrianodiez@mail.uniatlantico.edu.co)

Cómo citar este artículo en edición digital: Romero Tenorio, J.M., Cabrera Izquierdo, L. & Díez Jiménez, A. (2019). Estudio etnográfico sobre la dramatización de la alegría por clases sociales y del estigma en los adultos de la tercera edad del Asilo San Antonio (Colombia). *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 23 (55) Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.55.15>

Correspondencia: Carrera 30 Número 8- 49 Puerto Colombia – Atlántico (Facultad de Ciencias Humanas, Universidad del Atlántico).

Correo electrónico de contacto: [josemromero@mail.uniatlantico.edu.co](mailto:josemromero@mail.uniatlantico.edu.co)



Recibido: 22/10/2019

Aceptado: 15/11/2019

## ABSTRACT

**Objective:** Analyze the social interactions of the San Antonio asylum inmates (Barranquilla) from the dramatic perspective, in order to understand the mechanisms by which they assume their stigmas to accommodate the system. **Method:** Interactionist ethnography of an analytical nature. The information was collected through participant observation,

field notes, photographic record and 22 in-depth interviews with key informants. The information, previously organized in units of registration, context and categories, underwent a critical discourse analysis to find patterns of relevance that served to develop, analytically, the results in five axes. **Results:** Five dramatic strategies were identified through which the inmates of the asylum incorporate the stigmas in order to tactfully please the system: the presence of the researchers themselves as stigmatizing agents, the attributed obedience, the excessive identity transparency as a patient,

the self-imposed stigma and strategic ageism.

Conclusion: The San Antonio asylum inmates end up participating in their own subjection, incorporating the stigmas attributed to them by the system. We advocate to develop a humanistic cultural vision of the care that restores, to the space of attention to sensitive people, its anthropological value, so that it prevails over institutional procedures.

**Keywords:** biopolitics, symbolic violence, domination, interactionism, stigma.

### RESUMEN

**Objetivo:** Analizar las interacciones sociales de los internos del asilo San Antonio (Barranquilla) desde la perspectiva dramática, con el fin de entender los mecanismos por medio de los cuales asumen sus estigmas para acomodarse al sistema.

**Metodología:** Etnografía interaccionista de corte analítico. Se recogió la información por medio de observación participante, notas de campo, registro fotográfico y 22 entrevistas en profundidad a informantes clave. La información, previamente organizada en unidades de registro, contexto y categorías, se sometió a un análisis crítico del discurso para hallar patrones de relevancia que sirvieron para desarrollar, analíticamente, los resultados en cinco ejes.

**Resultados:** se identificaron cinco estrategias dramáticas por medio de las cuales los internos del asilo incorporan los estigmas en aras de complacer tácticamente al sistema: la presencia de los propios investigadores como agentes estigmatizadores, la obediencia atribuida, la excesiva transparencia identitaria como enfermo, la autoimposición del estigma y el edadismo estratégico.

**Conclusiones:** Los internos del Asilo San Antonio terminan por participar de su propio sometimiento, incorporando los estigmas que le son atribuidos por el sistema. Abogamos por desarrollar una visión cultural humanista de los cuidados que restituya, al espacio de atención a personas sensibles, su valor antropológico, para que prevalezca sobre los procedimientos institucionales.

**Palabras clave:** biopolítica, violencia simbólica, dominación, interaccionismo, estigma.

### RESUMO

**Objetivo:** analisar as interações sociais dos internos do Asilo Santo Antônio (Barranquilla) desde a perspectiva dramática, com a finalidade de entender os mecanismos através dos quais assumem seus estigmas para adequar-se ao sistema.

**Metodologia:** Etnografia Interacionista de corte analítico. Apanhou-se a informação mediante o uso da observação participante, anotações de campo, registro fotográfico e 22 entrevistas em profundidade em informantes chave. A informação previamente organizada em unidades de registro, contexto e categorias, foi submetida a uma análise crítica do discurso para encontrar padrões de relevância que serviram para desenvolver, analiticamente, os resultados em cinco eixos.

**Resultados:** foram identificadas cinco estratégias dramáticas através das quais os internos do asilo incorporam os estigmas em áreas de complacer taticamente ao sistema: a presença dos mesmos pesquisadores como agentes estigmatizadores, a obediência atribuída, a excessiva transparência identitária como doente, a auto-imposição do estigma e o edadismo estratégico.

**Conclusões:** os internos do Asilo Santo Antônio findam participando de seu próprio submetimento, incorporando os estigmas que lhes são atribuídos pelo sistema. Advogamos pelo desenvolvimento de uma visão humanista dos cidadãos que restitua, ao espaço de atenção a pessoas sensíveis, seu valor antropológico, para que prevaleça sobre os procedimentos institucionais.

**Palavras-Chave:** biopolítica, violência simbólica, dominação, intetacionismo.

### AGRADECIMIENTOS

Nuestro más profundo reconocimiento a todo el equipo del Asilo de San Antonio por su disponibilidad y gran profesionalidad, así como a los estudiantes Richard Donado, Roxana Fontalvo, Carlos Jiménez, Andrea

Navarro y Wilson Roca por apoyar el trabajo de campo.

## INTRODUCCIÓN

La organización arquitectónica del Asilo de San Antonio de Barranquilla refleja la estructura social de las ciudades latinoamericanas (Durkheim y Mauss, 1996). Por sus tres plantas, bien separadas, transcurren las problemáticas que sacuden a los adultos de la tercera edad de dichas sociedades. La primera es un búnker, completamente inaccesible (tuvimos la suerte de penetrar con muchas limitaciones para realizar el trabajo etnográfico), y atiende a personas mayores con graves problemas mentales; subsidiados por el Estado colombiano, algunos provienen de centros penitenciarios. La segunda planta es un arca de Noé y nos hace contemplar el rostro más humano de los profesionales de la enfermería. Mayores abandonados por sus familias o de escasos recursos y, a veces, recogidos de las calles, los cuidadores, con escasos medios, se multiplican para atender de la mejor manera posible a estas personas. A pesar de este esfuerzo, esta limitación redonda negativamente en su cotidianidad (Ferreira et al., 2012). El tercer piso hace sostenible al segundo: aquí ingresan los ancianos que cuentan con el apoyo económico de sus familias. Esto se hace visible en la calidad de las instalaciones y de los cuidados (Geib, 2012), en el mayor número de enfermeros y cuidadores por persona, médicos (el despacho se sitúa en esta planta), en los medicamentos,

atenciones; es decir, en toda la logística y personal.

Aunque las determinaciones socioeconómicas y ambientales contribuyan a la salud y bienestar de los ancianos (Vicente y Santos, 2013), existen una serie de factores que regulan los mecanismos de distribución del capital simbólico (Bourdieu, 2008) que influyen los cuidados más allá de la variable bienestar (Leno, 2006).

Por ejemplo, los enfermos mentales están en una “carrera moral de los estigmatizados” (Goffman, 2003) en la que estos pacientes hacen todo lo posible para que su comportamiento “anómalo” cumplan todas las expectativas de los prescriptores de ese cuadro médico, hasta el punto de que sus acciones son previsibles. Nos preguntamos si existen mecanismos que puedan romper esta inercia, como comprobamos, pernicioso, en la que el enfermo mental, como decía Goffman (2004b), no es sólo importante que lo sea, sino que haga creer que lo es, pareciéndolo. Lo que postulamos es que la estigmatización (re)produce, dramáticamente, los ademanes, los gestos excesivos, las rebeldías controladas y previsibles en estos pacientes (Monreal, Cárdenas y Martínez 2019).

La organización arquitectónica del centro crea unas desigualdades (Galleguillos, 2015) que los profesionales de la salud mitigan con un discurso sobre el amor y la alegría (Borges et al., 2016), sobre todo en el segundo piso. Evidentemente estos

trabajadores se esfuerzan en el bienestar de sus pacientes, pero nos movió la duda de si este discurso idílico termina por ser una forma de violencia simbólica, esto es, un “reconocimiento extorsionado que el dominado no deja de prestar al dominante, ya que no dispone, para pensarlo y pensarse, más que de instrumentos de conocimiento que tiene en común con él y que no son otra cosa que la forma incorporada de la relación de dominio” (Bourdieu, 2000:54).

Con ello, paradójicamente, pretendemos superar los estereotipos del “edadismo” que lleva a una “infraestimación de sus capacidades físicas y mentales” (Helduak adi, 2013:19), considerándolos seres pasivos sometidos (Zuluaga, 2017). Bien al contrario, actúan en ese “dispositivo dramático”, revirtiendo esa dominación con “tácticas” (De Certeau, 1990) en las que afianzan su rol de sometidos, precisamente para conquistar breves espacios en los que moverse con cierta libertad.

### **METODOLOGÍA**

El análisis de las tácticas mediante las cuales los internos del Asilo de San Antonio asumen, consciente e inconscientemente, su sometimiento, se basó en una etnografía interaccionista de corte analítico (Gumperz, 1989), en la que nos sumergimos, por una parte, en la dramaturgia del self de los internos, con el fin de analizar sus escenificaciones ante sí mismos como otros (Mead, 1999); por otra parte, seguimos el proceso mediante el cual el rol social de

estigmatizado lo incorporan para identificarse como “enfermos mentales” o “ancianos felices” y, a partir de ahí, asumen su rol llenando sus expectativas y la del público.

En las tres plantas del hospital, los investigadores, con la ayuda de estudiantes, previa aprobación por el Comité de Ética de la Universidad del Atlántico, practicaron una observación participante, durante los meses de marzo y abril de 2018, avivando la interacción con talleres y juegos (Silveira et al, 2015). En la planta de psiquiatría fue complicado interaccionar con los internos; a pesar de ello, las observaciones estructuradas nos acercaron al universo de observación: la estigmatización en cuanto modo de participación del sometido en los procesos de sometimiento. Se completó la información con entrevistas a los cuidadores, un total de cuatro y a dos enfermos. En las dos plantas restantes, se pudo interaccionar con naturalidad con los ancianos y cuidadores, insertándonos en su cotidianidad, que fue volcada en diarios de campo. El proceso se completó con seis entrevistas a profundidad realizadas a ancianos, cuatro a enfermeros, tres a trabajadores sociales, dos a familiares y una al psiquiatra.

Una vez transcritas, se interpretaron los datos discursivos a la luz del análisis crítico del discurso, por medio del cual se identificaron “reglas y rutinas que constituyen el contexto de la reproducción discursiva diaria de poder” (Van Dijk,

2016:218), así como patrones de resistencia y disenso (Huspek, 2009).

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La carrera moral y la construcción acústica de un no lugar

El universo sensorial de la primera planta vertebra su arquitectura simbólica. Antes que un espacio físico, percibimos un percutiente paisaje sonoro. Los cuidadores tienen siempre que cerrar la puerta tras de ellos, y el girar de la llave es un garrote vil para los tímpanos. Se asemeja a un herrumbroso cerrojo. La puerta de entrada se abrió y el pasillo que organiza la planta sirvió de pista para la primera “carrera moral”, acompañados por los cuidadores, cuyo llamado a la prudencia entendimos, después, que era una invitación a participar de esa construcción del estigma. Comenzamos a hacer parte de esa “comedia ritual” (Métraux, 1958) o “teatro vivido” (Leiris, 1989) en la que el vértigo de la acción dramática borra todas las fronteras entre representación y vida real.

Insertados en el dispositivo de sometimiento (Grassi y Marinho, 2019), nuestra interacción con los pacientes contribuía a continuar con esa estigmatización. Al principio, sólo nos permitían penetrar, en travelling, en el lugar y observar las ventanas malladas que troceaban los cuerpos de los pacientes como Picasso a *Les Demoiselles d'Avignon*.

Avizoramos que el eje del dispositivo es un tipo de obediencia que Goffman no recoge en su fantástico estudio sobre los psiquiátricos. La denominamos obediencia atribuida, y es una forma “de colaboración con el enemigo” (Goffman, 2004a:183) mucho más sutil que la simple imposición del sistema. La entrevista con Rafael, asistente de enfermería, nos pone sobre la pista:

Extracto 87. Uso de zonas comunes

508. Entrevistadora: ¿y a ellos le gustan estar en esa actitud pasiva?

509. Rafael: a ellos les gusta portarse bien [...] Lo que más disfrutan es estar en las áreas

510. comunes, ver televisión, jugar a las cartas, estar con los animadores culturales [...].

Es el propio cuidador el que le atribuye un valor moral al enfermo como si ese gusto por portarse bien (ex.87:509) emergiera del paciente y no fuese fruto de ese sistema medicalizado de coerciones, en el que participan desde los cuidadores a la arquitectura del lugar, pasando por la adscripción obligada a los medicamentos (los enfermeros comprueban, en los casos reticentes, si se toman los medicamentos mirándoles la boca).

A pesar de que haya una extrema personificación de los cuidados a cada paciente (Mota et al, 2018), al mismo tiempo percibimos lo contrario, que el lugar rebosa

de anonimato. El dispositivo escénico (paisaje sonoro, carrera moral, control de la medicalización, obediencia atribuida) lleva a transformarlo en ese “no lugar” del que hablaba Marc Augé (1992), en el que para ingresar a ese espacio aséptico e impersonal de tránsito hay que demostrar, paradójicamente, su identidad y su obediencia. “Los que le gusta portarse bien”, que pasan aturdidos delante de la televisión escuchando vallenato unas horas, tienen que abrir la boca para demostrar que se tomó la pastilla y comportarse como un buen enfermo mental a los ojos de sí mismo y de los cuidadores. El sistema establece, en esta línea, unos márgenes permitidos para escenificar ademanes, gritos y demás conductas correspondientes a los diferentes cuadros clínicos, como se atisba en la entrevista a Juan, un asistente de enfermería:

Extracto 102. Sobre conflictos entre pacientes

607. Entrevistadora: noto que hay cierta calma, ¿siempre es así?

608. Juan: no, es normal que Luis, que es esquizofrénico, se angustie, grite

609. y, cuando no se controla a tiempo, entre en conflicto con otros pacientes.

El sistema tiene que prever un espacio y un tiempo de normalidad (ex.102:608) para que los pacientes escenifiquen su enfermedad mental, que es la razón de ser del propio dispositivo.

El trastorno obsesivo compulsivo hace la tarea del sistema

Una de las pacientes de la primera planta con las que entablamos una interacción más fluida fue con Ana, aquejada de un trastorno obsesivo compulsivo. No negamos la existencia de la patología; lo que analizamos son los dispositivos escénicos y las funciones más o menos improvisadas por medio de las cuales los ancianos con patologías psiquiátricas juegan el rol de la enfermedad que les son atribuida por un proceso de etiquetaje, que constituye un guion de actuación coherente al que los actores sociales se sujetan para definirse ellos mismos llenando las expectativas del propio dispositivo.

Pudimos interactuar con Ana con una cierta normalidad ya que, en los briefing, nació en los investigadores la necesidad de despojarnos del rol de estigmatizadores que nos habían atribuido el dispositivo. Una investigadora le pintó las uñas con mucho cariño, mientras que le realizaba una entrevista a profundidad:

Extracto 218. Imposición del lenguaje psiquiátrico

1.131. Investigadora. ¿Y cómo lleva su enfermedad?

1.132. Ana: Ya bien, con una rutina diaria y autoimponiéndome

1.133. tareas cotidianas como leer el periódico y pasear [...]

1.134. Esto evita que mis pensamientos obsesivos afloren



Obviamente no es el discurso de Ana, aunque se desprendiera de su boca; es un pensamiento que, a fuerza de irradiarse desde la institución psiquiátrica, acaba naturalizándolo en sus esquemas mentales. Expresiones como “pensamientos obsesivos” (ex.218: 1134) denotan una forma de sumisión “que ni siquiera es percibida como tal” (Bourdieu, 2007:173), fruto de un recorrido por años de institución en institución. Es un ente psiquiatrizado por completo. Todo este recorrido forma un sustrato ideológico sobre el cual el cuerpo se manifiesta performativamente, cuya base es una “técnica disciplinaria previa” (Foucault, 1997: 216). La biopolítica actuaría para “designar lo que hace entrar la vida y sus mecanismos en el dominio de los cálculos explícitos y hace del poder-saber un agente de transformación de la vida humana” (Foucault, 1976:188):

Extracto 171. La relación con el paciente.

847. Psiquiatra. La escucha activa hace que ellos se abran a nosotros, nos transmiten

848. Sus problemas, quieren que nos identifiquemos con ellos

849. Entrevistadora. ¿Qué os identifiquéis con ellos realmente?

850. Psiquiatra: Los pacientes quieren que el médico le dé respuesta a su problema [...]

851. Pero mucho de sus problemas no son los mismos que para mí

Lo que nos parece aterrador es lo entrópico de la biopolítica; lo importante para el

psiquiatra es moverse al interior del cuadro médico, como si la persona fuese un conjunto de variables en una ecuación que se resuelve en sí misma. Los problemas del paciente son ajenos a la lógica psiquiátrica (ex. 171:851).

La alegría va por plantas

Que la interacción en la primera planta estuviese sumamente encorsetada no supuso una limitación para nuestro trabajo etnográfico; antes aún, constituyó nuestra plena integración en un dispositivo biopolítico en el que el distanciamiento contribuyó a la dramatización del estigma y su posterior naturalización. Nos tocó pasar una serie de severos filtros, un casting performativo hasta que pudimos tener una interacción más o menos natural. Fungiendo como agentes de estigmatización y participando de la naturalización del sometimiento, fuimos percibidos como parte del sistema tanto por los cuidadores como por los enfermos.

Nos preguntamos: ¿por qué en las dos plantas restantes éramos vistos como apoyo a los cuidados, en el momento en el cual contribuíamos a la alegría de los ancianos? ¿Realmente nuestra presencia era tan noble e inocua? Aliviábamos por unas horas la tarea de los cuidadores: ¿acaso no pudiésemos haberlo hecho con los enfermos mentales?

El aparente ambiente bucólico de la segunda planta nos chocó desde el ritual goffmaniano de la presentación del self (Goffman, 1979),

cuya primera norma atañe al control (Riera y Fabré, 2017) de la puesta en escena de la apariencia.

**Figura 1. Animadores sociales juegan con los ancianos de la segunda planta**



Fuente: archivo de la investigación.

Los ancianos se solidarizan o, fingen hacerlo, con la imagen feliz de ellos mismos que promociona la institución (Figura 1). Ya de entrada, los cuidadores insistían en la alegría de estos ancianos desahuciados de la segunda planta. A preguntas sencillas de la entrevistadora  c mo se siente en el asilo? o  si es feliz aquí?, enseguida ellos responden que sí. Los ajustes dramáticos de Luisa son esclarecedores. Ella fue recogida de la calle, lo que ensalza en su discurso, para derivar en una oda a la felicidad en el asilo, lo que coincide perfectamente con el discurso de la institución.

Evidentemente Luisa termina justificando las diferencias en el trato con respecto a los ancianos de la tercera planta, recordemos con más medios por sufragar con creces, sus propias familias, la estancia. Es obvio que el asilo hace una gran labor, pero

imaginémonos que en una misma escuela pública o incluso privada se separen a las clases por estrato social, dedicando los mejores profesores y materiales para los niños pudientes. El discurso sobre la alegría funge de elemento equilibrador y, al mismo tiempo, como justificante del desequilibrio.

Quizás sea por la proliferación de medios, por la mejor organización del personal, más numeroso, pero en la tercera planta el trato con el paciente es más profesionalizado, estando presente todo el tiempo la expresión  cumplir el procedimiento . Los animadores socioculturales tienen que ajustarse a los bioritmos de la planta, mientras que en la segunda todo es más anárquico, improvisado.

Otra forma mediante la cual el sometido participa sutilmente de su propio sometimiento es la exposición de su subjetividad. Los ancianos de la segunda planta son más proclives a contarnos sus intimidades.

**Figura 2. Laura muestra su collar falso a una compañera en el asilo**



Fuente: archivo de la investigación.

Véase si no este encuentro con Laura, una de las internas:

Cuando pasamos al lado de Laura y Patricia, Laura agarró con la mano un collar de perlas falsas y una cadena de fantasía. Note que quería llamar mi atención. Me acerqué y le pregunté si se lo había regalado alguien. Con emoción nos dijo que se lo había regalado su hija justo antes de morir (Notas de campo, 15 de marzo de 2018) (Figura 2).

Esta propensión a autoexhibirse, exacerbada en la segunda planta, podría ser el síntoma de un conjunto de “tramas de significación” (Geertz, 1973 ) que se enroscan y atraviesan varios niveles del hecho social. La capa superficial se podría interpretar como resultado de las relaciones más cercanas de los cuidadores con los internos. Pero siguiendo la lógica del análisis crítico, la transparencia se nos antoja como una “conminación tácita” (Venceslao y Delgado, 2017:200) que delata el éxito de la institución al hacer partícipe al anciano del discurso alegre y desenfadado de la misma. El don que les ofrece la institución, asistirlos gratuitamente, entra en la lógica del “potlach” (Mauss, 2009:78), es decir, la restitución del contradon en forma de obligación tácita de mostrarse simpáticos y transparentes. Ellos tienen que dar más de sí que los ancianos que pueden costearse el asilo.

### **El mito del buen anciano**

La construcción de la fachada (Goffman, 2006) del buen anciano es un complejo proceso por medio del cual en ellos permea el discurso de la estructura. En el asilo hay una tipología a la que todos tienen que amoldarse: saludan cada vez que nos cruzamos, sonríen, están alegres (excluyendo a los de la primera planta, cuya dramaturgia es necesariamente diferente). Sus conversaciones son siempre positivas, nunca se quejan de la familia que los abandonó: cuentan el hecho sin agravio alguno hacia sus próximos.

Ellos asimilan de cara a la institución el estigma del edanismo: el anciano inocuo, simpático, intrascendente. Se erigen como los perfectos engranajes de esa maquinaria de dominación silenciosa. Incluso los cuidadores se permiten asignarles atributos morales: ellos son buenos, tranquilos. Pero, afortunadamente, su radio de acción no ocupa todo el espacio escénico. Cuando la tramoya hace cambiar los decorados se producen momentos de subversión contra todo el aparataje. Así, a escondidas, algún anciano nos pidió licor o realizó algún comentario subido de tono sobre la belleza de alguna compañera. Pero, de cara al público, ellos tienen que demostrar su aséptica ancianidad. Su edanismo es claramente estratégico.

### **CONCLUSIÓN**

Instituciones cuya razón de ser es el trato cercano, por toda una lógica procedimental, terminan siendo organizadas por una

biopolítica, ajena a la sensibilidad de las situaciones concretas, que doma a los organismos. Llegan al punto de sofisticación de que los propios pacientes se autoimpongan los estigmas que legitiman a la estructura, por una serie de sutiles estrategias que hacen partícipe al sometido del engranaje de su sometimiento.

Tanto es así que el dispositivo escénico y político ha vaciado el espacio de lo que caracterizaba a los lugares humanizados: de la incertidumbre de los encuentros. Si antes los trenes pasaban por el centro de las ciudades, compitiendo con pelotones de niños con bicicletas con fingidos amortiguadores que no servían más que para alimentar una fantasía, hoy pasan al margen de las grandes urbes, y lo que quedó de esa ciudad, se resume en un cartel marrón anunciando icónicamente los monumentos de la misma. La tendencia, como en el caso de los trenes, es trasladar los asilos, psiquiátricos, cárceles y hospitales fuera de las urbes, para volverlas más anónimas, y que los ciudadanos no se tengan que enfrentar con las costuras descosidas del ser humano.

Para habitar esos no lugares anónimos, la condición sine qua non consiste en mostrarse transparentes. Si antes, para ingresar en un tren, bastaba con que el controlador agujerease un tiquete, hoy el sistema tiene que estar seguro de nuestra condición de fugaz pasajero. Esta estrategia de transparencia está muy presente en el asilo San Antonio: los enfermos mentales tienen que mostrarse

como enfermos, por medio de la dramatización de sus estigmas, y los ancianos se presentan como felices e inocuos.

Esta previsibilidad a la que nos somete la sociedad del riesgo deja pocos resquicios para la resistencia y el disenso. Es más, tuvimos la sensación de que el propio sistema abría esos espacios intuyéndose en rituales subversivos que lo afianzan.

Contra esa estructura procedimental urge una auténtica cultura de los cuidados que reconstruya la dimensión antropológica de los espacios. Recuperar y enriquecer el pensamiento de Madeleine Leininger para que los cuidados estén fundados y basados en las personas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Augé, M. (1992). *Non-lieux. Introduction à une anthropologie de la surmodernité*. Paris: Seuil.
- Bolívar Rángel, D. (2017). Convivencia ciudadana versus Narciso. La batalla por un orden social pacífico e igualitario. *Collectivus. Revista de Ciencias Sociales*, 4(1), 126-154. doi: <http://dx.doi.org/10.15648/Coll.1.2.017.7>.
- Borges, N., Castro, M., Cetina, C., Cruz, B., De los Reyes, M., y Novelo, J. (2016). El concepto de felicidad en personas de la tercera edad de la ciudad de Mérida, Yucatán. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 21(3), 282-290.
- Bourdieu, P. (2007). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.

### Cultura de los Cuidados

- Bourdieu, P. (1988). *La distinción. Las claves sociales del gusto*. Madrid: Taurus.
- De Certeau, M. (1990). *L'invention du quotidien. Arts de faire*. Paris: Gallimard.
- Durkheim, E., y Mauss, M. (1996). Sobre algunas formas primitivas de clasificación. Contribución al estudio de las representaciones colectivas. En *Clasificaciones primitivas y otros ensayos de sociología positiva* (pp.23-104). Barcelona: Ariel.
- Ferreira, O., Maciel, S., Costa, S., Silva, A., y Moreira, M. (2012). Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto Con-texto Enfermagem*, 21(3), 513-518.
- Galleguillos, D. (2015). *Inclusión social y calidad de vida en la vejez: Experiencias de personas mayores participantes en clubes de adultos mayores en la comuna de Talagante*. (Tesis de Pregrado no publicada). Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile: Santiago. Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/142331/memoria.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Geib, L. (2012). Determinantes sociais da saúde do idoso. (2012). *Ciência e Saúde Coletiva*, 17(1), 123-133.
- Foucault, Michel (1997). *Cours au Collège de France (1975-1976)*. Paris: Gallimard.
- Foucault, Michel (1976). *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*. Paris: Gallimard
- Geertz, C. (1973). *La interpretación de la cultura*. Barcelona: Gedisa.
- Goffman, E. (2006). *Frame Analysis. Los marcos de la experiencia*. Madrid: CIS-Siglo XXI.
- Goffman, E. (2004a). *Internados*. Madrid: Amorrortu.
- Goffman, E. (2004b). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Madrid: Amorrortu.
- Goffman, E. (2003). *Estigma*. Madrid: Amorrortu.
- Goffman, E. (1979). *Relaciones en público*. Madrid: Alianza.
- Grassi, M., Marinho, L. (2019). Mobilidade familiar e contexto escolar – o olhar dos educadores escolares angolanos. *Collectivus, Revista de Ciências Sociais*, 6(1), 251-276. doi: <http://dx.doi.org/10.15648/Coll.1.2.019.14>.
- Gumperz, J. (1989). *Engager la conversation: introduction à la sociolinguistique interactionnelle*. Paris: Les Editions de Minuit.
- Helduak adi (2013). *Estereotipos asociados a las personas mayores*. Bilbao. Recuperado de [http://ajuntament.barcelona.cat/soc/granique/sites/default/files/documents/estereotipos-helduak\\_adi.pdf](http://ajuntament.barcelona.cat/soc/granique/sites/default/files/documents/estereotipos-helduak_adi.pdf)
- Huspek, M. (2009). *Oppositional discourses and democracies*. Nueva York: Routledge.
- Leiris, M. (1989). *La possession et ses aspects théâtraux chez les Éthiopiens de Gondar*. Paris: Fata Morgana.
- Leno D. (2006). Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Gazeta de Antropología*, (22), 12-32.
- Mauss, M. (2009). *Ensayos sobre el don. Forma y función del intercambio en las sociedades arcaicas*. Buenos Aires: Katz Editores.
- Mead, G.H. (1999). *Espíritu, persona y sociedad*. Barcelona: Paidós.
- Métraux, A. (1958). *Le voodoo haitien*. Paris: Gallimard.
- Monreal Jiménez, M.C., Cárdenas Rodríguez, R., Martínez Ferrer, B. (2019). Estereotipos, roles de género y cadena de cuidados. Transformaciones en el proceso migratorio de las mujeres. *Collectivus, Revista de Ciências Sociais*, 6(1), 83-99. doi: <http://dx.doi.org/10.15648/Coll.1.2.019.06>.

- Mota, S.N., Nogueira, J.M., Fernandes, B.K.C., Silva, H. G., Ferreira, M.A., Freitas, M<sup>a</sup>. C. (2018). Enfoque estructural de las representaciones sociales de los adolescentes sobre el envejecimiento y las personas mayores. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 22(50), 118-126. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.50.11>
- Riera Vázquez, C.M. y Fabré Machado, I. (2017). Las indisciplinas sociales. Una excusa para no mirar allá. *Collectivus. Revista de Ciencias Sociales*, 4(1), 104-124. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.15648/Coll.1.2017.6>.
- Silveira, R.E., Mendonça, F.T.N.F., Santos, A.S. y Filipe, E.M.V. (2015). Estratégias de educação em saúde para idosos: experiências e desafios. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 19(42), 154-163. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.42.14>
- Van Dijk, T.A. (2016). Análisis crítico del discurso. *Revista Austral de Ciencias Sociales* (30), 203-222.
- Venceslao, M., y Delgado, M. (2017). Somatizaciones del internamiento en un centro de justicia juvenil. La participación de los dominados en su propia dominación. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 12(2), 193-214.
- Vicente, F. R., y Santos, S. M. (2013). Avaliação multi-dimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. *Texto Contexto Enfermagem*, 22(2), 370-378.
- Zuluaga Duque, J.F. (2017). El diálogo mediador del desarrollo de los saberes. *Collectivus. Revista de Ciencias Sociales*, 4(2), 11-35. DOI: <http://dx.doi.org/10.15648/Coll.2.2017.2>.



**Práctica de profesionales de salud brindando intervenciones en apego con perspectiva comunitaria: “Encuentros y desencuentros”**

**Practice of health professionals providing interventions in attachment with a community perspective: "Encounters and disagreements"**

**Prática dos profissionais de saúde fornecendo intervenções em conformidade com a perspectiva de comunidade: "Acordos e desacordos"**

**Gloria García Vallejos<sup>1</sup>, Claudio Contreras Despott<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Enfermera, Magíster en Psicología mención Psicología Comunitaria, profesora asistente de la Universidad de Chile. Correo electrónico: [ggarcia@med.uchile.cl](mailto:ggarcia@med.uchile.cl)

<sup>2</sup> Psicólogo, Magíster en Psicología mención Psicología Comunitaria, Unidad de Estudios Comunitarios Latinoamericanos de la Universidad de Chile. Correo electrónico: [despott@gmail.com](mailto:despott@gmail.com)

Cómo citar este artículo en edición digital: García Vallejos, G.A. & Contreras Despott, C.G. (2019). Práctica de profesionales de salud brindando intervenciones en apego con perspectiva comunitaria: “Encuentros y desencuentros”. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 23 (55) Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.55.16>

Correspondencia: Avenida Independencia 1027 comuna Independencia  
Correo electrónico de contacto: [ggarcia@med.uchile.cl](mailto:ggarcia@med.uchile.cl)



*Recibido:13/09/2019*

*Aceptado24/11/2019*

## ABSTRACT

The public policy of mental health in Chile has a community orientation, however, this does not happen at the level of emotional attachment. From this perspective, the research done, through qualitative methodologies, to contribute to the identification of theoretical and technical concepts that health professionals articulate

in their work and with which they design and execute in the area of emotional attachment that, according to the community perspective can illuminate the actions in favor of establishing alliances with the communities. Concluding that their practices are still present in the custodial and the community models, but that their practices have led them to broaden their views to new ways of raising and problematizing it, where the community is an angular agent of the upbringing of children in a territory.

Keywords: attachment, community practices, mental health

## RESUMEN

La política pública de salud mental en Chile tiene una orientación comunitaria, sin embargo, esto no parece darse a nivel de las intervenciones en el tema del apego. Desde esta perspectiva la investigación buscó, por medio de metodologías cualitativas, identificar los conceptos teóricos y técnicos que los profesionales de salud articulan en sus trabajos y con los cuales se puedan diseñar y ejecutar intervenciones en el área del apego que estén a favor del establecimiento de alianzas con las comunidades. Concluyendo así que sus prácticas aún presentan una tensión entre modelo custodial y el comunitario, pero que sus experiencias las han llevado a ampliar las miradas a nuevas formas de crianza y problematización de ésta, donde la

comunidad es un agente angular de la crianza de los niños y niñas de un territorio.

Palabras clave: apego, prácticas comunitarias y salud mental

## RESUMO

A política pública de saúde mental no Chile tem uma orientação comunitária, no entanto, isso não parece ocorrer ao nível das intervenções sobre a questão do vício. Nesta perspectiva, a pesquisa procurou, através de metodologias qualitativas, identificar os conceitos teóricos e técnicos que os profissionais de saúde articularam em seu trabalho e com a qual você pode projetar e executar intervenções na área da anexo que são a favor da criação de parcerias com as comunidades. Concluindo assim que suas práticas ainda apresenta uma tensão entre a Comunidade e o modelo custodial, mas suas experiências o levaram a expandir parece a novas formas de parentalidade e problematização do presente, onde a Comunidade é um agente de sensibilização angular dos filhos de um território.

Palavras-chave: apego, práticas comunitárias, saúde mental.

## INTRODUCCIÓN

La caracterización general de la salud mental comunitaria en Chile debe situarse en el contexto de la introducción durante la primera década del siglo XXI de las políticas sociales denominadas “políticas de protección social”, cuyo objetivo fue y sigue siendo atender a las vulnerabilidades que enfrentan las personas y sus familias en el plano socioeconómico (Minoletti y



Zaccaria, 2005; Rodríguez, 2009). Debido a que justamente el impacto de estas políticas trasciende lo meramente económico al abordar lo social, surge como consecuencia en el país la Reforma en Salud del año 2000, la cual instala garantías explícitas de atención en salud exigibles como derecho ciudadano. Otro de los componentes de tal reforma corresponde al Sistema de Protección Integral de la Infancia, que da origen al Subsistema Chile Crece Contigo, programa que tiene el propósito de avanzar hacia la igualdad de derechos y oportunidades a través del apoyo al desarrollo biopsicosocial de los niños y niñas, desde el embarazo hasta el ingreso al mundo escolar (Bedregal, 2010), brindando prestaciones a las familias en tres áreas: salud, educación y red social.

En concreto, la intervención en salud de Chile Crece Contigo opera a través del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, el cual establece como área de intervención, entre otras, el fortalecimiento del control del niño sano. Éste considera en específico las siguientes acciones: pesquisa y seguimiento de riesgos biopsicosociales, apoyo a la lactancia materna, entrega de material educativo para niños, talleres grupales para habilidades de crianza “Nadie es perfecto” y aplicación de pruebas para detección de factores de riesgo en el neurodesarrollo, depresión materna y apego, siendo este último el que motiva el cuestionamiento de este artículo. (Bedregal 2010).

Cabe destacar que el apego ha sido una categoría que se ha extrapolado a diferentes ámbitos, particularmente, al de la psicología clínica (Botto, 2010), de allí que los objetivos en su intervención se hayan centrado en mejorar la sensibilidad, la función reflexiva y la mentalización de los cuidadores en la relación con sus hijos e hijas (Besoain & Santelices, 2009), haciendo uso de metodologías que van desde lo psicoeducativo hasta las terapias, siendo las orientaciones también diversas (cognitivas, psicoanalíticas, sistémicas, etc.) (Gómez, Muñoz, & Santelices, 2008).

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Para la implementación de estas acciones, el Programa Chile Crece Contigo ha desarrollado el Manual para el apoyo y seguimiento de desarrollo psicosocial de los niños y niñas de 0 a 6 años (en adelante, Manual). Este Manual tiene una explícita orientación en salud comunitaria y salud mental comunitaria, es pertinente señalar los elementos que comparten ambas orientaciones: como son el abordaje de los problemas de menor complejidad, pero de mayor prevalencia en el nivel primario de atención de salud, con la intención que se puedan resolver y solo los más complejos y menores en número puedan ser abordados en los niveles de mayor especialidad. Otro elemento es el empoderamiento de los usuarios y los familiares, un tercer elemento es el abordaje de los problemas desde un trabajo intersectorial y por último destacar el trabajo de manera horizontal entre usuarios

y equipo de salud (Rodríguez, Pastor, & López, 1988; Rodríguez, 2009; Funk, Faydi, Drew, & Minoletti, 2009). En este sentido el propósito del Manual es “brindar a los equipos de salud orientaciones y recomendaciones que contribuyan a fortalecer su liderazgo técnico para apoyar el desarrollo de los niños y niñas; incorporando estrategias de educación comunitaria, participación y comunicación social, facilitando y estimulando su acceso a intervenciones de apoyo al desarrollo psicosocial y la prevención de factores de riesgo (...)” (Ministerio de Salud, 2008).

Sin embargo, interesa abordar el siguiente objetivo del Manual, relacionado con apego que refiere: “promover que madre, padre y/o cuidadoras o cuidadores construyan desde el nacimiento una relación significativa con el niño o la niña; con mayor seguridad en su vínculo de apego y mejores competencias parentales adaptándose a cada etapa del desarrollo” (Ministerio de Salud, 2008, p. 5). Al respecto de este objetivo, llama la atención que habiéndose asumido explícitamente una orientación en salud mental comunitaria, dicha orientación pierda claridad en relación al objetivo particular referido. Se observa en la definición de dicho objetivo que, en efecto, se otorga un valor a la interacción entre el bebé y sus cuidadores cercanos, pero el papel de la comunidad no es explícito como lo era en el objetivo general de la política. La presente investigación ahonda en este punto cómo se articulan en la teoría y en la experiencia

práctica de las intervenciones en salud mental en los primeros meses de vida, en específico en la dimensión apego, con la orientación comunitaria en salud.

Es necesario explicitar que la teoría de Apego por sí misma no es un error, ya que como se mencionó antes, el apego ha sido una categoría que ha logrado extrapolarse a numerosos ámbitos de aplicación desde diversos enfoques (Gómez, Muñoz, & Santelices, 2008). Por el contrario, lo que resulta llamativo y contradictorio es que en el caso de la política pública chilena (materializada en el Manual), el apego se propone como una dimensión a atender desde una perspectiva comunitaria, pero de hecho en el mismo objetivo general del Manual sobre el apego la figura de la comunidad está ausente, enfatizándose más bien el papel de los padres considerados como figuras individuales (Suárez, Muñoz, Gómez, & Santelices, 2009).

Desde esta perspectiva la investigación tuvo la intención de contribuir con la identificación de conceptos teóricos y técnicas con las cuales diseñar y ejecutar intervenciones en el área del apego que, fundamentadas en la perspectiva comunitaria, den luces sobre cómo actuar a favor del establecimiento de alianzas con la comunidad y sus actores en el tema de la organización de la salud (Funk, Faydi, Drew, & Minoletti, 2009), en específico, de la crianza de los niños y las niñas y responde finalmente a la pregunta ¿Cómo los profesionales de salud articulan teórica y

experiencia práctica, con la perspectiva de salud mental comunitaria, en intervenciones brindadas en apego, en el marco de la política pública chilena?

Asimismo, es necesario relevar que se trata de un artículo con diseño de carácter cualitativo con fines descriptivos (Hernández, Fernández, & Baptista, 1991; Mejía, 2005). Lo que se buscó fue comprender el modo en que los profesionales de salud articulan teoría y práctica de las intervenciones en apego brindadas y su perspectiva desde la salud mental comunitaria. Los/as participantes fueron profesionales de enfermería, que se desempeñan como académicos en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile y que pertenecen al grupo de Enfermería Comunitaria con responsabilidades en docencia de pregrado con la asignatura Enfermería Comunitaria II. Se eligió este perfil de participantes ya que se consideran idóneos para la reflexión sobre el abordaje de intervenciones en apego con visión comunitaria. La técnica que se utilizó fue la entrevista individual en profundidad (Iñiguez, 2004) y semiestructurada y los datos se analizaron conforme a la Teoría Fundamentada (Strauss, y Corbin, 2002).

#### **RESULTADOS: PRINCIPALES CONCEPTOS TEÓRICOS Y TÉCNICOS QUE SE UTILIZAN EN LA PRÁCTICA EN RELACIÓN AL APEGO**

Como ya fue descrito en la introducción, desde el año 2000 Chile establece directrices de orientación

Comunitaria para la atención en Salud mental, esto con el objeto de adscribir a un movimiento universal liderado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Organización Mundial de la Salud, 2004), que en ese momento asume que la salud mental tiene dimensiones tanto físicas, como psicológicas y social-comunitarias (Funk, Faydi, Drew y Minoletti, 2009). No obstante, estas directrices, del análisis de las entrevistas emerge un escenario distinto: las orientaciones teóricas sugeridas desde el enfoque comunitario parecen coexistir junto a referentes propios de un enfoque clínico-custodial.

Se encontró una tensión entre la coexistencia de dos modelos el Médico Tradicional y el Integral, ésta se transforma en un obstáculo en la medida que afecta en el tratamiento de las propias usuarias y en la relación que establecerán con su hijo, pues el primer modelo es más técnico y deshumanizante, alejándose de lo que proponen las teorías y prácticas de apego (Bowlby, 1995), que si lo tendría un modelo médico más integral. Se ejemplifica a continuación:

*“...Pero el médico desgraciadamente está puesto más para la atención de consulta que para las intervenciones así donde él pudiera ver otras... tener otra visión no sólo la parte biomédica, ¿me entiendes? Que tuviera una visión más integral, pues, y eso falta mucho”* (E1, 20).

Además la intervención está pensada en la relación madre e hijo-hija, sin embargo en las prácticas hay problemas sociales más de base y con mayor profundidad de daño psicosocial, que son detectados en la intervención de apego, pero que el programa no da sustento a su solución, ni por el programa mismo, ni por las redes de profesionales, siendo muy difícil según las entrevistadas hacer cambios significativos en las vidas de algunas madres, incluso existirían dificultades en el periodo de la intervención, pues el tiempo dado por el programa pareciera ser insuficiente para lograr transformaciones. Los siguientes discursos lo reflejan:

*“...no es un trabajo que tú puedas hacerlo en un año porque quedan muy dañada la estructura de la persona, muy dañada o sea una mujer así si ha sido violentada por el padre, pegada por la madre, va donde la abuela y la abuela está curada ya por poner una situación extrema (...) No sabría decirte cómo poder ayudar con el apego... O sea, tú puedes ayudar al apego, yo las puedo contener, yo las puede contener en un primer encuentro, las voy a contener, las voy a ayudar, me puedo gastar toda la mañana en una sola paciente, o en una sola persona, pero después cómo le doy más herramientas pa que siga. Porque allí es donde uno queda colgada. Yo puedo saber que es importante todo lo del apego, pero ¿y?” (E1, 106).*

De lo anterior, se desprende otra implicancia del enfoque que se está utilizando como marco referencial para la intervención temprana: el cambio estaría siendo entendido como individual y conductual, desestimándose e incluso invisibilizándose el rol de la comunidad en los procesos de apego.

Así como se entiende que el cambio en el vínculo de apego (Bowlby, 1995) pasa por el cambio conductual de la madre, existe la posibilidad de prevenir problemáticas psicosociales como el maltrato infantil, a través de la intervención temprana en apego, centrada en la intervención con la diada madre-hijo:

*“Cuando tú produces una interacción buena, satisfactoria pa los dos lados, el maltrato infantil se disminuye. Ahora se ha comprobado que el maltrato infantil, la mayoría del maltrato infantil, está dado por los mismos padres. Ahora los padres golpean más que las madres, pero cuando las madres golpean, golpean más fuerte a veces que los padres (...)” (E3, 22)*

Sin embargo, desde el mismo discurso de las entrevistadas surge también una visión comunitaria de la intervención, encontrando puntos de fuga y quiebres necesarios para el cambio, en donde prima la descripción de diversas acciones de carácter consensuado y reflexivo.

En primer lugar, resalta que las entrevistadas reconocen y validan la experiencia y conocimientos de la madre, de

### Cultura de los Cuidados

tal modo que se plantean la intervención como un acompañamiento y no como un moldeamiento de comportamientos deseables, entregando además capacidad de decisión a la usuaria:

*“Porque yo siento que no es enseñarle a la madre, es acompañarla, porque ella también tiene sus propias enseñanzas, sus propios conocimientos de vida, familiares, de costumbre, ¡qué sé yo! Entonces es acompañarla, o sea mostrarle caminos y la madre decidirá qué es lo que pasa, porque yo tampoco soy la que decido frente a la... Pero la madre tiene que estar informada sobre las situaciones qué están –pienso yo– científicamente comprobadas”. (E3, 16)*

Como consecuencia natural de transitar el proceso de desarrollo del niño o niña junto a la madre, comienza a notarse una mirada que busca la comprensión de los factores que permean la experiencia de la madre, más allá de catalogarla o juzgarla como adecuada o inadecuada desde una etiqueta, tal como se percibe en el enfoque clínico. Una entrevistada comenta que en esta búsqueda de comprensión tiene un rol preponderante la familia y el contexto social:

*“Tratamos de indagar qué es lo que le pasa a esa mamá ¿ya? Porque algo está pasándole a ella. A lo mejor la dejó el marido o la pareja. No sé poh, pero ahí hay... Nunca una mujer o una persona es dura con otra si no ha recibido maltrato*

*previo o de toda la vida, o sea, si te han dado con el mocho del hacha, seguro”. (E1, 50)*

Desde esta visión, comprensiva e integradora, y ante la toma de conciencia del escenario social actual, en donde la mujer es tanto madre como jefa de hogar; se observa los primeros intentos por reflexionar respecto de cómo sería posible llevar a cabo una intervención con una madre trabajadora, tomando en consideración incluso el número de horas que dispone.

*“Allí yo creo que tendríamos que trabajar eeh, sólo con las horas que tiene la mamá en contacto con el bebé y... Pero también tendríamos que ver si está en la sala cuna habría que dar un poco más de tiempo a la mamá, porque las mamás trabajan ocho horas ¿ya?”. (E4, 12)*

En segundo lugar, las entrevistadas comentan la necesidad de realizar un trabajo interdisciplinario efectivo y alineado, en donde diversas profesiones del área de la salud intervengan no sólo con madre e hijo, sino también a nivel familiar. Con este comentario se revela la percepción de que aún falta para lograr un auténtico trabajo integrado en los centros de salud.

*“O sea habría que trabajarlo desde el equipo de salud. No una como enfermera sola sino que desde el equipo multidisciplinario en general: las estrategias que... para trabajar con las familias, o sea, no sólo con la mamá, con la diada, sino que con la familia. Habría que...*

*O sea con el equipo en general, la asistente social, el médico, o sea todos viendo desde su experticia propia... Hacer un plan en conjunto y trabajar en conjunto. No sé si meter al intersector en este caso... No sé, viendo dependiendo de la ayuda que se requiera para esta familia en particular, pero yo creo que tendría que ser un trabajo de equipo del equipo de cabecera en el fondo, formando de acuerdo al diagnóstico que se haga... presentar estos casos...". (E2, 16)*

El trabajo en conjunto entonces sería un pilar a nivel metodológico, a partir del cual se realizarán acciones consensuadas tales como visitas a la familia, plan de intervención compartido por el equipo de trabajo, repartición de funciones, establecimiento de plazos y supervisión.

*"Se realizan visitas integrales a la familia y desde los distintos puntos de vista se hace los planes consensuados del equipo con plazos, metas y encargados y a la reunión siguiente por ejemplo dependiendo el plazo se ve qué pasó, cuáles son los avances, qué se ha trabajado, qué se ha hecho con esa familia en particular. Así se trabaja". (E2, 16)*

Por otra parte, una propuesta fundamental es ampliar la visión de las intervenciones que se brindan en apego, encaminada a entender la responsabilidad social de distintas figuras en la construcción de un apego seguro. Distribuir

responsabilidades en comunidad, familia y cultura.

*"Porque además creo que es muy fuerte entregarle esa responsabilidad a una sola persona que es la mamá, porque la mamá es consecuencia de lo que pasa a su alrededor. Yo soy mamá respecto lo que me trataron a mí y cómo me traten y cómo vea a la vecina y cómo veo a las tías y yo soy mamá con respecto al mundo. Entonces por qué tengo que tener la responsabilidad de esa interacción que tengo, sola. Me tiene que ayudar la tía, la madrina, la vecina, la abuelita, como lo hacen en los pueblos originarios que nos han dado mucha lección en eso". (E3, 30)*

Las entrevistadas hacen referencia a que las intervenciones deberían incorporar a otras figuras de apego como apoyo primordial a la maternidad, haciendo explícita la idea de tomar como ejemplo la cultura de los pueblos originarios, en donde se incorpora la figura de la abuela con un rol primordial en la entrega de conocimientos acerca de la sexualidad femenina.

*"Los mapuches... dentro de la cultura mapuche, las mamás no le hablan de sexualidad a los hijos: es la abuela. Entonces claro, o sea si tú dices: "me da vergüenza hablarle de mi sexualidad porque él me ve como alguien asexual entonces no sé", mientras que la abuela no; las abuelas mapuches son las que preparan a las... a la niña cuando le va a llegar la regla, cuando todas esas cosas en su cosmovisión los*

*hacen así. Entonces yo creo que una cosa es la interacción humana y el apego con respecto a esto, pero también yo creo que todas las otras figuras que tiene esa madre alrededor son importantes” (E3, 30)*

La visión se amplía también hacia el trabajo con la familia, en donde, luego de una evaluación inicial, se realiza un plan de intervención que tiene como objetivo principal el incorporar a otros miembros de la familia al cuidado del niño, de manera que esta responsabilidad no recaiga únicamente en la madre. Es de relevancia la aparición del término “Red de Apoyo” en el discurso de la profesional, con lo que se hace explícita la mirada integrativa.

*“Primero que nada viendo la funcionalidad familiar, viendo... haciendo un diagnóstico de cómo funciona esta familia, empleando distintos instrumentos pa valorar y de acuerdo a esto trabajar en el fondo también involucrándolos en el cuidado del niño. (...) Generar una red de apoyo dentro de la familia, que todos se comprometan dentro de las posibilidades para apoyar a esta madre. Así lo veo yo”. E2, 20.*

No obstante, como se señaló se observan tensiones y contradicciones, que se cree responden al tránsito que está ocurriendo desde prácticas más tradicionales en salud, relacionadas con un enfoque clínico, hacia la completa adscripción a un modelo comunitario. De esta manera, se ve cómo ciertas acciones que debieran ser parte de la perspectiva de intervención quedan sujetas a

la voluntad del profesional, en específico las que tienen que ver con el uso de la sensibilidad hacia las personas, percibiéndose entonces la humanización del vínculo más como una habilidad del interviniente que como un enfoque adoptado de manera intencional a todas las intervenciones:

*“Esos casos quedan en... dependía mucho de la enfermera del sector (...) Yo te hablo desde el punto de vista de trabajo, no con lo que me toca a mí hacer en las prácticas con las alumnas. Porque depende como te digo mucho del interés de cada una, del grupo cómo tú lo vas sensibilizando a tu equipo, a tu grupo, a la auxiliar, a los que trabajan con uno”. (E1, 208)*

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El grupo objetivo de la presente investigación es consciente de las transformaciones en salud de los últimos años, asumen una explícita orientación en salud comunitaria, especificando objetivos y metodologías de intervención centradas en el apoyo al desarrollo local de las comunidades, a la vez que reconoce la perspectiva comunitaria en salud como guía principal de sus intervenciones. No obstante, lo anterior, todas las entrevistadas refieren en sus discursos un distanciamiento con las metodologías aplicadas, reconociendo deficiencias en la intervención, en lo referente a que no se estaría llevando a cabo intervenciones con una auténtica visión

comunitaria. Esta situación, observable en las prácticas cotidianas que realizan las profesionales de enfermería entrevistadas, se evidencia en que la intervención en apego que llevan a cabo los centros de salud está centrada en la detección de indicadores y la clasificación, sin embargo en la actualidad las intervenciones están más en controles de salud individuales entre madres o figuras significativas y los niños o niñas, sin la exigencia de detectar indicadores utilizando un instrumento para ello, más bien desde la experiencia de los profesionales a cargo, las mayores intervenciones dicen relación con promoción de los factores protectores que existen y la prevención de los factores de riesgo, actualmente no necesariamente se clasifican los tipos de apego, por consiguiente no necesariamente se podrá intervenir a tiempo frente a los apegos no seguros. Así, se identifica madres con apego seguro y madres con dificultades en el apego, quienes serán atendidas por un equipo multidisciplinario que se hará cargo de distintas partes y etapas de esta intervención, sin poder obtener un dispositivo completamente articulado.

Las profesionales no ven soluciones eficaces en las alternativas que el sistema de salud pone a su disposición para abordar la complejidad social que caracteriza a las usuarias, y en este marco, sus comentarios acerca de las políticas públicas y la forma de funcionamiento de los centros de salud se carga de frustración y de una sensación de inhabilidad en las metodologías empleadas,

porque ellas (las profesionales) tienen conocimiento de actividades con enfoque comunitario desde su formación de pre grado; surgiendo desde esa sensación también la necesidad de generar espacios de reflexión al interior de los centros de salud, que permitan construir y transformar conocimiento que se traduzca en la generación de metodologías auténticamente comunitarias.

Las prácticas que las entrevistadas van desarrollando en intervenciones sobre apego, va generando un nuevo conocimiento; conocimiento dado principalmente por la experiencia y las vivencias tanto en los box como en el mismo territorio, comienza a validarse la práctica como una forma legítima de conocimiento, que se confronta con la teoría, generando una tensión, que desde las mismas entrevistadas es compleja su resolución, la propuesta en general no se refiere a que exista un distanciamiento entre teoría y práctica, sino más bien que nuevas teorías, como por ejemplo una visión más enfocada en la salud mental comunitaria tome un papel más preponderante que de una línea de trabajo más integral, sin despreciar lo que ya se ha aprendido en temas de intervenciones en apego.

Siguiendo con la lógica de tensión entre la incorporación de un enfoque auténticamente comunitario y la persistencia de la lógica biomédica, se observa, además, desde la misma práctica del apego, la urgencia de la presencia y desarrollo de un



proceso de humanización de los vínculos entre usuarias y entrevistadas, visto en la actualidad, desde las profesionales, más bien como una habilidad personal del interviniente y no como un enfoque adoptado de manera intencional a todas las intervenciones. En este sentido, la perspectiva biomédica estaría generando resistencia a los procesos de volver a valorar las relaciones interpersonales, haciendo primar una mirada racional- objetiva de la modernidad. Por lo tanto, dado que la humanización de los procesos queda como una opción del interventor, es que aún sólo puede verse como metodología exploratoria, que sólo algunas ocupan, y que no se ha sistematizado viendo sus usos y resultados en materias de apego.

Desde esta perspectiva es que los mismos discursos se abren a dos líneas de propuestas que podrían producir argumentos válidos para generar cambios en los dispositivos hasta ahora aplicados, por un lado se comienza a recoger y legitimar algunas experiencias que desde sus puntos de vista han sido exitosas, dado que han considerado la recuperación de las voces de la comunidad, escuchando las necesidades de las personas que atienden, sobre todo las necesidades de las adolescentes que han sido madres solteras o las historias de mujeres madres pertenecientes a territorios con alta exclusión social que comienzan a repetirse en una misma localidad, explorando, sin mayor intencionalidad, en las experiencias de un espacio georeferenciado, considerando

las propias historias y contextos de la comunidad, sin embargo, y como se ha planteado dichas prácticas aún suelen incorporarse desde el anecdótico y no desde una formalización de metodología y técnicas de acción. Entonces, se vuelve a plantear la pregunta de la diferencia entre las intervenciones en apego con un enfoque biomédico y otro con una perspectiva comunitaria. Desde las entrevistadas la intervención desde el modelo biomédico tiene la capacidad de detectar y pesquisar a las madres que en contexto de vulnerabilidad presentan tipos de apego que generarían efectos no deseados en la crianza y por ende problemas o consecuencias nocivas para los niños en su desarrollo evolutivo, tal como lo señala Gómez, Muñoz, y Santelices, (2008), empero esta actividad, sólo estaría proporcionando datos sobre las formas de relación de una población, que en general tiende a quedar bajo un prisma de negligencia a nivel general, producto que los parámetros con que se mide se encuentra alejado de los contextos propios de cada localidad, de la historicidad y de características propias de poblaciones que presentan un alto nivel de precariedad social, ya sea laboral, estatal y emocional (Rodríguez, 2009), situación que trae como consecuencia y por qué no también como causa a patrones relacionales diferentes a los esperados, convirtiendo las formas de relación vincular distintas a las del apego seguro (Bowlby, 1995; Botto, 2010; Galán, 2010).

Finalmente en este sentido se puede pensar que otras teorías pueden incorporarse al trabajo, ampliar las miradas a nuevas formas de crianza e involucrar la problematización de la crianza, no solo por parte de los profesionales, sino también por parte de la comunidad, transformando una perspectiva más bien privada de los referentes protectores, que según la teoría serían los únicos responsables de la crianza, a uno con características más públicas, donde la comunidad es un agente angular de la crianza de los niños y niñas de un territorio, siendo los referentes primarios (madre o padre) los principales agentes de la crianza, pero no los únicos, abordando la temática también desde referentes protectores secundarios e incorporando a la intervención elementos situados y que incorporen los significados y lógicas de la población, sin juzgarla, si no que haciendo un trabajo de conocimiento y relación entre usuarios y profesionales.

### BIBLIOGRAFÍA

- Bedregal, P. (2010). Chile Crece Contigo: el desafío de la protección social a la infancia. En O. Larrañaga y D. Contreras (Eds.). *Las nuevas políticas de protección social en Chile* (pp. 237-264). Santiago de Chile: Uqbar Editoriales.
- Besoain, C., & Santelices, M.P. (2009). Transmisión Intergeneracional del Apego y Función Reflexiva
- Materna: Una Revisión. *Terapia psicológica*, 27(1), 113-118. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082009000100011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082009000100011&script=sci_arttext)
- Bowlby, J. (1995). *Una base segura*. Madrid: Paidós.
- Botto, A. (2010). "Apegado a mí": Angustia, vínculos afectivos y psicopatología. *Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 6(2), 172-185.
- Funk, M., Faydi, E., Drew, N. & Minoletti, A. (2009). Organización de los servicios de salud mental. El modelo comunitario en salud mental. En J. Rodríguez (Ed.). *Salud mental en la comunidad* (pp. 105-117). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Galán, A. (2010). El apego. Más allá de un concepto inspirador. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(108), 581-595. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v30n4/03.pdf>
- Gómez, E., Muñoz, M.M. & Santelices, M.P. (2008). Efectividad de las Intervenciones en Apego con Infancia Vulnerada y en Riesgo Social: Un Desafío Prioritario para Chile. *Terapia psicológica*, 25(2), 241-251. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082008000200010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082008000200010&script=sci_arttext)
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (1991). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw- Hill.
- Iñiguez, L. (2004). *Curso de Investigación Cualitativa: Fundamentos, técnicas y métodos*. Madrid: Fundamentos.
- Mejía, E. (2005). *Metodología de la investigación científica*. Lima: Universidad Nacional de San Marcos.
- Ministerio de Salud (2008). *Manual para el apoyo y seguimiento del desarrollo psicosocial de los niños y niñas de 0 a 6 años*. Santiago de Chile: Gobierno de Chile.
- Minoletti, A. & Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4/5), 346-358. Recuperado de

<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28097.pdf>

- Organización Mundial de la Salud (2004). *Promoción de la Salud Mental (Informe compendiado)*. Ginebra: OMS.
- Rodríguez, J., Pastor, M. & López, S. (1988). Salud comunitaria. *Psicothema*, 5,367-373.
- Rodríguez, J. (2009). Introducción. En J. Rodríguez (Ed.). *Salud mental en la comunidad* (pp. 3-12). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia: Universidad de Antioquía
- Suárez, N., Muñoz, M., Gómez, E. & Santelices, M.P. (2009). Terapia de Interacción Guiada: Una Nueva Modalidad de Intervención con Familias Multiproblemáticas y en Riesgo Social. *Terapia psicológica*, 27(2), 203-213. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082009000200006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000200006)



## La atención enfermera en Urgencias al paciente musulmán durante el Ramadán. Revisión sistemática

Nurse care in the Emergency to the Muslim patient during Ramadan. Systematic  
review

Enfermeira de cuidados na sala de emergência para o paciente muçulmano durante  
o Ramadã. Revisão Sistemática

María Naranjo-Adame<sup>1</sup>, Juan Vega-Escaño<sup>2</sup>, Rocío de Diego-Cordero<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Master. Graduada en Enfermería por la Universidad de Sevilla. Correo electrónico:

[marianaranjoadame92@gmail.com](mailto:marianaranjoadame92@gmail.com)

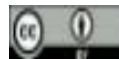
<sup>2</sup>Master. Enfermero Especialista en Enfermería del Trabajo. Doctorando del Departamento de Enfermería de la Universidad de Sevilla. Prof. Adjunto Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja adscrito a la Universidad de Sevilla. Correo electrónico: [juanvegadue@gmail.com](mailto:juanvegadue@gmail.com)

<sup>3</sup> Doctora. Profesora del Departamento de Enfermería en la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla. Correo electrónico: [rdediego2@us.es](mailto:rdediego2@us.es)

Cómo citar este artículo en edición digital: Naranjo-Adame, M., Vega Escaño, J. & de Diego Cordero, R. (2019). La atención enfermera en Urgencias al paciente musulmán durante el Ramadán. Revisión sistemática. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 23 (55) Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.55.17>

Correspondencia: Juan Vega Escaño. c/ Beatriz de Silva nº 13. Ptal. 2 1ºD. 41927 - Mairena del Aljarafe (Sevilla).

Correo electrónico de contacto: [juanvegadue@gmail.com](mailto:juanvegadue@gmail.com)



Recibido:02/09/2019

Aceptado:23/11/2019

### ABSTRACT

Knowing the effect of Ramadan in emergency services is important for health professionals. There are no clinical practice guidelines for this care and this systematic review can help health professionals in the approach to this event. The objective is to know the characteristics of the attention given in the emergency services and emergencies to members of the Muslim

religion during the fasting of Ramadan. A systematic bibliographic search was carried out in Pubmed, Scopus, WoS, Cinhal and specialized journals databases. Inclusion criteria: English and Spanish language, articles published from 2007 to 2018 and in the field of emergencies and emergencies. Identified 58 articles, of which 19 were selected. The methodological quality was assessed with PRISMA, STROBE and CONSORT. The findings were the main diseases / types of emergencies attended and the volume of people attended in the emergency services during Ramadan. Caring for Muslim patients implies knowing their

needs in their cultural context and values, being important for nursing to know them to offer culturally appropriate care. It is necessary to strengthen the training

**Keywords:** Nursing, transcultural nursing, ramadan fasting, emergencys, critical care.

## RESUMEN

Conocer el efecto del Ramadán en servicios de urgencias resulta de importancia para los profesionales sanitarios. No existen guías de práctica clínica para esta atención y esta revisión sistemática puede ayudar a los profesionales sanitarios en el abordaje de este suceso. El objetivo es conocer las características de la atención prestada en los servicios de urgencias y emergencias a miembros de la religión musulmana durante el ayuno del Ramadán. Se realizó una búsqueda bibliográfica sistematizada en las bases de datos Pubmed, Scopus, WoS, Cinhal y en revistas especializadas. Criterios de inclusión: idioma inglés y español, artículos publicados desde 2007 hasta 2018 y en el ámbito de urgencias y emergencias. Identificados 58 artículos, de los cuales fueron seleccionaron 19. La calidad metodológica se valoró con PRISMA, STROBE y CONSORT. Los hallazgos encontrados fueron las principales enfermedades / tipos de urgencias atendidas y el volumen de personas atendidas en los servicios de urgencias y emergencias durante el Ramadán. El cuidado hacia pacientes musulmanes implica conocer sus necesidades en su contexto cultural y de valores, siendo importante para la enfermería conocerlos para ofrecer cuidados culturalmente apropiados. Es necesario reforzar la formación en enfermería transcultural para garantizar mejores cuidados y calidad asistencial.

**Palabras clave:** Cuidados de enfermería, enfermería transcultural, ayuno de ramadán, urgencias médicas, cuidados críticos.

## RESUMO

Conhecer o efeito do Ramadã nos serviços de emergência é importante para os profissionais de saúde. Não há diretrizes de prática clínica para este cuidado e esta revisão sistemática pode auxiliar os profissionais de saúde na abordagem deste

evento. O objetivo é conhecer as características da atenção dada nos serviços de emergência e emergências aos membros da religião muçulmana durante o jejum do Ramadã. Uma busca bibliográfica sistemática foi realizada nas bases de dados Pubmed, Scopus, WoS, Cinhal e periódicos especializados. Critérios de inclusão: inglês e espanhol, artigos publicados de 2007 a 2018 e no campo de emergências e emergências. Foram identificados 58 artigos, dos quais 19 foram selecionados e a qualidade metodológica foi avaliada com PRISMA, STROBE e CONSORT. Os resultados foram as principais doenças / tipos de emergências atendidas e o volume de pessoas atendidas nos serviços de emergência durante o Ramadã. Cuidar de pacientes muçulmanos implica conhecer suas necessidades em seu contexto e valores culturais, sendo importante que a enfermagem os conheça para oferecer um cuidado culturalmente adequado. É necessário fortalecer o treinamento.

**Palavras-chave:** Cuidados de enfermagem, enfermagem transcultural, jejum do Ramadã, emergências médicas, cuidados intensivos.

## INTRODUCCIÓN

Según datos del Foro Pew sobre Religión y Vida Pública, hay un total de 1,8 billones de musulmanes en el mundo, lo que representa un 23% de la población mundial (Pew Research Center, 2017). Además, se estima que, en 2050, la población musulmana crecerá hasta llegar a los 2,8 billones (Pew Research Center, 2017).

La religión islámica es la segunda religión de las principales religiones minoritarias de España. De entre las confesiones con acuerdo con el estado español, se encuentran los musulmanes, con alrededor de 1.887.906 fieles pertenecientes a esta confesión (Ministerio de Justicia,

2016) y un total de 1.532 lugares de culto, situándose Andalucía en segundo lugar tras Cataluña, con 1.062 lugares de culto (Ministerio de Justicia, 2017).

Los musulmanes consideran que la salud es un regalo de Dios, y son conscientes, por las palabras de Mahoma, de que deben cuidarla mediante una buena alimentación, ejercicio y un sueño correcto (Miklancie, 2007). La salud para ellos se define como un estado de bienestar físico, psicológico, social y espiritual, por lo que, además de a las necesidades físicas, muchas veces los musulmanes dan gran prioridad a sus necesidades espirituales, y es necesario que el personal sanitario respete sus necesidades en este sentido (Rassool, 2015). Para ellos, una enfermedad es una prueba de Dios que sirve como señal de que deben reforzar su salud y la manera en la que siguen los principios del Islam (Rassool, 2015). Es una parte más del plan de Dios, que les permite limpiar sus pecados durante el proceso, y que deben llevar con paciencia. La recuperación de la enfermedad también llega por la voluntad de Dios, y el personal sanitario uno de los medios por los que se les proporciona dicha recuperación (Ezenkwele y Roodsari, 2013).

El ayuno del Ramadán es uno de los cinco pilares del islam. El mes en el cual se celebra es el noveno mes del calendario lunar musulmán (*Hijra*) y tiene un gran significado para los musulmanes ya que

representa el mes de la revelación del Corán a Mahoma. El calendario islámico es un calendario lunar, en el que los años se calculan en función de los ciclos de la luna, y dura 354 días (Bragazzi, 2014).

El ayuno durante el Ramadán dura desde la salida hasta la puesta de sol y dependiendo del año del momento del año y de la localización, el ayuno puede durar entre 8 y 16 horas (serán más cortos en invierno). En regiones polares, a unos 64° de latitud, puede haber hasta 22 horas de sol al día, por lo que a los musulmanes que viven en estas regiones se les recomienda usar los horarios de ayuno de la Meca, o de la zona templada más cercana (Molla, 2003).

Durante las horas de ayuno del Ramadán, los musulmanes deben abstenerse de comer, beber, fumar, mantener relaciones sexuales, y recibir medicación ya sea vía oral o parenteral (Ezenkwele y Roodsari, 2013). Precisamente en el campo de la salud es especialmente importante tener en cuenta la diversidad religiosa de sus usuarios debido a la dimensión espiritual del proceso salud-enfermedad, al derecho a la libertad religiosa que va más allá de los derechos de atención puramente clínica, a la necesidad de consideración en los servicios hospitalarios de las creencias religiosas del paciente dentro del concepto multidimensional de la salud y a la necesaria humanización constante de los servicios sanitarios (Observatorio del pluralismo religioso en

España, 2011). El conocer la atención prestada en los servicios de urgencias y emergencias durante el ayuno del Ramadán ya no es algo que se limite exclusivamente a los países árabes. Hoy día vivimos en una sociedad globalizada y el conocimiento de dicho evento resultará clave en la atención a los pacientes musulmanes, ayudándonos a conocerlos mejor y a que la atención que se les brinde sea de calidad.

Enfermería es una disciplina que se ha interesado por mirar a la persona desde una perspectiva integral, contemplando con ello las necesidades espirituales de los pacientes. Incluso en el sistema clasificación taxonómica para los diagnósticos de enfermería propuesto por la North American Nursing Diagnosis Association Internacional (NANDA-I) se contemplan diagnósticos espirituales. Sin embargo, a pesar de la evidenciada relación con entre conductas de salud y la religiosidad en las valoraciones enfermeras el patrón “creencias y valores” es poco abordado y este aspecto suele no ser valorado (NANDA Internacional, 2013).

Por ello, los/las enfermeros/as deben ofrecer unos cuidados de calidad respetando las diferencias culturales existentes entre las diversas religiones, así como eludir estereotipos e individualizar a cada paciente. Debe poseer un conocimiento básico de las diferentes prácticas y creencias que se dan entre los diversos grupos religiosos. Por ello, para llevar a cabo este cometido es

necesario integrar el concepto de “competencia cultural” dentro del quehacer diario de nuestra profesión para que podamos, por un lado, ofrecer unos servicios sanitarios culturalmente competentes, y por otro, dirigir tanto las acciones como decisiones hacia resultados positivos y eficaces (Fuertes et al., 2010).

Por ello, se plantea la presente revisión con el objetivo de conocer la atención prestada en los servicios de urgencias y emergencias a usuarios miembros del Islam durante el Ramadán.

## **METODOLOGÍA**

Siguiendo las recomendaciones de la Declaración PRISMA se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la literatura científica desde octubre hasta mayo de 2018 en las bases de datos Pubmed, WOS, Scopus y CINHALL, limitándose la búsqueda al período comprendido entre 2007 y 2018.

Para ello se han utilizado los descriptores DeCs “Ramadan”, “Ramadan fasting” and “Emergency”. Para formular las estrategias de búsqueda, se combinaron dichos términos utilizando los operadores booleanos AND y OR. Los resultados obtenidos se completaron con búsqueda libre en la revista especializada Journal of Nutrition, Fasting and Health. A continuación, se muestra en la siguiente tabla las bases de datos utilizadas, la estrategia de búsqueda llevada a cabo, los resultados encontrados, así como el número de artículos que fueron finalmente

seleccionados y el idioma en el que se realizó Finalmente fueron 19 los artículos

**Tabla 1. Estrategias de búsqueda**

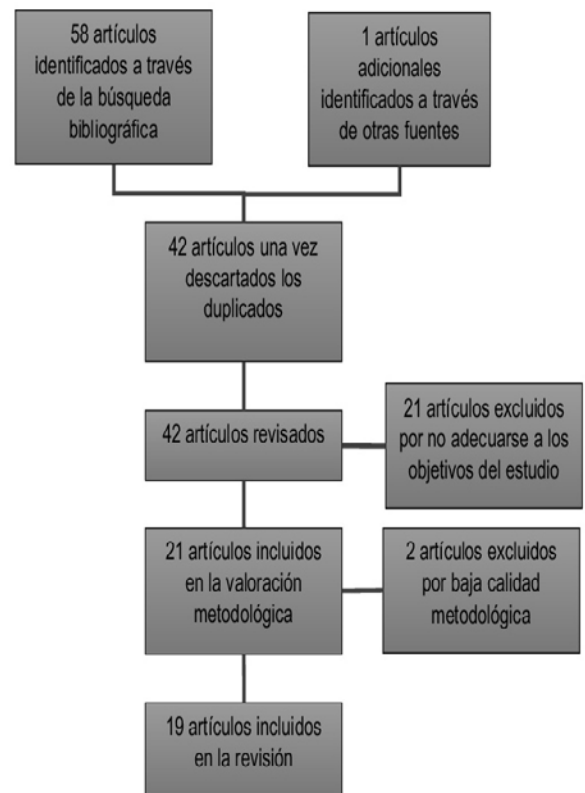
Bases de datos	Estrategia de búsqueda	Resultados	Artículos seleccionados
Pubmed	(Ramadan AND ("fasting OR "fasting) AND ("emergencies" OR "emergencies" OR "emergency"	25	8
WOS	(ramadan fasting) AND (emergenc*)	14	4
Scopus	"ramadan fasting" AND emergenc*	10	4
Cihnal Complete	ramadan fasting AND emergency.	9	2
Journal of Nutrition, Fasting and Health	Ramadan fasting AND emergenc*	1	1
<b>TOTAL:</b>		<b>59</b>	<b>19</b>

*Fuente: Elaboración propia.*

dicha búsqueda.

seleccionados (Figura 1).

**Figura 1: Flujograma**



Fuente: Elaboración propia

La búsqueda de información se llevó a cabo de manera independiente por dos investigadoras (MNA, RDC) siendo del 95% el porcentaje de acuerdo en lo referente a la inclusión/exclusión de los estudios. Se establecieron como criterios de inclusión la publicación de los mismos entre 2007 y 2018 y que estuviesen publicados en inglés o español.

Los resultados de cada etapa se fueron consensuando y las discrepancias fueron resueltas con el arbitraje del tercer revisor (JVE), quien completó los resultados con hallazgos encontrados mediante búsqueda libre en una revista especializada.



### Cultura de los Cuidados

Una vez seleccionados los estudios, se realizó una lectura a texto completo de

cada uno y se procedió a valorar la calidad metodológica de los mismos con las

herramientas PRISMA,

STROBE y CONSORT, en

función de la naturaleza de los mismos.

### RESULTADOS

Tras el análisis de los resultados, dos fueron los hallazgos encontrados: las principales enfermedades/ tipos de urgencias y el volumen de personas atendidas en los servicios de urgencias y emergencias durante el periodo de ayuno del Ramadán.

Se llevó a cabo una doble clasificación de los artículos; por una parte se agruparon según las principales enfermedades y los tipos de urgencias atendidas: relacionados con eventos coronarios agudos (1 artículo), complicaciones de la diabetes (4 artículos), accidentes de tráfico y altercados (3 artículos), y complicaciones gastrointestinales (5 artículos). Por otra parte, respecto al volumen de personas atendidas, un total de 8 artículos encontraron un aumento en el acceso a los servicios de urgencias, 5

Tabla 2 - Artículos clasificados según las principales enfermedades y los tipos de urgencias y tipo de efecto

Enfermedad/Tipo de urgencia	Referencias	Tipo de efecto observado	Referencias
Eventos coronarios agudos	Suwaidi et al., 2006	Aumento	Suwaidi et al., 2006 Butt, Khan, Ahmed y Eldali, 2016 Memhood, Moin, Khan, Mir y Jooma, 2015 Balhara et al., 2018 Halasa, 2014 Abdolreza et al., 2011 Ozkan et al., 2009 Zuker, 2017
Complicaciones diabetes	Celik, Pinar, Kubat y Salman, 2013 Pinelli y Jaber, 2011 Sifri et al., 2011 Benbarka, Khalil, Beshyah, Marjei y Awad, 2010	Descenso	Al Assaad, Bachir y El Sayed, 2018 Husseiny, Afifi, Eshra y Al Meshaan, 2008 Mohseni y Yousefian, 2016 Molla, 2003 Ministerios de Justicia, 2017 Bener et al., 2006
Accidentes de tráfico y altercados	Mohseni y Yousefian, 2016 Molla, 2003 Memhood et al., 2015 Ministerio de Justicia, 2017	Sin cambios	Celik et al., 2013 Pinelli y Jaber, 2011 Sifri et al., 2011 Memhood et al., 2015 Pekdemir, Elsel, Yilmaz y Uygun, 2010 Cevik, Corbacioglu, Cilkrkici, Oncul y Emetkter, 2016
Complicaciones gastrointestinales (HGA, cólicos renales, úlcera péptica, pancreatitis aguda)	Cevik et al., 2016 Abdolreza et al., 2011 Ozkan et al., 2009 Bener et al., 2006 Zuker et al., 2017		

Fuente: Elaboración propia

un descenso de estos y, por último, 6 artículos no describen cambios en la atención en los servicios de urgencias. En la

Por otro lado, también se ha realizado una tabla de análisis y síntesis con la información esencial procedente

**Tabla 3 - Tabla de análisis y síntesis**

Autor/es	Año, País	Metodología	Objetivos	Principales resultados
Al Assaad et al.	2018, Líbano.	Estudio retrospectivo.	Determinar si varía el volumen de pacientes musulmanes durante el Ramadán en los servicios de urgencias.	El volumen de pacientes musulmanes atendidos durante el Ramadán disminuye.
Butt et al.	2016, Arabia Saudí.	Estudio observacional retrospectivo.	Determinar si se modifica el volumen de pacientes musulmanes atendidos durante el Ramadán en los servicios de urgencias.	Aumenta el nº pacientes musulmanes durante el Ramadán que acuden a urgencias durante el turno de noche.
Cevik et al.	2016, Turquía.	Estudio prospectivo observacional.	Evaluar el cambio en el nº de visitas por cólicos renales en pacientes musulmanes durante el Ramadán	No se evidencian cambios en el nº de visitas por cólicos renales en pacientes musulmanes durante el Ramadán
Mohseni y Yousefian	2016, Irán.	Estudio prospectivo.	Comprobar si varía el número de pacientes musulmanes atendidos durante el Ramadán ingresados accidentes traumatológicos provocados por altercados.	El número de accidentes traumatológicos provocados por altercados disminuye en pacientes musulmanes atendidos durante el Ramadán
Balhara et al.	2018, Emiratos Árabes Unidos.	Estudio retrospectivo.	Determinar si varían los horarios de visitas a urgencias de los musulmanes durante el Ramadán	Existe un incremento de de las visitas de musulmanes durante el Ramadán a partir de la tarde.
Memhood et al.	2015, Paquistán.	Estudio retrospectivo.	Comprobar si existen variaciones en el nº y la naturaleza de accidentes de tráfico de musulmanes durante el Ramadán	Existe un incremento en el número de pacientes musulmanes durante el Ramadán por accidentes de tráfico
Celik et al.	2013, Turquía.	Estudio observacional prospectivo con seguimiento.	Valorar el efecto del Ramadán en la vida diaria y las condiciones metabólicas de las personas diagnosticadas con DMII.	No se observaron efectos negativos del Ramadán en la vida diaria y las condiciones metabólicas de las personas diagnosticadas con DMII. Los pacientes musulmanes durante el Ramadán no acudieron a los servicios de urgencias.
Pinelli y Jaber.	2011, Dearborn, Michigan.	Estudio descriptivo transversal.	Conocer las prácticas y complicaciones entre los musulmanes y americanos con DMII durante el ayuno del Ramadán.	No se ha incrementado la atención en urgencias de los musulmanes durante el Ramadán en relación con los americanos.
Abdolreza et al.	2011, Mashad, Irán.	Estudio prospectivo observacional.	Comparar el número de pacientes musulmanes durante el Ramadán con cólicos renales que acuden a los servicios de urgencias.	Aumenta el nº de pacientes musulmanes durante el Ramadán con cólicos renales durante las dos primeras semanas de ayuno.
Ozkan et al.	2011, Turquía.	Estudio prospectivo observacional.	Evaluar si el Ramadán afecta al nº de pacientes con hemorragia gastrointestinal aguda (HGA).	La proporción de pacientes musulmanes durante el Ramadán con HGA aumenta.
Halasa.	2010, Jordania.	Estudio de cohortes.	Conocer el efecto que produce el ayuno del Ramadán en los servicios de urgencias.	La proporción de pacientes musulmanes durante el Ramadán que acuden a urgencias durante el turno de noche aumenta.
Al Sifri et al.	2010, Egipto, Israel, Jordania, Líbano, Arabia Saudí, Emiratos Árabes Unidos.	Ensayo clínico aleatorio.	Comparar la incidencia de la hipoglucemia sintomática en pacientes con DMII tratados con sitagliptina o con sulfunilurea.	No se dieron casos de asistencia en los servicios de urgencias a pacientes musulmanes durante el Ramadán

siguiente tabla se ve reflejada el suceso observado y las referencias. Quedan expuestos en la tabla 2.

de cada estudio (Tabla 3).

Benbarka et al.	2010, Emiratos Árabes Unidos.	Estudio observacional prospectivo.	Evaluar la influencia del Ramadán en los pacientes con DMI en tratamiento con bomba de insulina.	Del total de 63 pacientes observados, la mayoría (61.2%) ayunaron todo el mes sin problemas, sólo uno acudió a los servicios de urgencias debido a una hiperglucemia por desconexión de la bomba.
Pekdemir et al.	2010, Turquía.	Estudio observacional prospectivo (caso-control)	Conocer los efectos del Ramadán en el uso de los servicios de urgencias.	Las características demográficas y clínicas así como la edad, el sexo, el diagnóstico final, los tiempos de admisión en los servicios de urgencias y el diagnóstico, fueron similares entre los dos grupos.
Husseiny et al.	2008, Kuwait.	Estudio de cohortes retrospectivo.	Estudiar el efecto del ayuno del Ramadán en el número de casos de cirugía de urgencia.	Disminuye el número de pacientes del área quirúrgica de urgencias durante el mes de ayuno del Ramadán.
Suwaidi et al.	2006, Qatar.	Estudio de cohortes prospectivo.	Estudiar la influencia de los cambios de hábitos producidos por el Ramadán en el ritmo circadiano de los eventos cardiacos agudos.	Se observan alteraciones en el ciclo circadiano y en el horario de atención en los servicios de urgencias en pacientes musulmanes durante el Ramadán
Ministerio de Justicia	2007, España.	Estudio observacional prospectivo.	Comprobar si existe un incremento en el nº y la severidad de accidentes de tráfico en pacientes musulmanes durante el Ramadán	La tasa de accidentes disminuye en pacientes musulmanes durante el Ramadán
Bener et al.	2006, Emiratos Árabes Unidos.	Estudio retrospectivo descriptivo.	Estudiar el efecto del Ramadán en la aparición de úlcera péptica y sus complicaciones en pacientes musulmanes.	La frecuencia de aparición es mayor en pacientes después del ayuno del Ramadán que antes del mismo.
Zuker et al.	2017, Israel.	Estudio observacional retrospectivo.	Identificar la influencia del Ramadán en la pancreatitis aguda.	La prevalencia de pancreatitis aguda durante el Ramadán es alta.

*Fuente: Elaboración propia.*

## DISCUSIÓN

Durante el mes del Ramadán son millones de musulmanes los que ayunan entre el amanecer y la puesta de sol. Los estudios muestran cómo afecta el Ramadán en el uso de los servicios de urgencias. Se ha podido ver cuáles son las principales enfermedades y sucesos atendidos durante el ayuno. Asimismo, en distintos estudios, se puede ver cómo influye el ayuno del

Ramadán en el número de personas atendidas.

En lo referente a las enfermedades y sucesos atendidos en los servicios de urgencias, (Çelik et al., 2013; Al Sifri et al., 2010; Pinelli y Jaber, 2011; y Benbarka et al., 2010) destacan como motivos de consulta más frecuentes los relacionados con las complicaciones metabólicas como la

diabetes. De entre las complicaciones gastrointestinales, encontramos el estudio propuesto por Cevik et al., (2016), el cual muestra que ayunar durante el Ramadán no aumenta el número de casos de cólicos renales a los servicios de urgencias; ayunar causa cambios en los metabolitos urinarios que tienen diferentes efectos en la formación de cálculos renales, pero no hay suficiente evidencia acerca de este suceso y su influencia en la formación de cálculos. Por el contrario, Abdolreza et al., (2011), detectaron que el número de pacientes afectados por cólicos renales es mayor durante las dos primeras semanas de ayuno. También, Zuker et al., (2017) encontraron que la prevalencia de pancreatitis aguda durante el ayuno del Ramadán es más alta que durante el resto del año. En el estudio llevado a cabo por Özkan et al., (2011), el número de pacientes diagnosticados con hemorragia gastrointestinal aguda durante el ayuno del Ramadán aumentó significativamente comparado con otros meses. Por último, Bener et al., (2007) detectaron que la frecuencia de aparición de úlcera péptica es mayor después del ayuno que durante el mismo. En el caso de la Diabetes Mellitus, Celik et al., (2013), no observaron cambios negativos en las condiciones metabólicas de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (DMII); en su trabajo, ningún paciente acudió a los servicios de urgencias en relación con dicha patología. De igual modo, Al Sifri et al., (2010), en un estudio que incluyó a 1066

pacientes valorando la incidencia de hipoglucemia en pacientes con DMII tratados con diferentes fármacos, no detectaron una variación en el número de casos durante el Ramadán. En la misma línea, Pinelli y Jaber (2011), en su estudio descriptivo transversal cuyo objetivo era conocer las prácticas y complicaciones entre los árabes americanos con DMII durante el ayuno del Ramadán, no encontraron cambios significativos; la mayoría de los pacientes realizaron el ayuno durante todo el Ramadán y durante el mismo, no comunicaron cambios en la ingesta alimentaria, aumento de peso, cambios en la administración de insulina, así como en las terapias con antidiabéticos orales. Así mismo, el estudio observacional prospectivo realizado por Benbarka et al., (2010) que valoró la influencia del Ramadán en pacientes con Diabetes Mellitus tipo I (DMI) en tratamiento con bomba de insulina, tampoco observó cambios significativos (sólo un paciente acudió a urgencias por desconexión de la bomba). Un resultado similar fue hallado por Pekdemir et al., (2010), en el cual las características clínicas de los pacientes admitidos en los servicios de urgencias, así como el número de pacientes admitidos en dichos servicios por dolencias específicas no cambió significativamente. Respecto al número de personas atendidas, el estudio realizado por Al Assaad et al., (2018) en el Líbano, mostró un descenso en el volumen de personas atendidas durante el ayuno del Ramadán en los servicios de

urgencias, siendo este mayor durante el resto del año. Cevik et al., (2016), no encontraron cambios en el número de visitas a los servicios de urgencias por cólicos renales. Por el contrario, Balhara et al., (2016), Butt et al., (2016), así como Halasa (2010), observaron un incremento en el volumen de pacientes que acuden a los servicios de urgencias a partir de la noche y tarde respectivamente. Otros estudios, como el que compara el número de pacientes que acuden a urgencias con síntomas de cólico renal, de Abdolreza et al., (2011), observaron un aumento durante las dos primeras semanas del Ramadán. Sin embargo, el número de admisiones disminuye durante las dos últimas semanas de ayuno. Así mismo, el estudio de Zuker et al., (2017), observaron que el número de personas que acuden por pancreatitis agudas es mayor durante el ayuno, al igual que otros estudios como los de Özkan et al., (2011) y Suwaidi et al.,<sup>27</sup> (2006), que evidenciaron incrementos en la atención de urgencias. Igualmente, Bener et al., (2006), observaron un aumento en el número de pacientes que acuden a urgencias en relación con la aparición de úlcera péptica después del Ramadán, pero este aumento no es estadísticamente significativo. Destacar el estudio de Memhood et al., (2015) en el cual fueron reclutadas 163.022 personas y en el que se observó un aumento en el número de personas implicadas en accidentes de tráfico durante este periodo. Sin embargo, algunos estudios como el del Observatorio del pluralismo religioso en España en 2007,

acerca del incremento y severidad de los accidentes de tráfico que se producen durante el Ramadán, encontraron un descenso en el número de pacientes admitidos en los servicios de urgencias relacionados con accidentes de tráfico. Al Assad et al., (2017) así como Husseiny et al., (2008) observaron una disminución del número de pacientes que acuden a las urgencias. Este último, encuentra una disminución en el número de pacientes del departamento quirúrgico. Por último, Mohseni y Yousefian (2016), observan que el número de pacientes que acuden a urgencias debido a traumatismos producidos por altercados disminuye respecto a otras épocas del año.

## CONCLUSIONES

Las enfermedades/ tipos de urgencias atendidas de personas atendidas en los servicios de urgencias y emergencias durante el periodo de ayuno del Ramadán más prevalentes son los eventos coronarios agudos, las complicaciones de la Diabetes Mellitus, las complicaciones gastrointestinales (HGA, cólicos renales, úlcera péptica, pancreatitis aguda) y los accidentes de tráfico y los altercados.

Respecto al volumen de personas atendidas en los servicios de urgencias y emergencias, no se encuentra unanimidad en si aumenta, desciende o no muestra cambios la asistencia durante el periodo de ayuno del Ramadán.

El impacto del ayuno del Ramadán en los servicios de urgencias y emergencias junto con la inmigración es hoy día un fenómeno

real y por ello, como profesionales de la salud, enfermería tiene que adaptarse a los nuevos cambios y realidades. Somos parte de una profesión que está en continuo cambio y renovación y por ello, debemos saber adaptarnos a los nuevos retos que se nos plantean diariamente.

El cuidado hacia pacientes musulmanes implica conocer sus necesidades en el contexto de su propia cultura y valores, siendo de especial importancia para enfermería el conocerlas para ofrecer cuidados culturalmente apropiados. La falta de competencia cultural para el cuidado es un problema que debe ser resuelto ya que la conciencia cultural es esencial para el cuidado óptimo hacia estos pacientes.

### BIBLIOGRAFÍA

- Abdolreza, N., Omalbanin, A., Mahdieh, T. S., Mohammad Ali, M. R., Reza, M. S. A., Maryam, S., & Mohsen, N. (2011). Comparison of the number of patients admitted with renal colic during various stages of peri-Ramadan month. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation : An Official Publication of the Saudi Center for Organ Transplantation, Saudi Arabia*, 22(6), 1199–1202. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2089781>
- Al Assaad, R. G., Bachir, R., & El Sayed, M. J. (2018). Impact of Ramadan on emergency department visits and on medical emergencies. *European Journal of Emergency Medicine*, 25(6), 440–444. Retrieved from <https://doi.org/10.1097/MEJ.0000000000000485>
- Al Sifri, S., Basiounny, A., Echtay, A., Al Omari, M., Harman-Boehm, I., Kaddaha, G., ... Engel, S. S. (2011, November). The incidence of hypoglycaemia in Muslim patients with type 2 diabetes treated with sitagliptin or a sulphonylurea during Ramadan: A randomised trial. *International Journal of Clinical Practice*. <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2011.02797.x>
- Al Suwaidi, J., Bener, A., Gehani, A. A., Behair, S., Al Mohanadi, D., Salam, A., & Al Binali, H. A. (2006). Does the circadian pattern for acute cardiac events presentation vary with fasting? *Journal of Postgraduate Medicine*, 52(1), 30-3; discussion 33-4. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16534161>
- Alkandari, J. R., Maughan, R. J., Roky, R., Aziz, A. R., & Karli, U. (2012). The implications of Ramadan fasting for human health and well-being. *Journal of Sports Sciences*, 30(SUPPL.1), S9–S19. Retrieved from <https://doi.org/10.1080/02640414.2012.698298>
- Balhara, K. S., Levin, S., Cole, G., Scheulen, J., Anton, X. P., Rahiman, H. A. F., & Stewart De Ramirez, S. A. (2018). Emergency department resource utilization during Ramadan: Distinct and reproducible patterns over a 4-year period in Abu Dhabi. *European Journal of Emergency Medicine*, 25(1), 39–45. <https://doi.org/10.1097/MEJ.0000000000000405>
- Benbarka, M. M., Khalil, A. B., Beshyah, S. A., Marjei, S., & Awad, S. A. (2010). Insulin Pump Therapy in Moslem Patients with Type 1 Diabetes During Ramadan Fasting: An Observational Report. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 12(4), 287–290.

### Cultura de los Cuidados

- Bener, A., Derbala, M. F., Al-Kaabi, S., Taryam, L. O., Al-Ameri, M. M., Al-Muraikhi, N. M., & Al-Mansoor, T. M. (2006). Frequency of peptic ulcer disease during and after Ramadan in a United Arab Emirates hospital. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 12(1–2), 105–111. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17037227>
- Bragazzi, N. L. (2014). Ramadan fasting and chronic kidney disease: A systematic review. *Journal of Research in Medical Sciences: The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 19(7), 665–676. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25364369>
- Butt, T., Khan, H. U., Ahmed, I., & Eldali, A. (2016). Emergency department attendance patterns during Ramadan. *Annals of Saudi Medicine*, 36(4), 258–264.
- Çelik, S., Pinar, R., Kubat Üzümlü, A., & Salman, S. (2013). Tip 2 diyabetli hastalarda oruç tutmanı hastaları günlük yaşam rutinlerine ve metabolik durumlarına etkisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 33(5), 1266–1273. Recuperado de <https://doi.org/10.5336/medsci.2012-33028>
- Center, P. R. (n.d.). *La cambiante metodología del paisaje global*. Retrieved from <http://www.pewforum.org/2017/04/05/appendix-b-methodology-for-this-report/>
- Center, P. R. (n.d.). El futuro de las religiones del mundo: proyecciones de crecimiento de la población, 2010-2050 | Centro de Investigación Pew. Retrieved from <http://www.pewforum.org/2015/04/02/religious-projections-2010-2050/>
- Cevik, Y., Corbacioglu, S. K., Cikrikci, G., Oncul, V., & Emektar, E. (2016). The effects of ramadan fasting on the number of renal colic visits to the emergency department. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 32(1), 18–21. Recuperado de <https://doi.org/10.12669/pjms.321.8248>
- Ezenkwele, U. A., & Roodsari, G. S. (2013). Cultural Competencies in Emergency Medicine: Caring for Muslim-American Patients from the Middle East. *The Journal of Emergency Medicine*, 45(2), 168–174. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2012.11.077>
- Fuertes, C., Trujillo, E., Pinillos, M. A., Balanzó, X., Miró, Ó., & Burillo-Putze, G. (2010). La atención a la diversidad en urgencias. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(1), 149–161. Retrieved from [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272010000200016&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200016&nrm=iso)
- Halasa, W. (2014, August 1). Effect of Ramadan fasting on emergency walk-in-clinics in Jordan. *British Journal of General Practice*. British Journal of General Practice. <https://doi.org/10.3399/bjgp14X680833>
- Husseiny, A. M., Afifi El-Sayed, M., Eshra, A., & Al-Meshaan, M. (2008). The effect of Ramadan fasting on surgical emergency attendants. *Kuwait Medical Journal*, 40, 124–126.
- Mehmood, A., Moin, A., Khan, I. Q., Mir, M. U., & Jooma, R. (2015). Vulnerable road users are at greater risk during ramadan — Results from road traffic surveillance data. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 65(3), 287–291. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25933563>
- Miklancie, M. A. (2007). Caring for Patients of Diverse Religious Traditions. *Home Healthcare Nurse: The Journal for the Home Care and Hospice Professional*, 25(6), 413–417.

- <https://doi.org/10.1097/01.NHH.0000277692.11916.f3>
- Ministerio de Justicia. (2017). Observatorio del pluralismo religioso en España. Explotación de datos. Directorio de lugares del culto. Retrieved from [http://www.observatorioreligion.es/upload/20/10/Explotacion\\_Directorio\\_dicie\\_mbre\\_2017.pdf](http://www.observatorioreligion.es/upload/20/10/Explotacion_Directorio_dicie_mbre_2017.pdf)
  - Ministerio de Justicia. (2017). Informe anual sobre la situación de la libertad religiosa en España 2016. Retrieved from [http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/1292428610708?blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadername2=Grupo&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3DInforme\\_anual\\_sobre\\_la\\_situacion\\_de\\_la\\_libertad\\_religiosa\\_en\\_España](http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/1292428610708?blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadername2=Grupo&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3DInforme_anual_sobre_la_situacion_de_la_libertad_religiosa_en_España)
  - Mohseni, G., & Yousefian Molla, R. (2016). Comparison of the rates of fight-related trauma admissions in Ramadan and the non-Ramadan months during 8 years in public hospitals in Kermanshah, Iran. *Journal of Nutrition, Fasting and Health*, 4(4), 152–155. <https://doi.org/10.22038/jfh.2017.20772.1078>
  - Molla, A. M. (2003). Effects on health of fluid restriction during fasting in Ramadan. *European Journal of Clinical Nutrition*, 57(S2), S30–S38. <https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1601899>
  - NANDA International. (2013). *Diagnostico Enfermeros. Definiciones y clasificación 2012 - 2014*. <https://doi.org/978-84-9022-026-9>
  - Observatorio del pluralismo religioso en España. (2011). *Guía de gestión de la diversidad religiosa en los centros hospitalarios. Ministerio de Sanidad, política social y igualdad. ONT*. Retrieved from [http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Guia\\_gestion\\_diversidad\\_religiosa.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Guia_gestion_diversidad_religiosa.pdf)
  - Özkan, S., Durukan, P., Akdur, O., Vardar, A., Torun, E., & Ikizceli, I. (2009). Does Ramadan fasting increase acute upper gastrointestinal haemorrhage? *Journal of International Medical Research*, 37(6), 1988–1993. <https://doi.org/10.1177/147323000903700637>
  - Pekdemir, M., Ersel, M., Yilmaz, S., & Uygun, M. (2010). No Significant Alteration in Admissions to Emergency Departments During Ramadan. *Journal of Emergency Medicine*, 38(2), 253–256. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2008.03.013>
  - Pinelli, N. R., & Jaber, L. A. (2011). Practices of Arab American patients with type 2 diabetes mellitus during Ramadan. *Journal of Pharmacy Practice*, 24(2), 211–215.
  - Rassool, G. H. (2015). Cultural competence in nursing Muslim patients. *Nursing Times*, 111(14), 12–15. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26182584>
  - Zuker Herman, R., Shiber, S., Dresher, M., Agabaria, A., Bleetman, T., & Drozdinsky, G. (2017). High Prevalence of Acute Pancreatitis during the Ramadan Fast. *Prehospital and Disaster Medicine*, 32(S1), S62. doi: <https://doi.org/10.1017/S1049023X17001686>



## **Interculturalidad: una apuesta en la formación de los profesionales enfermeros**

**Interculturality: a position on training of nursing professionals**

**Interculturalidade: uma aposta na formação de profissionais de enfermagem**

**Adriana Lucia Valdez Fernandez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Candidata a Doctora en ciencias de la educación. Docente asistente de Planta/Programa de Enfermería/ Facultad Ciencias de la Salud. Universidad del Cauca. Colombia. Correo electrónico: [adrianitalvf@unicauca.com](mailto:adrianitalvf@unicauca.com)

Cómo citar este artículo en edición digital: Valdez-Fernández, A. (2019). Interculturalidad una apuesta en la formación de los profesionales enfermeros. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 23 (55) Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.55.18>

Correspondencia: Calle 25N # 9-00 Torres del Rio Bloque E, Apartamento 204.  
Correo electrónico de contacto: [adrianitalvf@unicauca.com](mailto:adrianitalvf@unicauca.com)



*Recibido:14/09/2019*

*Aceptado:22/11/20<sup>o</sup>19*

## ABSTRACT

Although the existence of multi-ethnic and pluricultural societies is not new, the perspective of equality and recognition has remained on paper, without permeating citizen attitudes. Migrations and globalization have led to greater international awareness of interculturality, facing challenges at the educational and health care levels, generating regulations in relation to protection and respect for diversity. The emergence and development of the concept of interculturality in education allows us to reflect on its importance and the role it has been given in health and nursing training. It is evident that institutional efforts have been insufficient, as the coloniality of being and knowledge continues to prevail, since Anglo-Saxon and European positions are still assumed that are in tension with the Latin American context. Nursing is still on the way to forging interculturality, it is important to include the subject in the training of professionals, which contributes to the construction of self-care. The proposal of this article is to approach the notion of interculturality from education and health, to re-think epistemologically another look at the training of professionals in nursing.

**Keywords:** cultural competency, education, nursing, nursing care.

## RESUMEN

A pesar de que la existencia de sociedades pluriétnicas y pluriculturales no es nueva, la perspectiva de igualdad y reconocimiento ha quedado en papel, sin permear las actitudes ciudadanas. Las migraciones y la propia globalización han llevado a mayor consciencia internacional sobre la interculturalidad, enfrentando retos a nivel educativo y de atención en salud, generando regulaciones en relación a la protección y el respeto a lo diverso. El surgimiento y desarrollo del concepto de interculturalidad en la educación, permite

reflexionar acerca de su importancia y papel en la formación en salud y enfermería. Se evidencia que los esfuerzos institucionales han sido insuficientes, por cuanto sigue primando la colonialidad del ser y saber, ya que aún se asumen posturas anglosajonas y europeas que entran en tensión con el contexto latinoamericano. En enfermería aún se está en camino de forjar interculturalidad, siendo importante incluir la temática en la formación de los profesionales, que contribuya a la construcción de un cuidado propio. La propuesta de este artículo es abordar la noción de interculturalidad desde la educación y la salud, para repensar epistemológicamente otra mirada en la formación de profesionales en enfermería.

**Palabras clave:** interculturalidad, educación, enfermería, atención de enfermería.

## RESUMO

Embora a existência de sociedades multiétnicas e pluriculturais não seja nova, a perspectiva de igualdade e reconhecimento permaneceu no papel, sem permear as atitudes dos cidadãos. As migrações e a própria globalização levaram a uma maior conscientização internacional da interculturalidade, enfrentando desafios nos níveis educacional e de saúde, gerando regulamentações em relação à proteção e respeito à diversidade. O surgimento e desenvolvimento do conceito de interculturalidade na educação nos permite refletir sobre sua importância e papel na formação em saúde e enfermagem. É evidente que os esforços institucionais têm sido insuficientes, pois a colonialidade do ser e do conhecimento continua a prevalecer, uma vez que ainda se assumem posições anglo-saxônicas e européias que estão em tensão com o contexto latino-americano. A enfermagem ainda está em vias de forjar a interculturalidade, é importante incluir o tema na formação dos profissionais, o que contribui para a construção do autocuidado. A proposta deste artigo é abordar a noção de interculturalidade a partir da educação e saúde, para repensar epistemologicamente outro olhar sobre a formação de profissionais em enfermagem.

**Palavras chave:** competência cultural, educação, enfermagem, cuidados de enfermagem.

## **INTRODUCCIÓN**

Históricamente, han existido diversas sociedades multiculturales (Lucassen et al., 2010), sin embargo, la preocupación por la interacción entre culturas, su trato y comunicación es una temática reciente. A nivel mundial, este interés se empieza a manifestar como resultado de la globalización y el auge de la migración, motivo al desafío que representan las diferencias culturales para los sistemas educativos (Portera, 2008). Así mismo, esta migración a países europeos, ha evidenciado a nivel de salud, que es necesario tener en cuenta las diferencias culturales, pues el trato del cuidador y el respeto por sus creencias, resultan prioritarios para los sujetos de cuidado (Cheraghi et al., 2015). El caso resulta preocupante en países latinoamericanos, como Colombia, caracterizados por su diversidad social, cultural y étnica. Pues, aunque se han planteado proyectos y leyes encaminados a mejorar prácticas de respeto a la diversidad cultural, social y étnica, el trato en general de la interculturalidad ha resultado insuficiente.

## **DESARROLLO DEL TEMA**

Partiendo de lo anterior, se plantea una revisión reflexiva acerca del papel de la interculturalidad en la educación de profesionales enfermeros. Considerando que

su quehacer está caracterizado por el contacto directo y permanente con el sujeto de cuidado, en donde se aplican conocimientos científicos que pueden entrar en conflicto con las creencias sociales y culturales particulares. Se tratará primero brevemente el concepto de interculturalidad desde lo teórico, para hablar del surgimiento del concepto en el ámbito educativo, sustentando la base para el papel de la interculturalidad en la salud y, finalmente, evidenciar el acercamiento al concepto en enfermería, el cual es manejado desde la transculturalidad.

### **Interculturalidad**

El concepto de interculturalidad, surge ante la necesidad de ir más allá de la concepción de multiculturalismo, respondiendo a un enfoque que no solo respeta y reconoce al otro diverso étnica y culturalmente, sino que le hace parte de la sociedad en que conviven, no cómo otro que debe adaptarse, sino como un formador de la realidad que comparten (Cantle, 2012). A nivel legislativo internacional se genera el convenio 169 de 1989 de la Conferencia de la Organización Internacional del Trabajo [OIT]. En el documento se plantea que las políticas públicas incluyan los conceptos de interculturalidad y etnicidad, con el fin de buscar la seguridad social, ofreciendo igualdad y respeto por las diferencias de los pueblos indígenas, teniendo en cuenta las condiciones socioculturales y económicas de los pueblos y sus tradiciones, las cuales se deben mantener y respetar (OIT, 1989).

### **Interculturalidad en Educación**

La interculturalidad como concepto, surge desde la reflexión y la empatía que genera la experiencia de convivir con quienes son diferentes. En un primer momento de reconocimiento étnico y cultural, se empiezan a resaltar las dificultades de acceso a la educación por aquellos que tienen diferentes lenguas. Surgen así los derechos lingüísticos, que apoyan la diversidad y ponen como punto de partida la defensa, pero en su evolución terminan valorando la diversidad y el fomento de este patrimonio. De modo que, la educación intercultural, se puede ver en un principio planteada como educación intercultural bilingüe (que en la praxis responde a multiculturalismo), en donde se concibe la heterogeneidad como un problema o déficit que compensar. Es en la búsqueda de dar solución a esta problemática, donde se evidenció que la interculturalidad permite una formación holística, por medio del intercambio cultural, las relaciones entre iguales, el mantenimiento de la lengua de los indígenas y el respeto por lo diverso (Bigot, 2010). Este valor agregado de educación intercultural bilingüe, llevo a que en Europa y Canadá la interculturalidad se plantee como concepto fundamental de educación. El mismo proceso reflexivo, pero sobre estudiantes extranjeros en educación universitaria, reveló la importancia de formar profesionales que sean tolerantes y se acerquen a otras culturas (Günçavdi & Polat,

2016). Surgiendo el concepto de competencia intercultural, (en realidad competencia cultural, en la medida que no pone como iguales ambas culturas), que hace referencia al conocimiento, comportamiento y comprensión de las otras culturas, que favorecen mejores relaciones en ambientes diversos. Los modelos creados (en Europa) se han caracterizados por apoyar en la mejora del lenguaje al migrante, siempre armonizando lo cultural entre los nativos y los extranjeros, buscando la efectividad en la comunicación, cultural y lingüística, y sus efectos en el aprendizaje. En esta preocupación centrada en lo lingüístico, se denota más un uso de la interculturalidad para mejorar la posición del grupo mayoritario, por medio de una facilitación a su adaptación con lo diverso. Siendo entonces un tipo de educación cultural, pues no existe el diálogo entre ambas partes, evidenciando un largo camino por recorrer.

Posteriormente se desarrolló el concepto de sensibilidad intercultural, como un tipo de competencia intercultural ligado a los aspectos emocionales. Subrayando que, si bien la interculturalidad teórica y legal puede afianzarse desde pautas establecidas, reglando la necesidad de respetar las diferencias, aportar a la comunicación y entendimiento del otro, ayudar a preservar sus claves lingüísticas; no se puede hablar de aceptación de lo diverso, sino hay una relación de emoción positiva en los encuentros. Así, esta solo se genera desde la acción y participación., centrándose en la

aceptación, respeto e inclusión del otro. Precisando una perspectiva de relación de igualdad, en la que no se exige ser iguales. De modo que, a nivel educativo se requiere por parte de los profesores el establecimiento de metas integrales en el desarrollo humano, pues el concepto en sí, implica que se maneje el trabajo en autoestima, automonitoreo, empatía, interés en la interacción cultural, imparcialidad y una actitud no discriminatoria (Chen & Starosta, 1997).

En consecuencia, solo desde el desarrollo humano, se puede hablar de un acercamiento y diálogo real entre culturas. En este sentido, el autoconocimiento permite ver que la identidad con el propio grupo cultural suele aglutinar otras formas comunes de convivencia, la familia, la comunidad, el territorio, la lengua común, entre otros; permitiendo extrapolar aquellas vivencias y particularidades propias, donde para él también estos aspectos de la vida constituyen un mecanismo básico que fortalece la estructura interna personal y grupal. Igualmente, el trabajo personal, permite que la persona se conozca y acepte tal como es, con lo positivo e incluso lo negativo, entendiendo que el otro también presenta dichas dicotomías. Es así, como valorar lo propio, aunque otros lo rechacen, es un punto de partida para construir una relación de interculturalidad, donde se parte desde la singularidad, reconociendo a la otredad y llegando a un diálogo entre iguales que son diferentes.

Para cumplir con los preceptos de la interculturalidad a nivel educativo, es necesario realizar un proceso de decolonización. Lo anterior en razón a que subyace una colonia ideológica que lleva a distintas poblaciones, sobre todo latinoamericanas, a adoptar normas y procesos extranjeros (principalmente europeos) cómo propios y sin contextualizar (Lara-Guzmán, 2015). Así, es necesario desmontar estas creencias y la influencia directa que tienen los procesos “estandarizados” pues en su mayoría no son representativos. En el caso latinoamericano, la interculturalidad pensada desde la migración, fomenta la creencia del nativo y el extranjero, que niega el punto crucial de la igualdad, además que la pluralidad latinoamericana está arraigada, pues hemos compartido territorio, no existe el extranjero, solo el diferente étnica, cultural o socialmente hablando. Así, la visión de interculturalidad se debe forjar desde la igualdad, respeto e integración, no desde la inclusión del otro externo.

La adopción de posturas propias es un reto, pero no se puede extrapolar relaciones en donde no compartimos características básicas, pero si se puede partir de la reflexión acerca de la importancia de estos procesos. Aquí, en la decolonización se resalta el conocimiento de la propia cultura y particularidades del grupo, requiriendo sensibilidad intercultural para alcanzar la decolonización. La pedagogía que se necesita, debe pensarse

más allá de lo disciplinar, pues se plantea en un análisis de bases epistémicas, de comportamientos y realidades que no son únicas y en donde lo diferente tiene igual validez.

Por lo tanto, para la educación se requiere, según la orientación de Fornet-Betancourt (1996), empezar por el debate-diálogo permanente entre el blanco, mestizo, indígena y afrodescendiente, buscando lo propio en aquellas raíces culturales, resaltando donde nos unimos y donde divergimos como personas y como grupos culturales. Se parte desde este conocimiento propio, existencial, en donde se debe alejar el colonialismo que nos lleva a excluir al otro en beneficio propio, negando la dignidad humana de las minorías, de lo diverso. Es decir, se busca la interculturalidad crítica, entendida como una relación entre culturas que cuestiona la estructura de poder, que parte desde las personas para cambiar el ordenamiento establecido propio de la colonialidad (Walsh, 2009). Así, quienes se dedican a la formación, es necesario que incluyan un trabajo práctico, de carácter inclusivo, interactivo y no reduccionista. Centrándose en propiciar “el surgimiento de un espíritu de admisión, respeto y solidaridad, y la determinación del espacio, de lo propio y de lo ajeno, producto de la convivencia, la solidaridad y asumiendo al otro en su alteridad y exterioridad” (Fornet-Betancourt, 1996, p. 170). Es decir, ir más allá del transmitir conocimiento, llevando a

la emancipación y lucha por la igualdad (Dietz, 2017).

### **El reto de la educación intercultural en salud**

Ser profesional en salud, implica la aplicación y el trabajo sobre los conocimientos adquiridos de la profesionalización, mediante la interacción directa con el sujeto de cuidado, y por tanto con la cultura y costumbres del otro, constituyendo las creencias un factor decisivo para la atención en salud. La Organización Mundial de la Salud [OMS] plantea que “la salud es un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad” (1946). Por ello, el trabajo del profesional en salud, es el atender asumiendo las tres dimensiones individuales cómo un todo, no solo responder al área física (o mental) del sujeto de cuidado. De este modo, la interculturalidad resulta ser un avance necesario en el área de la salud, entendiéndose como una apuesta de apertura epistémica, ontológica, política, que no solo se deriva de la coexistencia pasiva, sino que responde al compartir dentro de esta convivencia, donde no debe haber una hegemonía de la mayoría, sino un proceso relacional directo en un contexto desigualdad social. Lo que implicaría un avance necesario en el área de la salud, pues se aboga por mantener el bienestar en las tres áreas, respetando al sujeto en su particularidad y proporcionando la mejor forma de tratamiento posible.

La formación en salud que incluye la interculturalidad, lo realiza partiendo del concepto de ética y bioética, en respuesta a las necesidades planteadas por análisis y defensa de los derechos humanos, que han resaltado el papel de la diversidad cultural y encauzan la interculturalidad como eje fundamental. El enfoque en general es de transmisión de conocimiento, las metodologías no se centran en lo reflexivo y práctico, llevando a que no se pueda hablar de una verdadera formación intercultural (Valdez-Fernández, 2017). Desde los derechos humanos, se plantea igualdad a la diversidad cultural, por lo cual se ha motivado a que los profesionales tomen iniciativas para mejorar la atención desde el respeto de la identidad étnica y cultural, evitando que esto sea un obstáculo para dicha atención (Alarcón, Vidal & Neira-Rozas, 2003).

En general los contextos culturalmente diversos implican que los profesionales de salud requieran de una visión intercultural, por lo cual, la formación de estos profesionales, no se puede dar desde la pasividad, pues lo intercultural cobra importancia en la medida que se vive el diálogo-acción entre culturas. En consecuencia, se necesita de un compromiso personal, puesto que sin disposición no puede existir comunicación real y eficaz entre culturas. Así mismo, se debe abandonar el enfoque centrado únicamente en lo biológico. Se intenta entonces, llevar a la reflexión crítica una propuesta que incluya

la bioética, pero partiendo de la desconstrucción decolonial de los supuestos, en donde no se respeta la norma, sino porque el diálogo con el otro permite una mejor atención y genera bienestar en el sujeto de cuidado. El formar profesionales en interculturalidad, es reconocer críticamente lo que aporta a la diversidad, desarrollando actitudes y aptitudes que faciliten el encuentro con el otro diverso.

### **La educación intercultural en Enfermería**

La enfermería como profesión de la salud, requiere de manera crítica estas competencias. Sin embargo, el concepto de interculturalidad en la educación de profesionales en enfermería es relativamente nuevo y no se puede hablar de una práctica educativa establecida, requiere de mayor profundización, pues surge ante la necesidad evidenciada de la inclusión del trato adecuado ante lo diverso y la inclusión de la bioética en sus prácticas. Este interés se da además en respuesta a normas establecidas por otros países y siguiendo lineamientos estadounidenses y europeos, que no son satisfactorios y adecuados en el marco contextual latinoamericano (Justo, 2009). Resaltando que en enfermería no se habla aun de interculturalidad, sino de transculturalidad.

Al incluir la formación en interculturalidad, como plantea Collins (2016), se parte del desarrollo bioético del estudiante, enfatizando en el papel filosófico que permea la formación del profesional en

enfermería. Donde, su profesionalización ha llevado a una revalorización, ya que sus servicios son requeridos en todas las áreas de la salud, pues tienen papel esencial en el cuidado y proceso de curación (Santacruz, 2007). El quehacer y la formación del enfermero, se puede dividir en tres visiones por las que han pasado y evolucionado, guiando el actuar y práctica de la profesión (Fawcett, 2005).

La primera de reacción, hace referencia al responder a la situación, limitándose al cuidado y llevando una relación unidireccional, donde no se puede dar la interculturalidad debido a que no existe ningún tipo de comunicación y el otro es negado por el tipo de interacción. La segunda, reciprocidad, donde se reconoce la influencia del otro sobre uno mismo, llevando a una idea de relación activa, aunque es una visión más abierta, el conocimiento parte desde el profesional en salud, quien tiene la potestad de decidir lo mejor según la sintomatología y los conocimientos previos a la interacción con el sujeto de cuidado, de modo que, se niegan las diferencias particulares del sujeto. Por último, de simultaneidad, plantea un sujeto holístico y una relación activa, donde se resaltan las diferencias individuales, en esta perspectiva se puede dar el establecimiento de la interculturalidad, en la medida que se acepta más que lo biológico, lo humano, existiendo diferentes modelos conceptuales que abordan este cuidado.

### *Modelos conceptuales en enfermería y cultura*

Existen distintos modelos que plantean la visión del quehacer enfermero con los sujetos de cuidado que son cultural o étnicamente diversos y se dividen en tres corrientes. El primero, la visión de transculturalidad, se ha dado principalmente en Norteamérica, desarrollado por Leininger en 1960, planteado que el rol de cuidador requiere del conocimiento del sujeto de cuidado y, por tanto, la capacidad de afrontar el cuidado de personas con creencias diferentes, pues “a la vez que nuestro mundo se hace más diverso y complejo, una se da cuenta que necesita conocer y entender a las personas que hablan y se comportan de otro modo” (Leininger, 1999, p. 5). Su teoría se basa en la existencia de una universalidad, pero reconociendo las diferencias entre culturas, siendo ambos ejes del cuidado. Además, considera los factores sociales y su influencia en la visión del cuidado. Planteando así, tres prácticas necesarias para la enfermería transcultural: “1. Preservación y mantenimiento de las prácticas culturales de cuidado observadas, 2. Ajuste o negociación de las prácticas de cuidado cultural, y 3. Restructuración y remodelación” (Leininger, 2002, p. 78). Así el cuidado tiene una mirada holística, que se basa en la definición de salud integral y se vive a través de la experiencia.

Surge a partir de este modelo, la iniciativa británica de Papadopoulos y colaboradores en 1998, recalando la



importancia de la inclusión y participación del cliente en las decisiones de su cuidado en salud, requiriendo que el profesional conozca sobre los constructos sociales y sea un promotor de igualdad, teniendo en consideración las creencias, comportamientos y necesidades particulares del otro, abogando por los derechos humanos (Papadopoulos, 2006). Se plantean cuatro ejes conceptuales, el primero es la conciencia, entendida desde el constructo del sistema de valores y la reflexión crítica respecto a los mismos. En segundo lugar, el conocimiento de otras culturas, que hace referencia a la comprensión que se deriva de este conocimiento y las interacciones entre culturas. En tercer lugar, considera la sensibilidad o la predisposición e ideas sobre el otro. Por último, el eje de su teoría y que lo diferencia del planteamiento de Leininger, la competencia cultural, que busca eliminar la discriminación en la práctica de la profesión (Miras-Sampedro & Hernández-Padilla, 2015).

La evolución del modelo de Papadopoulos se diseña completando el concepto de la competencia cultural con la compasión, es conocido como competencia cultural y compasiva, donde la capacidad del profesional en enfermería se centra en entender el sufrimiento y vulnerabilidad del sujeto de cuidado, para así actuar de acuerdo a lo que culturalmente el otro concibe (Papadopoulos et al., 2015). Abogando por la necesidad de la educación de los profesionales, centrándose en la práctica, lo

que ayuda a minimizar la brecha, hasta ahora existente, de la inclusión de la interculturalidad en la legislación y la praxis (Reina, 2018).

Como segundo modelo: humildad cultural, desarrollado en Norteamérica, involucra procesos de autorreflexión y autocrítica, modelo que va más allá del conocimiento sobre particularidades culturales (Foronda, Baptiste & Reinholdt, 2016). De modo que, este concepto además responde a diferentes necesidades políticas, sociales y de clase, llevando a cumplir con los asuntos de conciencia moral de la profesión (Lucas, Groot & Towle, 2013). La humildad cultural genera que se dé un acercamiento real entre los actores, existiendo una posición de mayor respeto hacia el otro. No obstante, aunque el modelo podría ser un acercamiento adecuado a nivel latinoamericano, al estar basado desde una perspectiva migratoria que, como se ha mencionado antes, no responde a nuestra realidad, pues la diversidad de nuestra región no es producto de la migración, no puede ser tenido en cuenta en su totalidad y requiere de una adaptación a la realidad.

Por último, a nivel latinoamericano, se adapta el concepto de competencia cultural por Campinha-Bacote, intentado responder a los cambios demográficos que han llevado a la interacción más directa de profesionales con etnias y culturas diversas a las propias. Propone la competencia cultural, como un proceso prioritario, en donde el proveedor de salud debe estar en

constante esfuerzo por trabajar de manera efectiva ante diversos contextos culturales. (Campinha-Bacote, 2002). Sin embargo, este modelo queda limitado, en la medida en que la relación de poder entre proveedor de salud-sujeto de cuidado, se mantiene, reconociendo la importancia de la cultura en la salud del sujeto, pero sin llevar al diálogo. Si bien existe una aproximación a la interculturalidad, puesto que se crean modelos de intervención y manejo para la diferencia, estos son insuficientes, la formación en enfermería requiere de ir más allá de los conceptos mencionados. Abandonando las relaciones de poder que se mantienen entre el profesional en enfermería y el sujeto de cuidado. Por qué si bien, el cuidador tiene unos conocimientos de partida que le guían a determinadas acciones con el fin de mejorar el bienestar físico del sujeto de cuidado, no se puede ignorar que la salud, desde su definición no es solo un asunto físico, requiriendo de una visión integral, la cual solo se puede garantizar por medio del dialogo entre iguales.

### **El camino para la formación intercultural de profesionales enfermeros**

A nivel de formación universitaria y con el fin de cumplir con la labor de bienestar integral del sujeto de cuidado, se requiere incluir la interculturalidad, la inserción de la reflexión y práctica activa es clave, además de requerir del trabajo personal en el auto conocimiento y la

interacción directa con el otro. Los modelos que se plantean son un buen acercamiento y punto de partida, aunque se requiere la creación de un modelo propio, similar al de la humildad cultural y al de competencia cultural compasiva, dándole al sujeto de cuidado y a su familia voz en el cuidado de la salud, pero desde nuestro contexto, de interacción entre originarios. La dificultad del solo incluir modelos extranjeros, recae en que la visión de nativos y foraneos (para aquellos que son diversos), minimiza al otro, le segrega del proceso médico y le hace sentir invasor dentro de su contexto. El diálogo cultural se vuelve fundamental, en la medida en que ambas partes se conocen y pueden crecer conjuntamente. Es decir, esto implica un proceso de decolonización epistémico y ontológico por parte del profesional en enfermería, para construirse a través de la relación con la otredad, resignificando la noción de cuidado, al remover las estructuras de poder que mantienen la desigualdad. De esta manera se puede construir una práctica de interculturalidad crítica.

### **CONCLUSIONES**

Aunque existe el reconocimiento institucional y estatal de la importancia de la interculturalidad, encontrando diversos acercamientos al concepto, con diferentes visiones y modelos teóricos. Asumir una actitud intercultural sigue representando un reto, las aproximaciones formativas se han centrado, por un lado, en cerrar las brechas lingüísticas, y por otro, en una limitada

visión de la bioética y los códigos deontológicos. El común denominador de estas dos visiones es, el mantenimiento de la estructura de poder, donde quien pertenece a la mayoría, es quien tiene prioridad en su conocimiento. Es decir, a pesar de que es primordial el trato desde la igualdad, la formación aún no se ha alejado del imaginario de superioridad que se plantean las mayorías culturales frente a las minorías

En efecto, para que los profesionales cuenten con humildad cultural y actitud intercultural, se requiere de la educación reflexiva y práctica, compartiendo con lo diverso y recapacitando sobre lo propio, fortaleciendo la escucha activa en la formación del diálogo con la otredad. Por tanto, se deben abandonar todo tipo de pautas que parecen solo responder a la perpetuación de la subyugación histórica que se ha vivido, formando desde el contexto propio, donde estos análisis permiten remover las estructuras epistémicas, cimentando el comienzo de una interculturalidad crítica, siendo el concepto de decolonización clave al hablar de educación intercultural en salud. Así, se propone un diálogo entre saberes, que atienda a la reflexión de otras teorías, pero genere unas propias, adaptadas a los contextos particulares. Esto respondiendo a la emancipación, que genere los cambios desde las personas y la formación, hacia la universidad, la profesión y la sociedad (Walsh 2009, Justo 2009, Dietz, 2017)

contribuyendo a la visión de simultaneidad en enfermería.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alarcon, A., Vidal, A. y Neira-Rozas, J. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista médica de Chile*, 131(9),1061-1065. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000900014>.
- Bigot, M. (2010). Relaciones de poder, derechos lingüísticos y educación indígena. En M. Bigot (Ed). *Apuntes de Lingüística Antropológica* (pp.154-184). Bogotá: Centro Interdisciplinario de Ciencias Etnolingüísticas y Antropológico-sociales
- Campinha-Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13 (3), 181-184. doi: <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>
- Cattle, T. (2012). *Interculturalism: The New Era of Cohesion and Diversity*. Londres: Palgrave Macmillan.
- Chen, G. M. y Starostan W. (1997). *A review of the concept of intercultural sensitivity*. Rhode Island: University of Rhode Island.
- Cheraghi, M., Manookian, A. y Nasrabadi, A. (2014). Human dignity in religion-embedded cross-cultural nursing. *Nurse Ethics*, 21(8),916-928. doi: 10.1177/0969733014521095.
- Collins, H. (2016). *The Emergence and Institutionalisation of the Intercultural: Navigating Uneven Discourses in a British University*. (Tesis de doctorado). Departamento de filosofía, Canterbury Christ Church University: Canterbury.

- Conferencia Internacional del Trabajo [OIT]. (1989). *Convenio 169: Convenio sobre pueblos Indígenas y Tribales en países independientes*. Recuperado de [https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100\\_INSTRUMENT\\_ID:312314](https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312314)
- Dietz, G. (2017). La interculturalidad, desafíos epistemológicos y respuestas antropológicas. *Volcán Insurgente*. Recuperado de: <http://www.enelvolcan.com/68-ediciones/046-noviembre-diciembre-2016/498-la-interculturalidad-desafios-epistemologicos-y-respuestas-antropologicas>.
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Fornet-Betancourt, R. (1996). Hacia una filosofía intercultural latinoamericana. *Anuario de Filosofía Argentina y Americana*, 13(1), 169-171.
- Foronda, C., Baptiste, DL., Reinholdt, MM. y Ousman, K. (2016). Cultural Humility: A Concept Analysis. *Journal of Transcultural Nursing*, 27(3), 210–217. doi: <https://doi.org/10.1177/1043659615592677>
- García-Canclini, N. (2004). *Diferentes, desiguales y desconectados. Mapas de la interculturalidad*. Barcelona: Gedisa editorial.
- Günçavdi, G. y Polat, S. (2016). Level of intercultural competence of international students at kocaeli university. *Universal Journal of Educational Research*, 4(1), 39-45.
- Justo, L. (2009). *Bioética, interculturalidad y derechos humanos*. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/228781311\\_Bioetica\\_interculturalidad\\_y\\_derechos\\_humanos](https://www.researchgate.net/publication/228781311_Bioetica_interculturalidad_y_derechos_humanos)
- Lara-Guzmán, G. (2015). Interculturalidad crítica y educación: un encuentro y una apuesta. *Revista colombiana de educación*, 69 (1), 223-235.
- Leininger, M. y Mcfarland, M. (2002). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice* (3rd Edition). Nueva York: McGraw-Hill, Medical Pub.
- Lucassen, J., Lucassen, L. y Manning, P. (2010). *Migration History in World History: Multidisciplinary Approaches. Studies in Global Social History*, v. 3. Boston: Brill.
- Lucas, B., Groot, K. y Towle, A. (2013). El desarrollo de humildad cultural mediante el aprendizaje servicio crítico. *Ciencia y enfermería*, 19(2), 35-46. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000200004>
- Miras-Sampedro, C. y Hernández-Padilla, M. (2015). *Prejuicios y Racismo en la atención de Enfermería a la población inmigrante en España* (Trabajo de fin de Grado). Universidad de Jaén: Jaén.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1946). *Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. (22 de julio de 1946). Recuperado de <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
- Papadopoulos, I. (2006). *Transcultural Health and Social Care: Development of Culturally Competent Practitioners*. Londres: Churchill Livingstone.
- Papadopoulos, I., Taylor, G., Ali, S., Aagard, M., Akman, O., Alpers, LM., ... Zorba, A. (2015). Exploring Nurses' Meaning and Experiences of Compassion: An International Online Survey Involving 15 Countries. *Journal of Transcultural Nursing*, 28(3), 286–295.
- Portera, A. (2008). Intercultural education in Europe: epistemological and semantic aspects. *Intercultural Education*, 19(6): 481–491. doi:

<https://doi.org/10.1080/14675980802568277>

- Reina, L. (2018). Competencia cultural y compasiva en enfermería. *Revista Internacional de Cuidados de Salud Familiar y Comunitaria*, 16 (1): 1-3. Recuperado de <http://ciberindex.com/index.php/ec/artic le/view/e12090/e12090>
- Santacruz, M. (2007). *Informe año Sabático programa de enfermería (17 noviembre 2018)*. Popayán: Universidad del Cauca.
- Valdez-Fernández, A. (2017). Formación bioética e intercultural en enfermería: revisión temática. *Persona y bioética*, 21(2): 312-329. Recuperado de <http://personaybioetica.unisabana.edu.c o/index.php/personaybioetica/article/view/7729/pdf>
- Walsh, C. (2009). *Interculturalidad crítica y educación intercultural*. Seminario Interculturalidad y Educación Intercultural. Paz, 9-11 de marzo de 2009.



TEORÍA Y MÉTODO

**Incertidumbre, estrés y su relación con el bienestar psicológico en familiares de dependientes del alcohol**

**Uncertainty, stress and its relationship with psychological well-being in family members of alcohol dependents**

**Incerteza, estresse e sua relação com o bem-estar psicológico em familiares de dependentes de álcool**

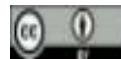
**Laura Hinojosa García<sup>1</sup>, María Magdalena Alonso Castillo<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Doctora en Ciencias de Enfermería, Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros, Universidad Autónoma de Tamaulipas, México. Correo electrónico: laura2hg@hotmail.com

<sup>2</sup>Doctora en Filosofía. Fac. de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, México. Correo electrónico: magdalena\_alonso@hotmail.com

Cómo citar este artículo en edición digital: Hinojosa García, L. & Alonso Castillo, M.M. (2019). Incertidumbre, estrés y su relación con el bienestar psicológico en familiares de dependientes del alcohol. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 23 (55) Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.55.19>

Correspondencia: Dr José Eleuterio González 1500, Mitras Nte., 64460 Monterrey, N. L.  
Correo electrónico de contacto: [magdalena\\_alonso@hotmail.com](mailto:magdalena_alonso@hotmail.com)



**ABSTRACT**

Objectives: identify levels of uncertainty, as well as determine the relationship and effect of uncertainty and perceived stress with the psychological well-being of the main family member of the

person dependent on alcohol. Methodology: correlational and transversal quantitative study, the sample consisted of 135 family women of people dependent on alcohol, the instruments used were the Scale of Perception of Uncertainty in Parents and Family Members (PPUS-FM) of Mishel and the Scale of Perceived Stress (PSS), which was designed by Cohen, et al. Results: the total of the participants reported uncertainty, the high uncertainty level predominated

(58.5%), through Spearman's bivariate correlation test positive and significant correlation of the uncertainty with the perceived stress was identified ( $r_s = .616$ ,  $p < .01$ ). Using a General Multivariate Linear Regression Model, a negative and significant effect of uncertainty ( $\beta = -.413$ ,  $t = -5.91$ ,  $p = .001$ ) and perceived stress ( $\beta = -.611$ ,  $t = -11.45$ ,  $p = .001$ ) on psychological well-being was determined.

**Keywords:** Uncertainty, stress, psychological well-being, family, alcohol dependence.

## RESUMEN

**Objetivos:** identificar los niveles de incertidumbre, así como determinar la relación y el efecto de la incertidumbre y el estrés percibido con el bienestar psicológico del familiar principal de la persona dependiente del alcohol. **Metodología:** estudio cuantitativo correlacional y transversal, la muestra estuvo conformada por 135 mujeres familiares de personas dependientes del alcohol, los instrumentos utilizados fueron la Escala de Percepción de Incertidumbre en Padres y Miembros de la Familia (PPUS-FM) de Mishel y la Escala de Tensión Percibida (PSS), la cual fue diseñada por Cohen, et al. **Resultados:** el total de las participantes reportaron incertidumbre, predominó el nivel de incertidumbre alto (58.5%), a través de la prueba de correlación bivariada de Spearman se identificó correlación positiva y significativa de la incertidumbre con el estrés percibido ( $r_s = .616$ ,  $p < .01$ ). Mediante un Modelo de Regresión Lineal General Multivariado se determinó un efecto negativo y significativo de la incertidumbre ( $\beta = -.413$ ,  $t = -5.91$ ,  $p = .001$ ) y el estrés percibido ( $\beta = -.611$ ,  $t = -11.45$ ,  $p = .001$ ) sobre el bienestar psicológico.

**Palabras clave:** Incertidumbre, estrés, bienestar psicológico, familia, dependencia del alcohol.

## RESUMO

**Objetivos:** Identificar os níveis de incerteza e determinar a relação e o efeito da incerteza e stress percebido com bem-estar psicológico da pessoa principal dependente familiarizado álcool. **Metodologia:** amostra

do estudo quantitativo correlacional e transversal consistiu em 135 mulheres parentes dependentes de álcool, os instrumentos utilizados foram a Escala de Pais Incerteza percebidos e membros da família (PPUS-FM) Mishel e Scale Stress Percebido (PSS), que foi desenhado por Cohen, et al. **Resultados:** Os participantes relataram incerteza total prevalecendo nível elevado grau de incerteza (58.5%), através do teste de correlação de duas variáveis de correlação de Spearman positivo e significativo de incerteza identificado com o stress percebida ( $r_s = .616$ ,  $p < .01$ ). Usando um modelo de regressão linear multivariável geral um efeito negativo significativo de incerteza ( $\beta = -.413$ ,  $t = -5.91$ ,  $p = .001$ ) e o stress percebida ( $\beta = -.611$ ,  $t = -11.45$ ,  $p = .001$ ) foi determinada sobre o bem estar psicológico.

**Palabras chave:** Incerteza, estresse, bem-estar psicológico, família, dependência de álcool.

## INTRODUCCIÓN

La dependencia al alcohol es una enfermedad crónica que afecta y devasta no solo a la persona dependiente de la sustancia, sino también a su núcleo familiar. Este fenómeno tiene un impacto negativo en la familia, debido a que somete a todos los miembros a sentimientos negativos como incertidumbre, estrés y a temores de diversos tipos como el abuso verbal o emocional, llegando incluso al abuso físico (Timko et al., 2014; National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 2013).

La literatura identifica a la incertidumbre como un tipo de respuesta que puede estar presente en los familiares de personas con enfermedades crónicas (Gómez-Palencia, Castillo-Ávila y Alvis-Estrada, 2015; Hoth et al., 2014). Merle

Mishel en su Teoría de Rango Medio (TRM) Incertidumbre ante la Enfermedad, define a la incertidumbre como un estado cognitivo caracterizado por la inhabilidad de la persona para estructurar o determinar el significado de los hechos o acontecimientos relacionados a una enfermedad. Lo anterior permite que el individuo no pueda dar valores definidos a los hechos, y por lo tanto no puede predecir con precisión los resultados, todo esto motivado por la falta de información y conocimiento (Mishel, 1990). De acuerdo a la teoría, si la incertidumbre es valorada a través de la inferencia (peligro), puede implicar un daño con consecuencias psicológicas como estrés, ansiedad y depresión (Mishel, 1990), lo que afectaría drásticamente la salud integral (física y psíquica) y en consecuencia la calidad de vida de los familiares de personas con enfermedades crónicas (Etkind, Bristowe, Bailey, Selman & Murtagh, 2017; Gómez-Palencia, Castillo-Ávila & Alvis-Estrada, 2015). Por lo tanto, la incertidumbre que genera la dependencia al alcohol de un miembro de la familia es fundamentalmente una experiencia humana subjetiva derivada de la falta de información, imprevisibilidad, inseguridad y la duda acerca de los eventos y circunstancias que rodean a la enfermedad de su familiar, tales como cambios de conducta, pérdida del trabajo, problemas económicos, violencia y dificultades de pareja, las cuales al ser valorados como peligrosas, pudieran detonar respuestas o trastornos emocionales capaces de producir

afectación sobre el bienestar psicológico y en consecuencia en la calidad de vida del familiar principal de la persona dependiente del alcohol.

No obstante, estudios publicados identifican mecanismos de afrontamiento que coadyuvan a reducir la incertidumbre y por lo tanto, a favorecer el bienestar psicológico en familiares de personas con enfermedades crónicas, dentro de los cuales se considera el apoyo social. Existe evidencia de que el apoyo social actúa como un importante recurso de afrontamiento ante el estrés percibido y un favorecedor del bienestar psicológico y social en familiares de personas que cursan con enfermedades crónicas (Amaya, 2013; Montalvo, Fajardo, Angulo, Flórez, Caffroni & Fajardo, 2016; Vivaldi & Barra, 2012).

La TRM incertidumbre ante la enfermedad ha sido ampliamente utilizada por profesionales de enfermería para el estudio de la incertidumbre en pacientes con enfermedades crónicas como Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica e Insuficiencia renal (Etkind, Bristowe, Bailey, Selman & Murtagh, 2017), Diabetes Mellitus (Gómez-Palencia, Castillo-Ávila y Alvis-Estrada, 2015) y Cáncer de mama (Montalvo et al., 2016; Zhang, Kwekkeboom, & Petrini, 2015). De igual forma se ha utilizado en padres de bebés prematuros hospitalizados en unidades neonatales de cuidados intensivos (Bolívar y Montalvo, 2016) y padres de niños



sometidos a herniorrafia (Wang, Chan & Chan, 2018); sin embargo hasta el momento no se han localizado estudios en la temática de las adicciones a las drogas, que aborden la incertidumbre de familiares principales que conviven con un integrante con una enfermedad crónica como la dependencia al alcohol. Por lo que, en base a lo anteriormente descrito, se plantearon los siguientes objetivos para el presente estudio: Identificar los niveles de incertidumbre, así como determinar la relación y el efecto de la incertidumbre y el estrés percibido con el bienestar psicológico del familiar principal de la persona dependiente del alcohol.

## METODOLOGÍA

Estudio de tipo cuantitativo correlacional y transversal, la muestra estuvo conformada por 135 mujeres con edades entre 18 a 70 años, familiares de personas dependientes del alcohol, participantes de grupos de ayuda mutua Al-Anon. Los datos fueron colectados por medio de una cédula de datos personales, además de tres instrumentos.

Para medir la incertidumbre se utilizó la Escala de Percepción de Incertidumbre en Padres y Miembros de la Familia (PPUS-FM) de Mishel (1997). La escala está conformada por 31 reactivos en una escala tipo likert con 5 opciones de respuesta, donde 1 equivale a totalmente en desacuerdo, 2 desacuerdo, 3 indeciso, 4 de acuerdo y 5 totalmente de acuerdo. La escala tiene como puntaje global máximo 155

puntos y mínimo 31; donde a mayor puntaje mayor nivel de incertidumbre. Para este estudio solamente fueron utilizados 28 reactivos en virtud de la temática del estudio, por lo que la escala se evaluó de la siguiente forma: el puntaje global máximo fue de 140 puntos y el mínimo de 28; donde a mayor puntaje, mayor incertidumbre. Los niveles de incertidumbre consideraron tres puntos de corte y fueron clasificados de la siguiente forma: bajo nivel de incertidumbre < 53 puntos, regular nivel de incertidumbre entre 53 y 84 puntos y alto nivel de incertidumbre > 84 puntos. El instrumento ha sido utilizado en población mexicana en padres de niños con cáncer, reportando un Alpha de Cronbach de .90 (Nájera, Ledezma, Patiño, & Galicia, 2010). Para el presente estudio el coeficiente de confiabilidad fue de .90.

El segundo instrumento a utilizar fue la Escala de Estrés Percibida (PSS), la cual fue diseñada por Cohen et al., (1983) para medir el grado en el cual los acontecimientos y circunstancias son percibidas como estresantes, la escala está conformada por 14 reactivos. Las calificaciones del PSS se obtienen invirtiendo los valores de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 de positivos a negativos. Tiene cinco opciones de respuesta que van desde nunca con valor 1, casi nunca con valor 2, algunas veces con valor 3, frecuentemente con valor 4 y siempre con valor 5. La escala total tiene un valor mínimo de 14 y máximo de 70 puntos, lo que significa que a mayor puntuación mayor estrés. Estos reactivos se transformaron en

índice con valor de cero a cien. La escala fue utilizado en un estudio realizado en México para medir el estrés en amas de casa, obteniendo un Alpha de Cronbach de .82 (Moral, González, & Landero, 2011). El Alpha de Cronbach reportada en este estudio fue de .88.

Para medir el bienestar psicológico se utilizó la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989). Fue adaptada y validada al idioma español por Díaz et al., 2006 reportando un Alpha de Cronbach, con valores comprendidos entre .70 y .84 para sus seis subescalas. El instrumento adaptado cuenta con un total de 29 enunciados que se responden en una escala tipo likert, con opciones de respuesta que va desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo), donde a mayor puntuación mayor bienestar psicológico. El instrumento fue utilizado en un estudio realizado en docentes y alumnos de Iquique, Chile (Leal-Soto, Ramírez, & Valdivia, 2014) reportando un Alpha de Cronbach de .87 respectivamente. En este estudio el coeficiente de confiabilidad fue de 0.92.

El estudio fue aprobado por la Comisión de Investigación y Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México (FAEN-D-1204), además se contó con la autorización de la coordinadora de cada uno de los grupos Al-Anon participantes. Para la colecta de la información, se les solicitó el área donde habitualmente se reúnen,

considerando que por ser un espacio conocido por ellas se sentirían cómodas. El estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud (SSA, 1987), en el cual se establece que para el desarrollo de investigación en salud, se deben contemplar aspectos éticos que garanticen la dignidad, consentimiento, confidencialidad, anonimato y el bienestar de los individuos. Los datos recabados fueron procesados por medio del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21. Primeramente, se revisó la consistencia interna de los instrumentos a través del Coeficiente de Confiabilidad de Alpha de Cronbach. Se utilizó estadística descriptiva a través de frecuencias y porcentajes; e inferencial por medio de la prueba correlación de Spearman y un Modelo de Regresión Lineal General Multivariado para identificar si existía relación y efecto entre las variables de estudio.

## **RESULTADOS**

En relación a las características sociodemográficas de las participantes, se encontró que la mayor proporción se encuentra en el rango de los 51 a 60 años (31.1%), y solo un 5.2% de las participantes se ubicaron en el rango de los 18 a 30 años. El 24% de la muestra cuenta con estudios de preparatoria y un importante porcentaje (20.0%) de los participantes cuentan con estudios profesionales. El 56.3% trabajan,

## Cultura de los Cuidados

un 25.9% son amas de casa y solo un 6.7% mencionaron estudiar y trabajar. El mayor porcentaje de las participantes mencionó profesar la religión católica (70.4%), seguido por la cristiana en un 17.0%.

En la tabla 1 es posible observar que el total de las participantes del estudio reportaron estar cursando con algún nivel de incertidumbre, predominando el mayor porcentaje en el nivel alto. Adicionalmente, se encontró que las características sociodemográficas edad y años de estudio, no mostraron relación significativa ( $p > .05$ ) con la variable incertidumbre.

**Tabla 1: Niveles de incertidumbre**

Incertidumbre	<i>f</i>	%
Bajo nivel	8	5.9
Regular nivel	48	35.6
Alto nivel	79	58.5

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje

Para dar respuesta al objetivo que señala determinar la relación de la incertidumbre y el estrés percibido con el bienestar psicológico del familiar principal de la persona dependiente del alcohol, se realizó la prueba de Correlación bivariada de Spearman. La tabla 2 muestra que la variable incertidumbre documentó relación positiva y significativa con el estrés percibido ( $r_s = .616$ ,  $p < .01$ ) es decir, a mayor incertidumbre mayor estrés percibido; y ambas variables se correlacionan en forma negativa y significativa con el bienestar psicológico. Lo que se traduce como, a mayor incertidumbre y estrés, menor es el

grado de bienestar psicológico del familiar de la persona con dependencia al alcohol

Tabla 2

**Tabla 2: Correlación de Spearman para las variables incertidumbre, estrés percibido y bienestar psicológico**

Variable	Incertidumbre	Estrés percibido
Estrés percibido	.616**	
Bienestar psicológico	-.476**	-.718**

Nota: \*\* $p < .01$

Para identificar el efecto de la incertidumbre y el estrés percibido como variables predictoras del bienestar psicológico, se aplicó un Modelo de Regresión Lineal General Multivariado. La tabla 3 muestra que el modelo resultó ser significativo para las variables incertidumbre y estrés percibido. Tanto la incertidumbre ( $\beta = -.413$ ,  $t = -5.91$ ,  $p = .001$ ) como el estrés percibido ( $\beta = -.611$ ,  $t = -11.45$ ,  $p = .001$ ) reportaron efecto negativo y significativo sobre el bienestar psicológico. Los coeficientes Bootstrap reportan también significancia ( $p = .001$ ), con lo cual se reafirma que ambas variables dependientes tienen efecto negativo sobre el bienestar psicológico.

## DISCUSIÓN

El perfil sociodemográfico de las participantes del estudio mostró que el mayor porcentaje se ubica en el rango de los 51 a 60 años (31.1%), dato similar a lo reportado por Timko, Holvorson, Kong y Moss (2015) es su estudio sobre los procesos

religiosas, el 70.4% mencionaron profesar la religión católica, lo cual es congruente con lo reportado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el 2016 donde se muestra que el 82.9% de la

**Tabla 3: Efecto de la incertidumbre y estrés percibido sobre el bienestar psicológico**

Modelo	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Incertidumbre	9156.07	1	9156.07	34.92	.001
Estrés	20014.06	1	20014.06	131.20	.001

*R*<sup>2</sup> incertidumbre = 20.2%  
*R*<sup>2</sup> estrés = 49.3%

Modelo ( <i>n</i> = 135)	Coeficientes			
	$\beta$	<i>E</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Constante				
Incertidumbre	-.413	.059	-5.91	.001
Estrés percibido	-.611	.054	-11.45	.001

Bootstrap para coeficientes

Variable dependiente	Parámetro	<i>B</i>	<i>p</i>	IC 95%	
				LI	LS
Bienestar Psicológico	Incertidumbre	-.413	.001	-.534	-.302
Bienestar Psicológico	Estrés percibido	-.611	.001	-.723	-.510

*Nota:* *R*<sup>2</sup> = coeficiente de determinación, *SC* = suma de cuadrados, *gl* = grados de libertad, *CM* = cuadrado medio,  $\beta$  = Beta, *p* = significancia, *E* = Error típico, *t* = estadístico de la prueba *t*

sociales que explican los beneficios de la participación de Al-Anon. Una posible explicación de este hecho, probablemente obedezca a que la búsqueda de ayuda no ocurre prontamente por temor al rechazo relacionado al estigma social impuesto a la enfermedad del alcoholismo. Además, la edad de 51 a 60 años, comprende la etapa de retiro o jubilación y posiblemente estas mujeres han dejado ya de laborar y ahora es cuando pueden incorporarse a las reuniones de Al-Anon. En cuanto a las prácticas

población mexicana es fundamentalmente católica.

En relación a los niveles de incertidumbre, se encontró que el total de las participantes reportaron estar experimentando incertidumbre; predominando el nivel alto en un 58.5%, dato que concuerda con resultados de estudios previos como el realizado por Pirilla, Amaro, Martínez, Torres y Jaimes, (2012) donde se evaluó la incertidumbre de

cuidadores de niños enfermos, identificando que el 60% de la muestra reportó un nivel de incertidumbre alto; de igual forma, Jhonson y Hurtado, (2017) encontraron que el 54.8% de los adultos mayores estudiados con diagnóstico de cancer presentaban nivel alto de incertidumbre, en este mismo contexto, Burbano-López y Sánchez (2017) confirman que una enfermedad crónica genera de manera permanente incertidumbre. En el presente estudio, los elevados niveles de incertidumbre pudieran deberse a que el familiar de la persona con la dependencia no logra entender, ni cómo afrontar los sentimientos negativos como el miedo, tristeza, ira, angustia, temores y resentimiento que cotidianamente experimenta por convivir con su familiar que abusa de la sustancia. Además del daño emocional, otro tipo de consecuencias o pérdidas que sufre la familia es la afectación económica en el nivel de vida (Filizola et al., 2006). En principio, la cuestión de no proveer para las necesidades más básicas como la alimentación y costos de la casa, hasta otro tipo de necesidades que pueden interferir en el futuro de los hijos como su educación. Lo anterior, es consistente con lo señalado por Mishel (1990) en su teoría de la incertidumbre ante la enfermedad, al mencionar que el experimentar incertidumbre, puede ser el resultado de un evento crítico como la enfermedad de un familiar, y que ésta se incrementa en situaciones ambiguas, complejas e impredecibles.

Se documentó relación positiva y significativa de la incertidumbre y el estrés percibido, este resultado es similar a lo reportado por Kazer et al. (2012) quienes encontraron asociación entre estas dos variables en una muestra de pacientes con cáncer de próstata. En este sentido, Mishel en una de sus proposiciones señala que “una exposición prolongada de la incertidumbre valorada como si se tratase de un peligro puede llevar a pensamientos molestos y a trastornos emocionales” (Mishel, 1990), además indica que cuando un individuo experimenta incertidumbre, genera altos niveles de estrés, mayores niveles de angustia emocional y disminución de la calidad de vida.

En cuanto al efecto de la incertidumbre y el estrés percibido sobre el bienestar psicológico del familiar de la persona dependiente, los resultados evidenciaron que ambas variables mostraron efecto negativo sobre el bienestar psicológico. Lo anterior pudiera explicarse en razón de que, el ser parte de una familia disfuncional donde está presente el abuso de sustancias acarrea sufrimiento y desesperanza, lo que propicia que el familiar principal experimente repetitivamente una serie de actitudes como el llorar, no dormir, el no encontrarle un sentido a la vida e inclusive perder el deseo de continuar viviendo, condiciones que pudieran repercutir directamente en su bienestar psicológico.

## CONCLUSIONES

Se puede concluir que, la incertidumbre es una constante en el diario vivir de los familiares de personas con algún tipo de dependencia, que ésta se relaciona directamente con el estrés percibido; y que ambas variables tienen un efecto negativo sobre el bienestar psicológico del familiar de la persona dependiente del alcohol. Ante lo cual, de acuerdo a la revisión de la literatura, es necesario implementar mecanismos de afrontamiento como el apoyo familiar y redes de apoyo social como los grupos de ayuda mutua Al-Anon, que coadyuven a disminuir los niveles de incertidumbre. Como proveedores de la estructura, los profesionales de enfermería tienen un rol importante a través de brindar información válida y actualizada, educación y apoyo social, que favorezca la reducción de la incertidumbre y en consecuencia favorecer el bienestar psicológico en familiares de personas con enfermedades crónicas como la dependencia al alcohol.

## BIBLIOGRAFÍA

- Amaya, R. M. A. (2013). Apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno. *Aquichan*, 15(4), 461-474.
- Bolivar, M. L. A. & Montalvo, P. A. (2016). Uncertainty Associated to Parents of Preterm Infants Hospitalized in Neonatal Intensive Care Units, *Invest. Educ. Enferm.* 34(2), 360-367.
- Burbano-López, C. & Sánchez, L. E. (2017). Traumatismo de la médula espinal e incertidumbre desde la teoría de Merle Mishel. *Enfermería Universitaria*, 14(3), 176-183.
- Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein, R. (1983). Una medida global de estrés percibido. *Journal de Salud y Conducta Social*, 24, 385-396.
- Díaz, et al. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Etkind, S. N., Bristowe, K., Bailey, K., Selman, L. E. & Murtagh, F. E. (2017). How does uncertainty shape patient experience in advanced illness? A secondary analysis of qualitative data. *Palliat Med*, 31(2), 171-80.
- Filizola, C. L. A., Peron, C. J., Do Nascimento, M. M. A., Pavarini, S. C. & Filho, J. F. P. (2006). Compreendendo o Alcoolismo na Família. *Esc Anna Nery R Enferm*, 10 (4), 660-70.
- Gómez-Palencia, I. P., Castillo-Ávila, I. Y. & Alvis-Estrada, L. R. (2015). Incertidumbre en adultos diabéticos tipo 2 a partir de la teoría de Merle Mishel. *Aquichan*, 15(2), 210-218.
- Hoth, K. F., Wamboldt, F. S., Ford, D. W., Sandhaus, R. A., Strange, CH., Bekelman, D. B. & Holm, K. (2014). The Social Environment and Illness Uncertainty in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *International Society of Behavioral Medicine*. DOI 10.1007/s12529-014-9423-5
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=25433&t=1>
- Johnson, C. M. I. & Hurtado, A. P. (2017). La incertidumbre frente a la enfermedad en adultos mayores con diagnóstico de cáncer. *Ciencia y Enfermería* 23(1), 57-65.
- Kazer, M. W. (2012). Uncertainty and perception of danger among patients undergoing treatment for prostate cancer. *British Journal Urology International*, 111(300), 84-91.
- Leal-Soto, F., Ramírez, J. D., & Valdivia, V. Y. (2014). Bienestar

- psicológico y prácticas docentes con efectos motivacionales orientadas al aprendizaje. *Universitas Psychológica*, 13(3), 1037-1046.
- Mishel, M. H. (1990). Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Image: Journal Nursing Scholarship*, 22, 256-2562.
  - Mishel, M. H. (1997). Uncertainty in acute illness. *Annual Review of Nursing Research*, 15, 57-80.
  - Montalvo, P. A. A., Fajardo, R. H., Angulo, Y. T. B., Flórez, N. D. E., Caffroni, M. R. A. & Fajardo, T. Y. M. (2016). Condiciones sociodemográficas y nivel de incertidumbre en mujeres ante el diagnóstico de cáncer de mama. *Hacia la Promoción de la Salud*, 21(2), 114-126.
  - Moral, J., González, M. T. & Landero, R. (2011). Estrés percibido, ira y burnout en amas de casa mexicanas. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 2(2), 123-143.
  - National Institute on Alcohol abuse and Alcoholism NIAAA. (2013). Recuperado de <http://www.niaaa.nih.gov/>
  - Nájera, G. G., Ledezma, M. M. V., Patiño, M. J. N. & Galicia, A. R. M. (2010). Incertidumbre en padres de niños con cáncer. *Enfermería Neurológica*, 9(1), 20-22.
  - Pirilla, E., Amaro, Z., Martínez, J., Torres, I. & Jaimes, M. (2012). Incertidumbre percibida en cuidadores de niños enfermos. *Cuidado y Ocupación Humana*, 1(1), 55-62.
  - Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
  - Secretaría de Salubridad y Asistencia. (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México.
  - Timko, C., Cronkite, R., Laudet, A., Kaskutas, L. A., Roth, J., Moos, R. H. (2014). Al-Anon Family Groups Newcomers and Members: Concerns about the Drinkers in their Lives. *The American Journal on Addictions*, 23, 329-336.
  - Timko, C., Halvorson, M., Kong, C., & Moos, R. H. (2015). Social processes explaining the benefits of Al-Anon participation. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29(4), 856-863.
  - Vivaldi, F. & Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia Psicológica*, 30(2), 22-29.
  - Wang, K. K., Chen, I. H. & Chen, M. (2018). Uncertainty of parents with children undergoing herniorrhaphy. *Clinical Nursing Research*, 27(3), 343-363.
  - Zangh, Y., Kwekkeboom, K. & Petrini, M. (2015). Uncertainty, self-efficacy, and self-care behavior in patients with breast cancer undergoing chemotherapy in China. *Cancer Nursing*, 38(6), 19-26.

## Influencia de los factores psicosociales en la enfermedad de Crohn

Influence of psychosocial factors in Crohn's disease

Influência de fatores psicossociais na doença de Crohn

María José de Dios Duarte<sup>1</sup>, Ana Barrón López de Roda<sup>2</sup>, Andrés Arias Astray<sup>3</sup>, Juan Cárdenas Valladolid<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Doctores en Ciencias de la Salud, Enfermeros del Servicio Madrileño de Salud y Profesores asociados del área de Enfermería en la Universidad Alfonso X el Sabio, Madrid, España. Correos electrónicos:

[mariajose.dedios@madrid.org](mailto:mariajose.dedios@madrid.org), [juan.cardenas@salud.madrid.org](mailto:juan.cardenas@salud.madrid.org)

<sup>2</sup>Doctora en Psicología, Profesora titular del área de Psicología en la Universidad Complutense de Madrid, España.

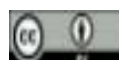
Correo electrónico: [abarronl@ucm.es](mailto:abarronl@ucm.es)

<sup>3</sup>Doctor en Psicología, Profesor titular del área de Trabajo Social en la Universidad Complutense de Madrid, España. Correo electrónico: [astray@ucm.es](mailto:astray@ucm.es)

ómo citar este artículo en edición digital: de Dios Duarte, M. J., Barrón López de Roda, A., Arias Astray, A. & Cárdenas Valladolid, J. (2019). Influencia de los factores psicosociales en la enfermedad de Crohn. *Cultura de los Cuidados* Edición digital), 23 (55) Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.55.20>

Correspondencia: C/ Las Pozas, 120, P-1, SUP., 1D, 28200. San Lorenzo de El Escorial, Madrid.

Correo electrónico de contacto: [mariajose.dedios@madrid.org](mailto:mariajose.dedios@madrid.org)



Recibido:07/09/2019

Aceptado:16/11/2019

### ABSTRACT

**Objective:** To know the influence of psychosocial factors in the Crohn's disease. **Methodology:** The Perceived Stress Scale, Scale of Social Support Perceived and Multidimensional Scale of Locus of Control was used. Data was collected from patients with Crohn's disease -in outbreak and quiescence phase- and healthy. The levels of these factors were compared to

know its impact in the Crohn's disease. **Results:** Statistically significant differences found in the three variables in the groups. Patients with Crohn's disease outbreak phase perceived the highest stress levels. Patients with Crohn's disease who were in the relapse phase had the highest levels of social support, identifying the modulating effect that this variable has on stress. And finally, patients with Crohn's disease with outbreak had a higher level of external control locus. **Conclusion:** Nurse interventions are necessary in the Crohn's disease therapy in order to better manage the stress, increase



the social support network and change the locus of control, decreasing the external locus of control.

**Keywords:** crohn's disease, stress, social support, locus of control.

## RESUMEN

**Objetivo:** Conocer la influencia de los factores psicosociales en la enfermedad de Crohn. **Metodología:** Se utilizó la Escala de Estrés Percibido, la Escala de Apoyo Social Percibido y la Escala Multidimensional de Locus de Control. Se recopilaron los datos de pacientes con enfermedad de Crohn – en fase de brote y quiescencia - y sanos. Los niveles de estos factores se compararon para conocer su impacto en la enfermedad de Crohn. **Resultados:** Diferencias estadísticamente significativas se encontraron en las tres variables en los grupos. Los pacientes con enfermedad de Crohn en fase de brote percibieron los niveles de estrés más altos. Los pacientes con enfermedad de Crohn que estaban en fase de recidiva presentaron los mayores niveles de apoyo social, identificándose el efecto modulador que tiene esta variable sobre el estrés. Y, por último, los pacientes con enfermedad de Crohn con brote presentaron mayor nivel de locus de control externo. **Conclusión:** Son necesarias intervenciones enfermeras en la enfermedad de Crohn relacionadas con mayor manejo del estrés, aumento del apoyo social y disminución del locus de control externo.

**Palabras clave:** enfermedad de Crohn, estrés, apoyo social, locus de control.

## RESUMO

**Objetivo:** Conhecer a influência de fatores psicossociais na doença de Crohn. **Metodologia:** Utilizou-se a Escala de Estresse Percebido, Escala de Apoio Social Percebido e Escala Multidimensional de Locus de Controle. Os dados foram coletados de pacientes com doença de Crohn – em fase de cessação e quiescência - e saudáveis. Os níveis desses fatores foram comparados para conhecer seu impacto na doença de Crohn. **Resultados:** Diferenças estatisticamente significantes foram

encontradas nas três variáveis nos grupos. Pacientes com doença de Crohn na fase de exacerbação perceberam os maiores níveis de estresse. Pacientes com doença de Crohn em fase de remissão apresentaram os maiores níveis de suporte social, identificando o efeito modulador dessa variável no estresse. E finalmente, os pacientes com doença de Crohn exacerbação tinham um nível mais alto de locus de controle externo. **Conclusão:** As intervenções do enfermeiro são necessárias na terapia da doença de Crohn para melhor manejo do estresse, aumento da rede de apoio social e mudança do locus de controle, diminuindo o locus de controle externo. **Palavras-chave:** doença de Crohn, estresse, suporte social, locus de controle.

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Crohn es una dolencia crónica mediada por el sistema inmunológico con inflamación transmural del tracto gastrointestinal, pudiendo perjudicar desde la boca hasta el ano, aunque suele afectar más el íleon terminal y el colon (Friedman, 2012). Esta enfermedad se relaciona con una morbilidad importante y afectación de la calidad de vida (Lahat, 2012; Rubin, 2004). En el año 2015 esta patología afectaba a 2,9 millones de personas en el mundo y se estima que en 2021 afectará a 3,4 millones (Ernst y Young, 2016). La fisiopatología de esta enfermedad es multifactorial (Friedman y Blumberg, 2012). Se alternan en ella periodos de remisión y periodos de brote que requieren ingresos hospitalarios largos que desequilibran la vida del paciente y su entorno. Esta enfermedad es grave, no tanto por su índice de mortalidad sino por el sufrimiento que genera en la persona que la

padece y en su entorno familiar. Los profesionales que cuidan a estos pacientes observan que alrededor del enfermo de Crohn existen siempre una serie de factores relacionados con los aspectos psicosociales que favorecen o empeoran la recuperación de los brotes. Entre estos factores se encuentran el estrés, el apoyo social con el que el paciente cuenta y la gestión que hace de la enfermedad.

El estrés psicológico es el resultado de la relación entre el sujeto y el entorno, que es evaluado por aquel como amenazante o desbordante de sus recursos y pone en peligro su bienestar (Lazarus y Folkman, 1986), no obstante, es importante destacar que no todas las personas son igualmente vulnerables a las situaciones de estrés. Diferentes investigaciones han dejado clara su influencia negativa en distintas patologías (Real Pérez y López Alonso, 2017; Kashani, Eliasson & Vernalis, 2012; Fernández Seara, 2002). El apoyo social, considera todas las transacciones de ayuda, emocionales, informativas y materiales, que se reciben de las redes informales íntimas u otros grupos, incluyendo las transacciones reales, la percepción de éstas y la satisfacción con la ayuda recibida (Cámara et al., 2011). Su efecto protector frente al estrés ha sido demostrado en numerosas investigaciones (Cohen, 2004; Klem y Hardie, 2002). Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal con poco apoyo social tienen peor calidad de vida relacionada con la salud (Haller et al., 2003).

En cuanto a la gestión que el paciente realiza de la enfermedad implicándose o no en el cumplimiento terapéutico que se le recomienda, nos encontramos con la variable locus de control para la salud. El locus de control para la salud representa una variable psicológica que todas las personas tienen y que Wallston y Wallston (1982) definen estableciendo dos tipos diferentes, uno interno y otro externo. El locus de control interno implica la creencia de las personas de que su salud depende del comportamiento y acciones de ellos mismos. Y lo contrario ocurre con el locus de control externo, en este caso las personas consideran que su salud depende de las acciones de otras personas, la fatalidad o la suerte y no de las acciones que ellos mismos llevan a cabo. Cualquier sujeto ya sea sano o enfermo siempre tendrá un locus de control interno o en su defecto externo. En esta línea es importante destacar que aquellas personas que tienen un locus de control interno gestionan mejor la enfermedad y se esfuerzan por llevar a cabo acciones que repercuten en un mejor control de ésta y lo contrario ocurre en el caso de que la persona tenga un locus de control externo, responsabiliza a otros poderosos (la fatalidad, la suerte, la casualidad u otras personas) del empeoramiento de su enfermedad y presentan mala adherencia al cumplimiento terapéutico (Wallston y Wallston, 1982). Además, el locus de control externo correlaciona positivamente con el nivel de estrés, cuanto mayor es el locus de

control externo en una persona más nivel de estrés percibe (Parkes, 1991).

Así pues, el presente estudio buscó conocer la influencia de los factores psicosociales de estrés, apoyo social y locus de control en el curso de la enfermedad de Crohn.

## METODOLOGÍA

### Muestra

Se trata de un estudio caso-control cuya muestra estuvo formada por 40 personas sanas y 64 personas con enfermedad de Crohn que conformaron el grupo diagnóstico, de los cuales 30 eran hombres y 34 mujeres. Este grupo estaba formado a su vez por 37 individuos que se encontraban en fase de brote y 27 en fase de no brote. La evolución de los enfermos no superó los 5 años en ningún paciente desde el momento del diagnóstico.

### Procedimiento

Para poder ser incluidos en este estudio los sujetos que conforman el grupo de enfermos debían padecer la enfermedad de Crohn, diagnosticada por un médico especialista de digestivo y no debían presentar ninguna otra enfermedad física ni psicológica. Para cumplir con estos criterios se realizó una revisión de las historias clínicas. Los sujetos que se encontraban en situación de brote fueron contactados en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón en Madrid, España (HGUGM) al ingresar con el diagnóstico de brote en enfermedad de Crohn y los sujetos que se encontraban en

fase inactiva de la enfermedad a través de la Asociación de enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de la Comunidad de Madrid (ACCU Madrid). El estudio recibió el visto bueno del programa de doctorado de Psicología Social de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, que entre otras dimensiones consideraba los aspectos del mismo, así como fue aprobado por el comité ético del HGUGM.

Los participantes que conformaron el grupo de sanos procedían de diferentes ambientes. Estos no debían presentar ningún tipo de patología ni trastorno físico ni psicológico.

Se contactó con los participantes en distintos lugares. En un primer momento se les informaba de la naturaleza del estudio y se solicitaba su colaboración voluntaria. En caso afirmativo se procedía a la explicación y entrega de los cuestionarios para que los cumplimentaran y a su posterior recogida. En todos los casos los participantes firmaron un consentimiento informado, respetándose la confidencialidad de los datos.

### Variables e instrumentos

Para evaluar las variables objeto de estudio se utilizaron tres escalas.

Para evaluar el locus de control para la salud se utilizó una adaptación de la Escala Multidimensional de Locus de Control para la Salud de Wallston, Wallston y Devellis (1978). Consta de 18 ítems contestados según una escala Likert de 6 puntos. Mide tres dimensiones independientes del locus de

control: una interna y dos externas. El locus de control externo se dividió en dos tipos: “Otros poderosos” este factor está compuesto por la suma de las puntuaciones obtenidas en los ítems 3, 5, 7, 10, 14 y 18 y “Azar” este factor es la suma de los ítems 2, 4, 9, 11, 15 y 16. Solo se tuvieron en cuenta los factores del locus de control externo, ya que éste era nuestro objeto de estudio. La puntuación total del locus de control externo se calcula mediante el promedio de los 12 ítems que miden este tipo de control. La puntuación mínima en el locus de control externo sería cero y la máxima 6. Cuanto mayor sea la puntuación mayor locus de control externo tendrá el sujeto. El alfa de Cronbach para el locus de control externo fue de 0,719. Se decidió medir el locus de control externo agrupando las subescalas de azar y otros poderosos dado que la consistencia de la escala fue mayor en este caso.

Para evaluar el Estrés se utilizó la Escala de Estrés Percibido (PSS-14) en la versión española de Remor y Carrobbles (2001). Esta escala ha sido diseñada para medir el grado en que las situaciones de la vida son evaluadas como estresantes. Se trata de un instrumento de autoinforme que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes. Consta de 14 ítems con un formato de respuesta de una escala de cinco puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo). La puntuación total de estrés percibido de cada sujeto se halla realizando

el sumatorio de los valores que el mismo asigna a cada uno de los ítems, para ello es necesario invertir las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 (en el sentido siguiente: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 y 4=0) y sumando entonces los 14 ítems. A mayor puntuación mayor nivel de estrés percibe el sujeto. El alfa de Cronbach obtenido fue de 0,792.

El apoyo social se midió mediante una adaptación de la Escala de Apoyo Social Percibido desarrollada por Díaz-Veiga (1987). Esta escala evalúa el grado de satisfacción con el apoyo social recibido y el apoyo emocional, material e informacional recibido por parte de la familia, los amigos, otras personas y el personal sanitario mediante escalas Likert desde 1 (nada) a 7 (máximo). En el grupo de personas con enfermedad de Crohn el apartado de “Otras personas” se sustituyó por “Otros enfermos de Crohn”. La puntuación total de apoyo social percibido de cada sujeto se halla realizando el sumatorio de los valores que el mismo asigna a cada una de las dimensiones del apoyo social mencionadas anteriormente. La menor puntuación sería 16 y la mayor 112. A mayor puntuación por tanto mayor nivel de apoyo social percibido por el sujeto. El alfa de Cronbach fue de 0,851.

### **Análisis de datos**

Para llevar a cabo el análisis de los datos y medir la influencia de las tres variables se realizaron contrastes ANOVA

## Cultura de los Cuidados

unifactoriales de éstas con la variable “Grupo” (“Sanos” – “Enfermos sin brote” – “Enfermos con brote”) como factor, se utilizó la prueba de Tukey. Se midieron también los efectos moderadores entre el apoyo social y el estrés y el locus de control externo y el estrés. Para ello se ajustó un modelo de regresión lineal múltiple con las variables predictoras en ambos casos. La variable dependiente fue el estrés y la independiente el apoyo social o el locus de control externo.

Todos los

**Tabla 2. Prueba de Tukey de la relación entre los grupos y el estrés**

Grupos	Escala de Estrés (PSS-14); Media (DE)	Diferencia	Significación
Sin Brote - Sanos	21,88 (10,75) - 22,075 (7,68)	-0,195	0,996
Con Brote - Sanos	28,13 (9,56) - 22,075 (7,68)	6,055	0,013
Con Brote - Sin brote	28,13 (9,56) - 21,88 (10,75)	6,25	0,024

análisis fueron realizados por medio del paquete estadístico SPSS en su versión 21.0.

**Tabla 3. Prueba de Tukey de la relación entre los grupos y el apoyo social**

Grupos	Escala de Apoyo Social; Media (DE)	Diferencia	Significació
Sin Brote - Sanos	67,03 (17,23) - 75,025 (14,87)	-7,995	0,131
Con Brote - Sanos	73,18 (17,54) - 75,025 (14,87)	-1,845	0,877
Con Brote - Sin brote	73,18 (17,54) - 67,03 (17,23)	6,15	0,307

## RESULTADOS

### Influencia directa de las variables estudiadas: estrés, apoyo social y locus de control externo.

#### Estrés

En relación al estrés en la tabla 2 se describe la puntuación media de la escala de estrés entre grupos, siendo estadísticamente significativa la diferencia entre los enfermos

de Crohn con brote y enfermos de Crohn sin brote ( $p=0,024$ ) y entre los enfermos de Crohn con brote y las personas sanas ( $p=0,013$ ).

#### Apoyo Social

En lo referente al apoyo social percibido, no hay diferencias estadísticamente significativas entre las medias obtenidas en los grupos estudiados (Tabla 3).

#### Locus

#### de Control Externo

En cuanto al locus de control externo se observan diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los pacientes enfermos con brote y las personas sanas ( $p=0,048$ ), no encontrándose diferencias en los otros dos grupos (Tabla 4).

caso de los enfermos de Crohn sin brote, ya que existe una relación indirecta y moderada.

**Tabla 4. Prueba de Tukey de la relación entre los grupos y el locus de control externo**

Grupos	Escala Locus de Control; Media (DE)	Diferencia	Significación
Sin Brote - Sanos	2,6 (0,59) - 2,44 (0,74)	0,16	0,616
Con Brote - Sanos	2,81 (0,68) - 2,44 (0,74)	0,37	0,048
Con Brote - Sin brote	2,81 (0,68) - 2,6 (0,59)	0,21	0,437

### Relación entre apoyo social y estrés

En cuanto a la relación existente entre el apoyo social y el estrés se observan diferencias estadísticamente significativas que están relacionadas con el nivel de apoyo social (Tabla 5) cuando se tiene en cuenta el grupo al que los participantes pertenecen ( $p = 0,03$ ). La puntuación de la escala de estrés se modifica en función del apoyo social y además éste varía en función del grupo diagnóstico.

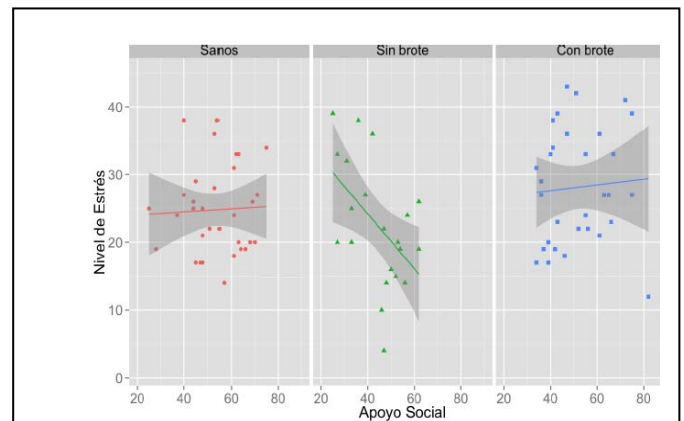


Figura 1. Estrés como función del apoyo social.

**Tabla 5. Modelo de regresión lineal múltiple para el estrés según apoyo social y grupo**

Variable predictora	SC	gl	F	p	w2
Apoyo social	154,2	1	2,5182	0,11658	0,01648
Grupo	233,7	2	1,9077	0,15529	0,01971
Apoyo x Grupo	414,5	2	3,7752	0,03898	0,05176
Error	4777,6	78			

También se comprueba que son estos enfermos los que presentan mayor nivel de apoyo

social percibido.

La figura 1 informa de la relación univariada entre el apoyo social y el estrés, estratificado por grupo, donde se refleja la interacción de ambas variables. El efecto protector del apoyo social se ve claramente en el

### Relación entre locus de control externo y estrés

En lo referente a la relación existente entre el locus de control externo y el estrés se

### Cultura de los Cuidados

comprueba que existen diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,00006$ ) en función del grado de locus de control

se encuentran en fase de brote presentan mayores niveles de estrés percibido que los enfermos de Crohn sin brote y las personas sanas, es decir, son los más estresados de todos los grupos. Queda claro, por tanto, que el estrés está relacionado con los brotes de la enfermedad.

**Tabla 6. Modelo de regresión lineal múltiple para el estrés según locus de control externo y grupo**

Variable predictora	SC	gl	F	p	w2
LCE	934,7	1	17,8942	0,00006	0,15236
Grupo	203,7	2	1,9496	0,14587	0,01713
LCE x Grupo	109	2	1,043	0,3568	0,00078
Error	4492	86			

externo en todos los grupos (Tabla 6). Esta relación es directa y moderada.

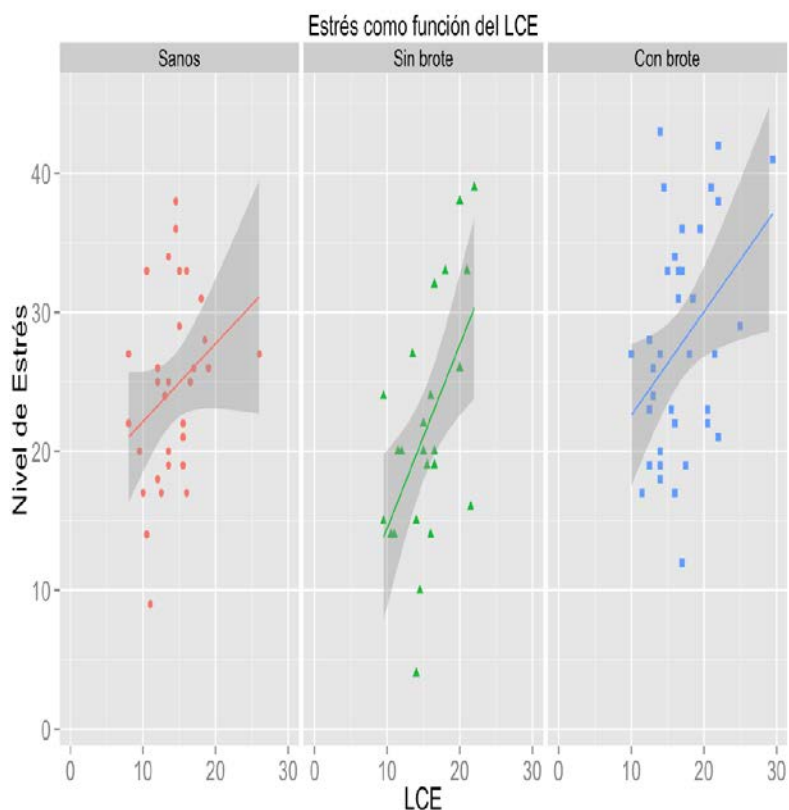
La figura 2 describe la relación univariada entre el locus de control externo y el estrés, estratificado por grupo, donde se observa la interacción de ambas variables en todos los grupos. Además, se constata la influencia del locus de control externo sobre el estrés, de tal modo que a mayor locus de control externo mayor nivel de estrés existe. Cabe resaltar, que son los enfermos de Crohn con brote los que tienen más incrementado el locus de control externo.

### DISCUSIÓN

En este estudio se ha podido comprobar que los enfermos de Crohn que

Además, se ha podido medir que el grupo que mayor locus de control externo presenta es el de los enfermos de Crohn con brote, hecho que influye en la gestión de la enfermedad que realizan derivando según la bibliografía existente en un no cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas que se le indican (Wallston y Wallston,1982), facilitándose así la aparición de los brotes.

**Figura 2. Estrés como función del locus de control externo**



En lo que se refiere al efecto amortiguador del apoyo social sobre el estrés, se comprueba en el caso de los enfermos de Crohn sin brote, que cuanto mayor es el apoyo social percibido menor es su nivel de estrés. Además de medirse que de todos los grupos son estos pacientes los que mayor nivel de apoyo social percibido tienen. Por tanto, es importante que tengan amigos y personas con las que contar, ya que cuando el apoyo social en una persona es alto su nivel de estrés tiende a ser bajo gracias al efecto moderador del mismo (Barrón, 2006). Las investigaciones llevadas a cabo por Jemmott y Locke en 1984 mostraban también resultados consistentes con los encontrados aquí.

En cuanto al locus de control externo para la salud y su efecto sobre el estrés se pone de manifiesto que existe influencia en el estrés por parte del locus de control externo. Es decir, a mayor nivel de locus de control externo mayor nivel de estrés existe. En las investigaciones realizadas por Wallston y Wallston (1982) también se constató que cuanto mayor es el locus de control externo para la salud que presentan las personas mayor nivel de estrés perciben. Así mismo, esto se confirma en las investigaciones lideradas por Lefcourt (1981) y Storms y Spector (1987). Encontramos pues que por doble razón el locus de control para la salud ha de ser una variable importante a tener en cuenta en el manejo de la enfermedad de Crohn.

### **CONCLUSIÓN**

El estrés, el apoyo social y el locus de control para la salud son factores psicosociales que deben considerarse en el curso de la enfermedad de Crohn. Teniendo en cuenta los resultados encontrados en esta investigación deberían desarrollarse programas de intervención, para los equipos multidisciplinares de los profesionales de salud que trabajan con los enfermos de Crohn, destinados a influir en los niveles que los pacientes tienen de estos factores psicosociales. Estos programas deben estar centrados en el manejo del estrés, específicamente en la disminución de los niveles de éste para conseguir así que estos pacientes estén más tranquilos y el desarrollo de los brotes sea menor.

Por otra parte, también deben desarrollarse programas que permitan realizar intervenciones de Enfermería destinadas a aumentar el apoyo social de los pacientes de Crohn, consiguiendo de este modo que se beneficien del efecto amortiguador que tiene esta variable frente al estrés dando lugar a la disminución de sus niveles.

Así mismo, es conveniente desarrollar programas para que los profesionales de la salud puedan trabajar realizando intervenciones destinadas a cambiar las creencias de locus de control que estos pacientes presentan, enfocándolas a aumentar en ellos el locus de control interno, de tal manera que sean capaces de gestionar mejor su enfermedad y amortiguar el efecto negativo que tiene el estrés sobre la misma.



Todas estas intervenciones permitirán a los profesionales de la salud trabajar desde un enfoque humanista e integral y ello facilitará la recuperación temprana de las fases de brote de los pacientes de Crohn e influirá en la no aparición de estos y la estabilidad de la enfermedad.

No obstante, los resultados encontrados en esta investigación deben considerarse teniendo en cuenta las limitaciones de los estudios transversales dado que no establecen causalidad.

### AGRADECIMIENTOS

Gracias a las personas que participaron en este estudio formando parte del grupo de personas sanas, a los enfermos de Crohn con brote que estando ingresados en el hospital cumplieron los cuestionarios, a las personas enfermas de Crohn sin brote que participaron en este estudio y a la Asociación de enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de la Comunidad de Madrid que permitió que contactáramos con ellos.

### BIBLIOGRAFÍA

- Barrón, A. (2006). Apoyo social. En: Hombrados, M.I., García, M.A., López, T. (Coords.). *Intervención Social y Comunitaria*. 2ª ed. Archidona (Málaga): Ediciones Aljibe. pp. 129-136.
- Cámara, R., Gander, M. L., Begré, S., y Von Känel, R. (2011). Post-traumatic stress in Crohn's disease and its association with disease activity. *Frontline Gastroenterology*, 2, 2-9. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1136/fg.2010.002733>
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59(8), 676-684. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.676>
- Díaz-Veiga, P. (1987). Evaluación del apoyo social. En: Fernández-Ballesteros, R. (Editores.). *El ambiente. Análisis psicológico*. 3rd ed. Madrid: Pirámide. p. 125-49.
- Ernst y Young (2016). *Enfermedad Inflamatoria Intestinal: situación actual y retos asistenciales*. Centro de Investigación de Ciencias de la Salud de Ernst y Young. Ernst y Young, S.L.
- Fernández Seara, J. L. (2002). *Estrés y salud*. Granada: Grupo editorial universitario.
- Friedman, S., Blumberg, R. S. (2012). Inflammatory Bowel Disease. En: Jameson, J. L., Fauci, A., Kasper, D., Hauser, S., Longo, D. y Loscalzo, J. (Editors.). *Harrison's Principles of Internal Medicine*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Haller, C., Kemmler, G., Judmair, G., Rathner, G., Kinzl, H., Richter, R. y Günther, V. (2003). Social network and social support in patients with chronic inflammatory bowel disease. *Psychosomatic Medicine Psychotherapy*, 49 (1), 36-38.
- Jemmott, J. y Locke, S. (1984). Psychosocial factors, immunologic mediation and human susceptibility to infectious diseases: How much do we know?. *Psychological Bulletin*, 95, 78-108.
- Kashani, M., Eliasson, A. y Vernalis, M. (2012). Perceived stress correlates with disturbed sleep: a link connecting stress and cardiovascular disease. *Stress*, 15(1), 45-51. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.3109/10253890.2011.578266>

- Klem, P. y Hardie, T. (2002). Depression in internet and face to face cancer support groups: a pilot study. *Oncology Nursing Forum*, 29 (4), 45-51. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1188/02.ONF.E45-E51>
- Lahat, A., Lang, A. y Ben-Horin, S. (2012). Impact of cannabis treatment on the quality of life, weight and clinical disease activity in Inflammatory Bowel Disease patients: A pilot prospective study. *Digestion*, 85, 1-8.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lefcourt, H. M., Miller, R. S., Ware, E. E. y Sherk, D. (1981). Locus of control as a modifier of the relationship between stresses and moods. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 357-369.
- Parkes, K. R. (1991). Locus of control as moderator: an explanation for additive versus interactive findings in the demand-discretion model of work stress? *British journal of psychology*, 82 (3), 291-312.
- Real Pérez, M<sup>a</sup> C., & López Alonso, S.R. (2017). Influencia de los factores psicosociales en adolescentes con Diabetes Mellitus tipo I. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 21(48). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.48.21>
- Remor, E. y Carroble, J. A. (2001). Versión Española de la escala de estrés percibido (PSS-14): estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés*, 7 (2-3), 195-201.
- Rubin, G. P., Hungin, A.P., Chinn, D. J. y Dwarakanath, D. (2004). Quality of life in patients with established inflammatory. *Alimentary Pharmacology Therapy*, 19 (5), 529-535.
- Storms, P.L. y Spector, P.E. (1987). Relationships of organizational frustration with reported behavioural reactions: the moderating effect of locus of control. *Journal of occupational psychology*, 60 (3), 227-234.
- Wallston, K. A. y Wallston, B. S. (1982). Who is responsible for your health? The construct of health locus of control. En Sanders, G. S. y Suls, J. (Eds.), *Social Psychology of Health and Illness* (pp. 65-98). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wallston, K.A., Wallston, B.S., Devellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6 (2), 160-70.



## Confiabilidad y validez de la escala para medir la contribución del cuidador al autocuidado del paciente con insuficiencia cardiaca

**Reliability and validity of the scale to measure the caregiver's contribution to self-care of the patient with heart failure**

**Confiabilidade e validade da escala para mensurar a contribuição do cuidador para o autocuidado do paciente com insuficiência cardíaca.**

**Jorge Luis Herrera<sup>1</sup>, Magda Lucia Flórez<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Magíster en Enfermería. Jefe del Área de Investigación - Programa de Enfermería, Universidad del Sinú - Montería. Correo electrónico: [jlherrera2201@gmail.com](mailto:jlherrera2201@gmail.com)

<sup>2</sup>Magíster en Enfermería con Énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular. Docente Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: [mllforezf@unal.edu.co](mailto:mllforezf@unal.edu.co)

Cómo citar este artículo en edición digital: Herrera Herrera, J.L. & Flórez Flórez, M.L. (2019). Confiabilidad y validez de la escala para medir la contribución del cuidador al autocuidado del paciente con falla cardiaca.. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 23 (55) Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.55.21>

Correspondencia: Programa de Enfermería, Universidad del Sinú. Campus Elías Bechara Zainúm: Cra. 1w No. 38-153, Barrio Juan XXIII, Montería - Córdoba CP: 230001  
Correo electrónico de contacto: [jlherrera2201@gmail.com](mailto:jlherrera2201@gmail.com)



Recibido:07/09/2019

Aceptado:12/11/2019

### ABSTRACT

**Objective:** To determine the reliability and validity of the Spanish version of the scale to measure the caregiver's contribution to self-care of patients with heart failure (CC-SCHFI). **Methodology:** Methodological study, with quantitative approach; which included psychometric tests, applied to family caregivers of people with heart failure. The methodological recommendations of the *International Test Commission* were followed for the cultural adaptation of the translation-back-translation test, semantic adequacy, facial and content validity, reliability through

internal consistency and construct validity). **Results:** An agreement was reached between experts according to the Fleiss Kappa of 0.44 in the relevance dimension, 0.41 in the relevant dimension and a content validity by standardized CVI method of 0.68. The internal consistency of the instrument was optimal with a Cronbach's Alpha coefficient = 0.950. The exploration of the construct yielded a structure of 6 components. **Conclusions:** A Spanish scale was available to address the phenomenon of the caregiver's contribution to the self-care of patients with heart failure, with a factorial analysis that showed that the items of the instrument tend to be grouped into two domains (maintenance and management of self-care) and not three, as proposed by the original instrument.

**Keywords:** heart failure, adherence to treatment, validity of tests, reliability.

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la confiabilidad y validez de la versión en español de la escala para medir la contribución del cuidador al autocuidado del paciente con falla cardíaca (CC-SCHF). **Metodología:** Estudio metodológico, con abordaje cuantitativo; que incluyó pruebas psicométricas, aplicadas a cuidadores familiares de personas con insuficiencia cardíaca. Se siguieron las recomendaciones metodológicas de la *International Test Commission* para la adaptación cultural de la prueba traducción – retrotraducción, adecuación semántica, validez facial y de contenido, confiabilidad mediante la consistencia interna y validez de constructo). **Resultados:** Se obtuvo un acuerdo entre expertos según el Kappa de Fleiss de 0,44 en la dimensión de relevancia, 0,41 en la dimensión de pertinente y una validez de contenido por método normalizado de CVI de 0,68. La consistencia interna del instrumento resultó óptima con un coeficiente de Alpha de Cronbach = 0,950. La exploración del constructo arrojó una estructura de 6 componentes. **Conclusiones:** Se obtuvo una escala en español disponible para abordar el fenómeno de la contribución del cuidador al autocuidado del paciente con falla cardíaca, con un análisis factorial que mostró que los ítems del instrumento tienden a agruparse en dos dominios (de mantenimiento y gestión del autocuidado) y no tres, como lo propone el instrumento original.

**Palabras clave:** insuficiencia cardíaca, adherencia al tratamiento, validez de las pruebas, confiabilidad.

## RESUMO

**Objetivo:** Determinar a confiabilidade e a validade da versão em espanhol da escala para medir a contribuição do cuidador ao autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca (CC-SCHF). **Metodologia:** Estudo metodológico, com abordagem quantitativa; que incluiu testes psicométricos, aplicados a familiares cuidadores de pessoas com insuficiência

cardíaca. As recomendações metodológicas da *International Test Commission* foram seguidas para a adaptação cultural do teste (tradução-retroversão, adequação semântica, validade facial e de conteúdo, confiabilidade por consistência interna e validade de constructo). **Resultados:** Houve concordância entre os especialistas segundo o Fleiss Kappa de 0,44 na dimensão de relevância, 0,41 na dimensão relevante e validade de conteúdo pelo método CVI padronizado de 0,68. A consistência interna do instrumento foi ótima com um coeficiente alfa de Cronbach = 0,950. A exploração do construto produziu uma estrutura de 6 componentes. **Conclusões:** Foi disponibilizada uma escala de espanhol para abordar o fenômeno da contribuição do cuidador para o autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca, com uma análise fatorial que mostrou que os itens do instrumento tendem a ser agrupados em dois domínios (manutenção e manejo dos pacientes). autocuidado) e não três, como proposto pelo instrumento original.

**Palavras-chave:** insuficiência cardíaca, adesão ao tratamento, validade de teste, confiabilidade.

**Palavras-chave:** insuficiência cardíaca, adesão ao tratamento, validade de teste, confiabilidade.

## INTRODUCCIÓN

Las Enfermedades No Transmisibles (ENT), según la Organización Mundial de la Salud (OMS), son padecimientos de larga duración y de progresión generalmente lenta (Organización Mundial de la Salud, 2013). Este tipo de enfermedades ostentan el título de ser la causa de defunción más importante en el mundo, puesto que representan un 63% del número total de muertes al año, especialmente en los países de ingresos bajos y medios (Organización Mundial de la Salud, 2013). Dentro de este grupo de padecimientos se incluyen las enfermedades

cardiovasculares, definidas como un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos las cuales, según la misma OMS, representan las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo. En América, por ejemplo, se produjeron alrededor de 1,6 millones de muertes por este tipo de enfermedades; 30% del total de muertes en la región (Organización Mundial de la Salud, 2013).

En lo que respecta a Colombia, según cifras consolidadas del Departamento Nacional de Estadística (DANE), para el 2014 las causas más frecuentes de muerte fueron las enfermedades isquémicas del corazón, con 34.453 casos certificados que equivalen al 16,4% de fallecimientos. La segunda causa fueron las enfermedades cerebrovasculares, con una participación de 6,8%. Este panorama no fue distinto para los años siguientes, pues los datos para el año 2015 reflejaron cifras muy parecidas, ubicando las cardiopatías isquémicas en el primer lugar con los 16,5%, seguidas de las enfermedades cerebrovasculares con el 6,9%. Respecto al año 2016, las enfermedades isquémicas del corazón ocasionaron el 16,7% de las muertes mientras que las enfermedades cardiovasculares ocasionaron el 6,8%. En otras palabras, las enfermedades asociadas al corazón ocupan los primeros puestos como causales de muerte en el país (DANE, 2014, 2016).

Teniendo en cuenta lo anterior, autores como Hernández (2015) señalan que

esta situación demanda un aumento en la disposición de recursos, no solo en la optimización de las intervenciones orientadas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las cardiopatías, sino también en la búsqueda de identificación de causas de la enfermedad, pautas para su manejo y su control. Dentro de este contexto, los factores de riesgo son características o conductas de las personas que aumentan la probabilidad de sufrir una enfermedad (Organización Mundial de la Salud, 2013). La literatura científica publicada y disponible coincide en que la combinación de una dieta poco saludable, sedentarismo, consumo de tabaco, ingesta de alcohol, entre otros factores, tienen una relación directa con el origen de padecimientos como hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes mellitus tipo 2; todos estos elementos anteriormente mencionados también son factores de riesgo para la salud cardiovascular.

Desde este punto de vista, existen situaciones de cuidado en las que cobra gran importancia la prevención y promoción de la salud, al igual que la modificación de estilos de vida, con el fin de prevenir, cambiar o mejorar el pronóstico de la persona con alteraciones cardiovasculares. De igual forma, múltiples estudios coinciden (Castellano, Narula, Castillo, & Fuster, 2014; Gallardo Solarte, Benavides Acosta, & Rosales Jiménez, 2016) en que la conducta es un aspecto muy importante cuando se analizan los factores de riesgo (si

se excluyen aquellos que tienen un origen genético), por lo que la voluntad del individuo desempeñaría un papel fundamental en el control de estos factores, teniendo en cuenta que la mayoría de ellos son modificables.

En este sentido, se ha demostrado que los factores psicológicos también influyen en el desarrollo de diferentes trastornos cardiovasculares. De igual modo, (en la etiología, prevención y tratamiento de este tipo de padecimientos), se ha descrito una interacción entre grupos de variables, dentro de las cuales se destacan las conductuales, fisiológicas, ambientales y socioculturales (Fernández Abascal, Martín Díaz, & Domínguez Sánchez, 2003) ;lograr un cambio en la conducta es una estrategia decisiva de cara a la prevención y modificación de los factores de riesgo y el rol que cumple el comportamiento en cada uno de ellos.

Conforme lo anterior, no se deben descuidar a los cuidadores, porque son quienes han sido identificados como un recurso importante para los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) en el manejo y afrontamiento de la enfermedad (Buck et al., 2015). Se ha demostrado que los cuidadores ayudan a los pacientes con insuficiencia cardiaca con comportamientos de autocuidado, tales como ayudar a tomar los medicamentos y a proporcionar apoyo emocional sustancial durante la progresión de la enfermedad (Garlo, O'Leary, Van

Ness, & Fried, 2010; Vellone, Riegel, Cocchieri, et al., 2013). Además, el apoyo de los cuidadores incide directamente en los resultados en los pacientes, medidos por la readmisión hospitalaria y la calidad de vida (Luttik, Jaarsma, Moser, Sanderman, & van Veldhuisen, 2005).

En este sentido, algunas teorías identifican los componentes y predictores del autocuidado en la IC, como lo es la de Riegel y Dickson 2008, que luego fue revisada y actualizada (Riegel, Dickson, & Faulkner, 2016). Esta teoría se ha centrado específicamente en el proceso que los pacientes con IC utilizan para el autocuidado; dentro de ese proceso, se encuentra la influencia que tiene el apoyo brindado por los cuidadores de estos pacientes. Diversos estudios recomiendan investigaciones relacionadas con este fenómeno para examinar el impacto de las contribuciones de los cuidadores en los resultados de autocuidado del paciente (Buck et al., 2015). Sin embargo, grupos de investigación se están enfocando en la medición del aporte dado por los cuidadores al autocuidado del paciente con insuficiencia cardiaca, por lo que actualmente existen validados en varios contextos dos instrumentos que permiten esta medición: la escala CC-SCHF (Caregiver Contribution to Self-Care of Heart Failure Index) y el cuestionario CACHS (Caregiver Contribution to Heart Failure Self-care).

Conforme al instrumento CACHS, este fue estructurado mediante una búsqueda orientada por revisiones sistemáticas, cuyo objetivo era conocer las actividades de ayuda brindadas por los cuidadores de pacientes con falla cardíaca y la opinión de expertos en el tema. De este proceso surgió un instrumento de 36 ítems distribuidos en 3 dominios, con una validez de contenido general de 0,88; para cada dominio, la validez fue de 0,88 para el mantenimiento del autocuidado, 0,96 para la vigilancia de los síntomas y 0,96 para el autocuidado. Estos datos reflejan un alto acuerdo entre evaluadores, sin embargo recomiendan continuar con otro tipo de pruebas de validez y confiabilidad (Harkness et al., 2016).

Por otra lado, el instrumento CC-SCHFÍ identificó las actividades de apoyo realizadas por los cuidadores y además las relaciona con los supuestos teóricos contenidos en la teoría de situación específica de Barbara Riegel (Vellone, Riegel, D'Agostino, et al., 2013). De este modo, el instrumento ubica dichas actividades en tres dominios: mantenimiento de autocuidado, manejo o gestión de autocuidado y confianza en el cuidado de sí mismo, con un total de 22 ítems; pruebas psicométricas reportaron una consistencia interna de 0,80 y una correlación interclase de 0,9.

Teniendo en cuenta el número de ítems, las pruebas psicométricas documentadas y el soporte teórico disciplinar, se eligió determinar a través de la presente

investigación, la confiabilidad y validez de la versión en español de la escala para medir la contribución del cuidador al autocuidado del paciente con falla cardíaca CC-SCHFÍ, específicamente para el contexto colombiano.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio fue de tipo metodológico con enfoque cuantitativo e incluyó la realización de pruebas psicométricas, las cuales se aplicaron a cuidadores familiares de personas con insuficiencia cardíaca, para establecer la confiabilidad y validez de la versión en español de la escala para medir la contribución del cuidador al autocuidado del paciente con falla cardíaca (CC-SCHFÍ), con previo aval del autor de la versión original del instrumento.

### *Traducción y ajuste lingüístico*

A partir de la versión original en inglés del instrumento CC-SCHFÍ, se realizó la traducción formal al castellano por un traductor oficial. Esta traducción fue llevada a trabajo de campo con 290 cuidadores de pacientes con falla cardíaca para establecer la comprensibilidad de cada uno de los ítems. A las personas que decidieron participar, se les preguntó si comprendían o no cada una de las preguntas, para posteriormente establecer el porcentaje de comprensibilidad de cada uno de los ítems, de manera que se estableció que un resultado menor al 90% implicaba una reestructuración a fondo del ítem; entre 90-95% se requería un ajuste menor y si era mayor al 95% el

ítem no requería modificación alguna. Con los resultados de este proceso, se realizaron los ajustes de tipo lingüístico y semántico y una traducción dinámica, obteniendo la versión en español de la escala.

#### ***Validez facial, de contenido y constructo***

La propuesta de la versión en español fue sometida a juicio de 10 expertos, los cuales fueron seleccionados bajo los siguientes lineamientos: 1. tener idealmente formación en posgrado (especialización, maestría, doctorado) o como mínimo cinco de años de experiencia en el área cardiovascular (en cualquier nivel de complejidad), 2. experiencia certificada en el cuidado de adultos con falla cardíaca y sus cuidadores o 3. procesos académicos en labor docente o investigativa.

El investigador se contactó con los expertos vía mensajes electrónicos, entregando la versión en español con ajustes lingüísticos de la escala y una plantilla donde debían evaluar los dominios de relevancia, pertinencia y esencialidad de cada uno de los ítems. La validez facial por expertos se determinó mediante la concordancia en los dominios de relevancia (el ítem es importante y por lo tanto debe permanecer en el instrumento) y pertinencia (el ítem es apropiado o congruente con lo que se está midiendo), mediante el cálculo del índice Kappa de Fleiss.

Para la validez de contenido se tuvo en cuenta la calificación en el dominio esencial,

es decir, si el ítem medía la habilidad, el conocimiento o la competencia para el desempeño de una tarea. Al respecto, se realizó el cálculo de los índices CVR (Content Validity Ratio), para cada ítem, e IVC (Índice de Validez de Contenido), para toda la prueba, propuestos por Tristán (2003). Para ambos índices, los valores debían ser superiores a 0,58. La validez de constructo se realizó mediante un análisis factorial exploratorio, mediante el programa estadístico SPSS versión 24, licenciado a la Universidad del Sinú, Montería.

#### ***Confiabilidad***

La confiabilidad del instrumento fue medida mediante el Alpha de Cronbach general y para cada uno de los tres dominios que componen la escala.

### **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

La fase inicial del presente estudio consistió en el proceso de traducción del instrumento desde su idioma original, teniendo en cuenta el concepto de equivalencia lingüística, para ser sometido a pruebas de adaptación cultural. Durante este procedimiento, fue necesaria la adecuación semántica, que incluyó cambios en algunos de los ítems (Tabla 1) para poder garantizar la comprensión y contextualización del instrumento por parte de las personas a las cuales va dirigido.

El instrumento sometido a pruebas psicométricas en el presente estudio derivó



de revisiones y análisis por parte de los autores y de actividades llevadas a cabo por pacientes y cuidadores en el contexto del diagnóstico de falla cardíaca, cuyos datos fueron reportados en diversas publicaciones científicas (Buck et al., 2015). Posiblemente, algunas de las actividades incluidas en el instrumento no fueron realizadas por los participantes del estudio, motivo por el cual ello puede influir en la comprensión del ítem. Teniendo en cuenta lo anterior, y basándose en otros autores (Gaite, Ramírez, Herrera, & Vázquez-Barquero, 1997; Hambleton & Patsula, 1998), es preciso considerar que el fin primordial de cualquier traducción es obtener la equivalencia conceptual, sin embargo hay que tener siempre presente la necesidad de trascender la simple equivalencia lingüística para obtener traducciones conceptual y culturalmente equivalentes, aun en detrimento de su similitud lingüística.

Para la validez de contenido, se llevó a cabo la presentación del instrumento a un panel de expertos, aplicando luego la fórmula para el CVR normalizado por Tristán (Tristán-López, 2003). El CVR (Content Validity Ratio) es la proporción de acuerdos en la categoría de esencial, siendo este último un atributo solicitado por los expertos para evaluar si el ítem es capaz de medir la habilidad, el conocimiento o la competencia para el desempeño de una tarea por parte de los cuidadores. En este sentido, el puntaje aceptable según el CVR debe ser mayor o igual a 0,58 del total de acuerdos.

Así mismo, otro cálculo estadístico propuesto por Tristán es el cálculo del CVI (Content Validity Index) como promedio del CVR de todos los ítems del instrumento. Se considera un conjunto de ítems aceptable si su CVI es superior a 0,58 y solo se reporta el valor promedio obtenido. De igual forma, el CVI del instrumento “se refiere a la concordancia entre la capacidad (habilidad, competencia, conocimiento, etc.) solicitada en un dominio específico y el desempeño solicitado en la prueba que trata de medir dicho dominio” (Tristán-López, 2003).

En este contexto, en la prueba de validez de contenido por expertos para el instrumento CC-SCHFI adaptado al contexto colombiano, se encontró un CVI total de 0,68, por lo cual se considera aceptable, lo que quiere decir que los ítems del instrumento son comprensibles en todos los criterios evaluados y miden en forma aceptable la contribución del cuidador al autocuidado del paciente con falla cardíaca.

Sin embargo, al discriminar estos resultados por ítem, se puede evidenciar que los ítems 2 y 9, del dominio de mantenimiento, 14 y 16, del dominio de gestión, y 21 y 22, del dominio de confianza, no obtuvieron un CVI aceptable. Teniendo en cuenta estos resultados, y al revisar las evaluaciones realizadas por el panel de expertos en estos ítems en particular, las observaciones coincidieron en que son actividades que no aportan al autocuidado del paciente con falla cardíaca desde el cuidador.

Por otra parte, se realizó la medición del índice de Kappa, con el fin de evaluar la validez facial, para lo cual se les solicitó a los jueces evaluar dos dimensiones denominadas relevancia (el ítem es importante y por lo tanto debe permanecer en el instrumento) y pertinencia (el ítem es apropiado o congruente con lo que se está midiendo). De esta forma, se encontró que la fuerza de concordancia fue moderada para ambas dimensiones, con valores de 0,44 y 0,41 respectivamente.

Así mismo, se encontraron recomendaciones durante la fase de juicio por expertos que dieron cuenta de discrepancias sobre si todos los ítems eran relevantes, pertinentes y esenciales para el instrumento y su capacidad de medir realmente los constructos de mantenimiento, gestión y confianza. Para conocer la confiabilidad, se llevó a cabo el cálculo del Alpha de Cronbach al ser un instrumento de naturaleza multidimensional, se realizó el cálculo de medidas de consistencia interna para cada uno de los dominios que lo conforman (Barbaranelli, Lee, Vellone, & Riegel, 2015).

El rango para un Alpha de Cronbach es aceptable está cuando oscila entre 0,70 y 0,9, como ya se había descrito previamente. Para la consistencia interna general de toda la escala, se obtuvo un Alpha de 0,950, lo que indica que los ítems del instrumento miden efectivamente la contribución del cuidador al autocuidado del paciente con

falla cardiaca, haciéndolo un instrumento confiable y consistente.

Para los dominios de mantenimiento del autocuidado, gestión del autocuidado y confianza en el autocuidado, los resultados fueron 0,80, 0,76 y 0,93 respectivamente; en este sentido, se encontró más alta la confiabilidad para el dominio de confianza en el autocuidado, evidenciando que sus ítems están más relacionados con este dominio. Para los otros dos, la confiabilidad sigue siendo igualmente aceptable, aunque se encontró más baja que en el dominio de confianza, evidenciando que sus ítems no están tan altamente correlacionados.

Ahora bien, al comparar estos resultados con el estudio de Vellone y colaboradores (2013), existe coincidencia con los resultados del presente trabajo, pues en ellos se obtuvo una confiabilidad de 0,80 en las dimensiones de mantenimiento y confianza y una más baja en el dominio de gestión con una puntuación de 0,65, lo que concuerda con los datos de esta investigación.

En relación con la validez de constructo, esta se determinó mediante un análisis factorial exploratorio con extracción por componentes principales y rotación Varimax; para la presente investigación, se estableció como criterio de extracción de factores valores propios superiores a 1. A partir de ello, se encontraron 6 factores que agruparon los ítems, siendo los factores 1, 2 y 3 los que presentaron mayor carga

factorial. El análisis estadístico se describe a continuación:

- Factor 1: agrupó ítems orientados al dominio relacionado con el mantenimiento del autocuidado, como lo son los ítems 4, 5 y 8. Sin embargo, los ítems 15 y 16 hacen parte del dominio de gestión de los síntomas y el 17 hace parte del dominio de confianza.
- Factor 2: agrupó solo los ítems 11, 13, 14, que en la escala hacen parte del dominio de gestión del autocuidado. El resto de los ítems hacen parte de los dominios de mantenimiento y confianza.
- Factor 3: agrupó los ítems 7 y 2, los cuales en la escala original hacen parte de los dominios de mantenimiento y confianza.
- Factor 4, 5 y 6 agruparon los ítems 12, 9 y 6 respectivamente, que hacen parte de gestión y mantenimiento.

Teniendo en cuenta estos resultados y contrastándolos con los obtenidos en la validez de contenido, se encuentra relación entre los ítems con baja puntuación en CVI (2, 9, 12, 16, 21, 22) y la validez de constructo, porque estos mismos ítems presentaron extracción factorial hacia los factores 4, 5 y 6 o a otros factores no

relacionados con el dominio al cual pertenecían en la escala original. Por esta razón, a partir de las cargas factoriales presentadas, se deduce que estos ítems no se pueden definir como un dominio específico.

No se encontró relación entre la distribución de los ítems por dominio y el número total de estos, tanto de la escala original como de los obtenidos con el Análisis Factorial Exploratorio contemplado en el presente diseño, no es posible para el investigador definir qué ítems miden qué factores, ni tampoco las relaciones que se suponen entre los mismos (Lloret-Segura, Ferreres-Traver, Hernández-Baeza, & Tomás-Marco, 2014).

## CONCLUSIONES

Mediante la traducción de esta escala desde su idioma original, se logró el análisis de elementos conceptuales que en teoría miden el constructo en cuestión, sin embargo para ello fue necesaria la contextualización y el ajuste desde el punto de vista semántico y lingüístico para hacer más comprensible el instrumento en el contexto colombiano. Esto dio como resultado un instrumento disponible para abordar el fenómeno de la contribución del cuidador al autocuidado del paciente con falla cardíaca.

Para el instrumento en cuestión, se obtuvo una validez facial mediante la evaluación de acuerdo con expertos según el Kappa de Fleiss de 0,44 en la dimensión de relevancia y 0,41 en la dimensión de

pertinente, lo que representa una concordancia moderada. En cuanto a la validez de contenido, esta fue de 0,68, donde el panel de expertos consideró que los ítems 2, 9, 14, 16, 21 y 22 no se relacionaban con el constructo general que se pretendía medir con el instrumento, lo que influyó en los resultados de la evaluación de estos aspectos.

En cuanto a la consistencia interna total de instrumento, esta se presentó como óptima, con un coeficiente Alpha de Cronbach = 0,950 y una confiabilidad superior a 0,7 para cada uno de los dominios, lo cual cumple con los parámetros teóricos de fiabilidad y demuestra que el instrumento es homogéneo. Esto da cuenta desde el punto de vista de la confiabilidad que el instrumento sí mide los dominios de mantenimiento, gestión y confianza y estos, a su vez, miden la contribución del cuidador al autocuidado del paciente con falla cardiaca.

En cuanto a la exploración del constructo, el análisis factorial exploratorio arrojó una estructura de 6 factores, de los cuales solo 2 agrupaban ítems con carga factorial suficiente para lograr definir a estos factores como dominios (mantenimiento y gestión). Sin embargo, estos no coincidieron con la distribución de tres dominios que presentaba la escala original. Estos resultados también permitieron observar que los ítems agrupados en los dominios de mantenimiento y gestión se mezclaban entre

sí, lo cual lleva a pensar que deben revisarse nuevamente para identificar cuáles verdaderamente miden el mantenimiento y cuáles miden la gestión de acuerdo con la teoría de Riegel.

La presente investigación se convierte en un punto de partida para el estudio de las contribuciones realizadas por los cuidadores de pacientes con diagnóstico de falla cardiaca, operacionalizadas mediante un indicador empírico. El instrumento seleccionado engloba una gama de acciones reportadas por la literatura y llevadas a cabo por cuidadores de este tipo de pacientes. Desde el punto de vista disciplinar y teórico, contar con un indicador empírico enfocado al cuidador permite el diseño, implementación, evaluación y análisis de acciones multidisciplinares e intersectoriales que se puedan aplicar a la diada paciente y cuidador. De este modo, se fortalece el autocuidado, considerado un elemento importante y un predictor de éxito en el abordaje del paciente con falla cardiaca y no debe ser tomado de manera aislada o individualizada, puesto que los cuidadores son pieza fundamental en el logro, mantenimiento y seguimiento de este en los pacientes. Finalmente, teniendo en cuenta que la investigación es una herramienta que cualifica la práctica de enfermería, la revisión conceptual permitió el análisis de una teoría de situación específica, la teoría del autocuidado del paciente con falla cardiaca, la cual aporta elementos que enriquecen la práctica y que responden a las

necesidades del fenómeno de autocuidado en estos pacientes.

instrumentos de evaluación en psiquiatría: aspectos metodológicos. *Arch Neurobiol*, 60(2), 91–111.

## CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno declarado.

## BIBLIOGRAFÍA

- Barbaranelli, C., Lee, C. S., Vellone, E., & Riegel, B. (2015). The problem with Cronbach's Alpha: comment on Sijtsma and van der Ark (2015). *Nurs Res*, 64(2), 140–145. doi: <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000079>
- Buck, H. G., Harkness, K., Wion, R., Carroll, S. L., Cosman, T., Kaasalainen, S., et al. (2015). Caregivers' contributions to heart failure self-care: A systematic review. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 14(1), 79–89. doi: <https://doi.org/10.1177/1474515113518434>
- Castellano, J., Narula, J., Castillo, J., & Fuster, V. (2014). Promoción de la salud cardiovascular global: estrategias, retos y oportunidades. *Rev Esp Cardiol*, 67(9), 724–730.
- DANE. (2014). Nacimientos y defunciones: Cifras definitivas 2014.
- DANE. (2016). Cifras preliminares 2015-2016.
- Fernández Abascal, E. G., Martín Díaz, M. D., & Domínguez Sánchez, F. J. (2003). Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema*, 15(4), 615–630.
- Gaité, L., Ramírez, N., Herrera, S., & Vázquez-Barquero, J. L. (1997). Traducción y adaptación transcultural de instrumentos de evaluación en psiquiatría: aspectos metodológicos. *Arch Neurobiol*, 60(2), 91–111.
- Gallardo Solarte, K., Benavides Acosta, F. P., & Rosales Jiménez, R. (2016). Costos de la enfermedad crónica no transmisible: la realidad colombiana. *Rev Cienc Salud*, 14(1), 103–114.
- Garlo, K., O'Leary, J., Van Ness, P., & Fried, T. (2010). Burden in caregivers of older adults with advanced illness. *J Am Geriatr Soc*, 58(12), 2315–2322.
- Hambleton, R. K., & Patsula, L. (1998). Adapting Tests for Use in Multiple Languages and Cultures. *Social Indicators Research*, 45(1–3), 153–171. doi: <https://doi.org/10.1023/A:1006941729637>
- Harkness, K., Buck, H. G., Arthur, H., Carroll, S., Cosman, T., McGillion, M., et al. (2016). Caregiver Contribution to Heart Failure Self-Care (CACHS). *Nurs Open*, 3(1), 51–60. <https://doi.org/10.1002/nop2.35>
- Hernández Galvis, D. Y. (2015). Relación entre estados de salud y riesgos de no adherencia al tratamiento en pacientes en rehabilitación cardíaca. *Av Enferm*, 33(1), 114–123.
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., & Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *An Psicol*, 30(3), 1151–1169. doi: <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>
- Luttk, M., Jaarsma, T., Moser, D., Sanderman, R., & van Veldhuisen, D. (2005). The importance and impact of social support on outcomes in patients with heart failure: an overview of the literature. *J Cardiovasc Nurs*, 20(3), 162–169.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). 10 datos sobre las enfermedades no transmisibles.

- Riegel, B., & Dickson, V. V. (2008). A situation-specific theory of heart failure self-care. *J Cardiovasc Nurs*, 23(3), 190–196. doi: <https://doi.org/10.1097/01.JCN.0000305091.35259.85>
- Riegel, B., Dickson, V. V., & Faulkner, K. M. (2016). The Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-Care. *J Cardiovasc Nurs*, 31(3), 226–235. doi: <https://doi.org/10.1097/JCN.000000000000000244>
- Tristán-López, A. (2003). Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Avances en medición*, 6(1), 37–48.
- Vellone, E., Riegel, B., Cocchieri, A., Barbaranelli, C., D'Agostino, F., Glaser, D., ... Alvaro, R. (2013). Validity and Reliability of the Caregiver Contribution to Self-care of Heart Failure Index. *J Cardiovasc Nurs*, 28(3), 245–255. doi: <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e318256385e>
- Vellone, E., Riegel, B., D'Agostino, F., Fida, R., Rocco, G., Cocchieri, A., & Alvaro, R. (2013). Structural equation model testing the situation-specific theory of heart failure self-care. *J Adv Nurs*, 69(11), 2481–2492. doi: <https://doi.org/10.1111/jan.12126>

**Tabla 1: Palabras o ítems con cambios por ajuste lingüístico**

Palabra o ítem	Versión final
Ítem 2 ¿A revisar los tobillos para la hinchazón?	¿A revisar si sus tobillos están hinchados?
Ítem 5 ¿A mantener las citas con el doctor o la enfermera?	¿A asistir a citas con el doctor o la enfermera?
Ítem 14 ¿A tomar una pastilla de agua extra?	¿Tomar una pastilla de diurético extra?
Ítem 22 ¿Evaluar cómo de bien funciona un remedio?	¿Evaluar qué tan bien funciona un remedio?
Eliminar preposición a de los ítems 12 al 15	Dichos ítems fueron eliminados.
A reducir la sal en la dieta.	Reducir la sal en la dieta.
A reducir la ingesta de líquidos.	Reducir la ingesta de líquidos.
A tomar una pastilla de diurético extra.	Tomar una pastilla de diurético extra.
A llamar al médico o enfermera para orientación.	Llamar al médico o enfermera para orientación.
Ítem 11, cambiar opción de respuesta: No ha tenido estos.	No ha tenido.

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 2: Ítems que no cumplieron con el valor mínimo aceptado de CVR**

Ítem	Esencial	Útil, pero no necesario	No necesario	(CVR') <sup>a</sup>
Ítem 2	2	8	0	0,2
Ítem 9	1	4	5	0,1
Ítem 14	3	3	4	0,3
Ítem 16	3	1	6	0,3
Ítem 21	3	7	0	0,3
Ítem 22	3	1	6	0,3

<sup>a</sup> Coeficiente de validez  $CVR = \frac{n_e}{N}$  por ítem. Ítem aceptable con  $CVR' > 0,58$ .

Fuente: elaboración propia.

## **Incertidumbre en los cuidadores de niños hospitalizados en unidades de: cuidado intensivo neonatal – cuidado intensivo pediátrico (UCIN-UCIP)**

**Uncertainty in caregivers of children hospitalized in units of neonatal intensive care - pediatric intensive care (NICU –UCIP)**

**Incerteza em cuidadores de crianças internadas em unidades de terapia intensiva neonatal - terapia intensiva pediátrica (NICU-UCIP)**

**Martha Ligia Velandia Galvis<sup>1</sup>, Gloria Omaira Bautista Espinel<sup>2</sup>, Camila Amaya Quintero<sup>3</sup>, Jofren Andrés Arévalo Rangel<sup>4</sup>, Natalia Bayona Pérez<sup>5</sup>**

<sup>1</sup> Enfermera Especialista en cuidado crítico. Profesora Auxiliar, Universidad Francisco de Paula Santander, adscrita al departamento de Atención clínica y rehabilitación en salud del programa de enfermería. Coordinadora de Asignatura Fundamentos del Cuidado II- directora del Semillero de Investigación: “Gestores de investigación del cuidado de enfermería” (GESICE), Estudiante de Doctorado en Bioética. Correo electrónico: [marthaliagiavg@ufps.edu.co](mailto:marthaliagiavg@ufps.edu.co)

<sup>2</sup> Enfermera PhD Bioética. Profesora Asistente, Universidad Francisco de Paula Santander, adscrita al departamento de promoción, protección y gestión en salud del programa de enfermería. Coordinadora de Asignatura Gerencia de los Servicios de Enfermería- Directora Grupo de Investigación Cuidado de Enfermería GICE. Correo electrónico: [gloriabautista@ufps.edu.co](mailto:gloriabautista@ufps.edu.co)

<sup>3</sup> Enfermera Profesional. Egresada de la Universidad Francisco de Paula Santander. Coordinador de Promoción y Prevención Centro de Salud Cachira, adscrito a la ESE Regional Occidental- Norte de Santander. Correo electrónico: [camilaag@ufps.edu.co](mailto:camilaag@ufps.edu.co)

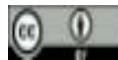
<sup>4</sup> Enfermero Profesional. Egresado de la Universidad Francisco de Paula Santander. Coordinador de Promoción y Prevención Centro de Salud Bucarasica, adscrito a la ESE Regional Norte- Norte de Santander. Correo electrónico: [jofrenandresar@ufps.edu.co](mailto:jofrenandresar@ufps.edu.co)

<sup>5</sup> Enfermera Profesional. Egresada de la Universidad Francisco de Paula Santander. Coordinador de Promoción y Prevención UBA VIHONCO, adscrito a Nueva EPS- Norte de Santander. Correo electrónico: [nathaly2023@hotmail.es](mailto:nathaly2023@hotmail.es)

Cómo citar este artículo en edición digital: Velandia Galvis, M. L., Bautista Espinel, G. O., Amaya Quintero, C., Arévalo Rangel, J.A., & Bayona Pérez, N. (2019). Incertidumbre en los cuidadores de niños hospitalizados en unidades de: cuidado intensivo neonatal – cuidado intensivo pediátrico (UCIN-UCIP). *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 23 (55) Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.55.22>

Correspondencia: Calle 4ª N° 11E-36 Quinta Oriental, Cúcuta- Norte de Santander- Colombia. CP: 540003.

Correo electrónico de contacto: [gloriabautista@ufps.edu.co](mailto:gloriabautista@ufps.edu.co)



Recibido:01/09/2019

Aceptado:18/11/2019

### **ABSTRACT**

Objective: To determine the level of

uncertainty regarding the disease and the importance of the factors that influence the experience of caregivers of children aged 0 to 14 years hospitalized in



neonatal and pediatric ICU. Materials and methods: mixed research, with systematic integration of quantitative and qualitative methods, through the analytical triangulation of the results, the quantitative sample consisted of 285 caregivers of children admitted to the ICU and 10 key informants in the qualitative component. Results: The global uncertainty in the surveyed population was: regular, with 57%, high in 36%, only 7% presented low level; The qualitative categories were: difficult experience, unpredictability, paternal bond, support, quality of attention, spirituality, hope and unique experience. The analytical triangulation showed the applicability of the theoretical postulates in the context. Conclusion: Uncertainty is a unique experience, framed by feelings and emotions generate a new perspective, delineated by factors associated with the state of health, such as: ambiguity, lack of clarity and information about the facts experienced by children. Communication with health personnel is relevant, since it allows the caregiver to develop effective coping strategies, reduce negative feelings, promote links, support and capacity to accept events. **KeyWords:** Family caregivers, hospitalization, life experiences, nursing theory.

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar el nivel de incertidumbre ante la enfermedad y el significado de los factores que influyen en la experiencia de los cuidadores de niños de 0 a 14 años hospitalizados en UCI neonatal y pediátrica. **Materiales y métodos:** investigación mixta, con integración sistemática de los métodos cuantitativo y cualitativo, mediante triangulación analítica de los resultados, la muestra cuantitativa estuvo conformada por 285 cuidadores de niños internados en las UCI, y 10 informantes claves en el componente cualitativo. **Resultados:** La incertidumbre global en la población encuestada fue: regular, con un 57%, alto en un 36 %, solo el 7% presento nivel bajo; las categorías cualitativas fueron: experiencia difícil, imprevisibilidad, vínculo parental, apoyo, calidad de la atención, espiritualidad, esperanza y experiencia única. La

triangulación analítica evidenció la aplicabilidad de los postulados teóricos en el contexto. **Conclusión:** La incertidumbre es una experiencia única, enmarcada por sentimientos y emociones generan una nueva perspectiva, delineada por factores asociados al estado de salud, como: ambigüedad, falta de claridad e información respecto a los hechos experimentados por los niños. Comunicarse con el personal de salud es relevante, porque permite al cuidador desarrollar estrategias de afrontamiento eficaces, disminuir sentimientos negativos, promover vínculos, soporte y capacidad para aceptar eventos.

**Palabras clave:** cuidador familiar, internación hospitalaria, experiencias de vida, teoría de enfermería.

## RESUMO

**Objetivo:** Para determinar o nível de incerteza na doença ea importância dos fatores que influenciam a experiência de cuidadores de crianças de 0 a 14 anos internados em UTI neonatal e pediátrica. **Materiais e métodos:** pesquisa conjunta com a integração sistemática de métodos quantitativos e qualitativos, usando triangulação analítica dos resultados, amostra quantitativa consistiu de 285 cuidadores de crianças na UTI e 10 informantes-chave no componente qualitativa. **Resultados:** A incerteza global na população pesquisada foi: regular, com 57%, alta de 36%, apenas 7% apresentaram baixo nível; As categorias qualitativas foram: experiência difícil, imprevisibilidade, vínculo parental, apoio, qualidade do cuidado, espiritualidade, esperança e experiência única. A triangulação analítica mostrou a aplicabilidade dos postulados teóricos no contexto. **Conclusão:** A incerteza é uma experiência única, emoldurado por sentimentos e emoções gerar uma nova perspectiva delineada por fatores relacionados à saúde, como a ambigüidade, a falta de clareza e de informação sobre os acontecimentos vividos por crianças. A comunicação com o pessoal de saúde é relevante, pois permite que o cuidador desenvolva estratégias eficazes de enfrentamento, reduza sentimentos negativos, promova vínculos, suporte e

capacidade para aceitar eventos.

**Palavras-chave:** cuidadores familiares, hospitalização, experiências de vida, teoria de enfermagem.

## INTRODUCCIÓN

La atención al paciente pediátrico amerita por parte de enfermería no solo conocimientos específicos, sino también una disposición especial que involucre en su contexto a niños y cuidadores, según Ortigosa (2000), en pediatría: “el proceso de hospitalización conlleva múltiples elementos estresantes en un período de tiempo generalmente breve” (p.86). Fernández y López (2006), sostiene que [...] la hospitalización sigue siendo en la actualidad una circunstancia que implica, por regla general, una activación ante la percepción de una situación como amenazante e incluso atemorizante, asociándose, así mismo, a perturbaciones en los procesos de adaptación personal. (p.1)

La Unidad de cuidados intensivos es el lugar donde se encuentran los pacientes cuyo estado de salud es crítico y por lo cual requieren vigilancia, atención y cuidado especial continuo para mantener la vida; se especializa en la atención, este suele ser un lugar nuevo e inexplorado para la mayoría de los padres y a donde nunca se imaginaron tener que acudir (Gallegos, Reyes y Silvan, 2013). La mayoría de los padres al desconocer o no comprender del todo el estado de salud de su hijo realizan imaginarios que los hacen aflorar un sin número de emociones; el ingreso a la unidad u hospitalización del menor “es una vivencia

impactante que provoca incertidumbre, impotencia y pesimismo en los padres” (Ocampo, 2013, p.1). La investigación se realizó en el II semestre de 2017 y I trimestre de 2018 en una institución hospitalaria de la ciudad de Cúcuta.

## MATERIAL Y MÉTODO

Investigación mixta concurrente, con integración sistemática de los métodos cuantitativo y cualitativo en el mismo estatus, (se dio simultaneidad en la aplicación de los métodos y ninguno de ellos se priorizo sobre el otro). Mediante triangulación analítica de los resultados, se realizó contraste teórico, (metainferencias). El marco metodológico aplicado, toma como referentes a autores como Miles y Huberman (1994), quienes plantean que el proceso de análisis de datos involucra: Reducción de datos, disposición y transformación de datos para su presentación, obtención de resultados mediante la Interpretación y verificación de conclusiones.

La muestra estuvo conformada por 285 padres cuidadores de niños de 0 a 14 años hospitalizados en la UCIN-UCIP de una clínica de la ciudad de Cúcuta; para la selección de la muestra se llevó a cabo muestreo concurrente para métodos mixtos; seleccionando la muestra cuantitativa y cualitativa de forma simultánea: a. Mediante muestreo no probabilístico por conveniencia en la muestra cuantitativa, b. Por medio de muestreo intencional homogéneo se conformó el grupo de informantes para la

### Cultura de los Cuidados

fase cualitativa, hasta alcanzar la saturación teórica, de la información dada.

Para los datos cuantitativos; se utilizó el instrumento “escala de percepción de incertidumbre en padres frente a la enfermedad de sus hijos” desarrollado por la Dr. Merle Mishel, traducido, validado y adaptado por el Enfermero Magister Álvaro

entrevistas a profundidad y notas de campo (Ulan, 2006; Kerma 2015). Los aspectos éticos se basaron en lo establecido en la resolución 8430 (Ministerio de Salud, 1993), que establece que este tipo de investigaciones es sin riesgo, el comité de ética de la Entidad de Salud, entidad que dio su aval, mediante autorización institucional.

**Tabla 1. Aspectos socio demográficos de los participantes**

<b>PARTICIPANTES POR SEXO Y PARENTESCO</b>	<b>FRECUENCIAS</b>	<b>%</b>	<b>SUBTOTAL</b>
Hombres / Padres	56	19,6%	285
Mujeres / Madres	229	80,4%	
<b>EDAD MINIMA</b>	<b>EDAD PROMEDIO</b>	<b>EDAD MÁXIMA</b>	<b>DESVIACIÓN ESTÁNDAR</b>
18	28,2	53	7,5
<b>PROCEDENCIA</b>	<b>FRECUENCIAS</b>	<b>%</b>	<b>SUBTOTAL</b>
RURAL	8	2,8%	285
URBANA	277	97,2%	
<b>ESTRATO SOCIO ECONÓMICO</b>	<b>FRECUENCIAS</b>	<b>%</b>	<b>SUBTOTAL</b>
UNO	39	2,8%	285
DOS	171	97,2%	
TRES	67	23,5%	
CUATRO	8	2,8%	
<b>SITUACION LABORAL</b>	<b>FRECUENCIAS</b>	<b>%</b>	<b>SUBTOTAL</b>
EMPLEADO	142	49,9%	285
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	57	20%	
HOGAR- AMA DE CASA	86	30,1%	
<b>RELIGIÓN</b>	<b>FRECUENCIAS</b>	<b>%</b>	<b>SUBTOTAL</b>
CRISTIANA	48	17,0%	285
CATOLICA	237	83,0%	
<b>COMPROMISO RELIGIOSO</b>	<b>FRECUENCIAS</b>	<b>%</b>	<b>SUBTOTAL</b>
BAJO	63	22,1%	285
MEDIO	139	48,8%	
ALTO	83	29,10%	

Fuente: Elaboración propia

Bolívar en la ciudad de Cartagena reportando un alfa de Cronbach de 0.79, este cuestionario cuenta con 31 ítems que engloban las dimensiones o factores de: falta de claridad, falta de información, ambigüedad e imprevisibilidad (Bolívar, 2015). Así mismo para el desarrollo de la fase cualitativa, se realizó por medio de

Además de la confidencialidad en los datos personales, los participantes firmaron el consentimiento informado, respectivo.

## RESULTADOS

**Cuantitativos:** En cuanto al apoyo recibido, se encontró que algunos cuidadores enunciaron presentar varias fuentes de

apoyo, así: 91,2 % cuenta con apoyo familiar, 20,4 % con apoyo económico y 17,9 % con apoyo religioso, cabe resaltar que solo el 7 % de los encuestados afirmó recibir apoyo psicológico o social y el 5,3 % manifestó no percibir ninguno. El 37,2 % de los cuidadores familiares percibe la carga de cuidado en el momento de la hospitalización en la UCIN-P como moderada, el 36,5 % como alta, el 19,3 % como baja y tal solo el 7 % como muy alta. La tabla 1, describen los principales aspectos sociodemográficos de los participantes en el componente cuantitativo. Tabla 1

El nivel de incertidumbre global en la población encuestada fue del 57% que ubica al grupo de participantes en un nivel regular, evidenciado por la ambigüedad al no poder ser capaces de aceptar y comprender la causa del evento. La imprevisibilidad generada es potencializada por la preocupación del desempeño de su rol y el resultado de la enfermedad de su hijo. El 26% presentó un alto nivel de incertidumbre, sustentado por la falta de claridad de la información debido a que esta se da en ocasiones por las explicaciones incompletas y algunas veces influenciado por la baja comprensión del receptor.

**Cualitativos:** Los informantes clave fueron 10 padres, de las entrevistas se obtuvo 7 categorías en el análisis conformadas por: imprevisibilidad, apoyo, vínculo parental, calidad de la atención, espiritualidad, esperanza, y como categoría

principal la experiencia única.

El no saber cuánto tiempo tardará la recuperación del niño enfermo y la posibilidad de alta hospitalaria desconcierta a los padres, además emergen imaginarios sobre posibles desenlaces y consecuencias de la enfermedad, promueve la incertidumbre, preocupación, angustia y ansiedad; al afrontar ideas sobre un posible fallecimiento, o nuevas formas de cuidado derivadas de la condición del niño para evitar futuras hospitalizaciones.

I1E1: “pues yo pienso, o sea, que mi hijo va a ser especial, o no sé, muchas cosas, no sé qué, no va a hacer normalito...”

La importancia de poder contar con alguien en los momentos difíciles, y lo crucial que fueron los consejos, el apoyo mutuo, las palabras de comprensión y los gestos de apoyo por parte de personas significativas como la familia, la pareja sentimental, y el personal de salud, fue importante para los padres que se encontraban en la misma situación

I2E1: “De todo el mundo, mi familia, amigos, esposo, de todos, Mucho me ha ayudado mucho, el sentir el apoyo de todas esas personas me ha ayudado mucho”.

El vínculo parental se refuerza, como aquel lazo que une al padre y al hijo, en este caso el solo el hecho de estar genéticamente ligados ya crea un vínculo, que se siente vulnerado por no poder satisfacer las necesidades básicas, como alimentación, y eliminación y aún más; el no

### Cultura de los Cuidados

poder estar para calmar su llanto, escuchar su risa o simplemente el estar ahí junto a ellos.

I8E1 “el tener uno que venir en las mañanas, volverse a ir, se va uno pues triste porque los deja, claro ya en la tarde ya... “ayy vamos a verlo,” pero vuelve uno y se va triste porque vuelve y lo dejan, y no sabe uno cuando, cuando va a salir uno con él, entonces...”

Los padres al tener un hijo en la unidad de cuidados intensivos aprenden nuevas percepciones relacionados con los servicios de salud creándose nuevos conceptos sobre el significado de una unidad de cuidados intensivos neonatal y/o pediátrica, esta claridad de los conceptos les permite comprender e interpretar el estado de salud de sus hijos

I3E1: “Bueno usted sabe que la UCI es estar entre un paralelo de grave, muy grave, o una situación de que de pronto es para una estabilidad, para controlarla mejor porque está más cuidada”

Al ser esta una experiencia intensa que lleva al cuidador a la incertidumbre, la zozobra, soledad y desamparo; surge la idea de la religiosidad, que otorgue fortaleza, apoyo y protección; siendo considerado dicho trance como una prueba, reto o castigo, este último debido a una mala acción llevada a cabo en el pasado.

I7E1: “he orado de una forma impresionante, por lo menos como el día, no sé, Bueno en esos días el

niño estaba mal, he me incliné a pedirle a Dios de una manera sorprendente de qué, de que ya estamos es, o sea, estamos en sus manos”

La recuperación del estado de salud del menor es el mayor y constante deseo de los padres, formando imaginarios donde los tratamientos farmacológicos, los diversos procesos médicos y aquellos eventos que implican estrés e incluso sufrimiento terminen. Es anhelado el momento en que puedan disfrutar de su hijo/a con un adecuado estado de salud y seguir construyendo ese vínculo parental.

I8E1 “Pues me imagino yo con el... sentada, en una silla con él, alzado, amamantándolo, mi otro niño ahí al pendiente, porque es, mejor dicho, vive pendiente de todo... y pues contenta y ya es como ya más a futuro, me imagino ya... viéndolo pues como un poquito más grande y ya jugando con él y cantándole... haciendo así algún tipo de actividad...”

La vivencia de los padres en la UCIN-P es vista como una experiencia única enmarcada por emociones y sentimientos entorno al estado de salud del niño y el contexto en el cual se encuentra inmerso, modificando el comportamiento biopsicosocial de los mismos.

I2E2: “Como a valorar más a la familia de uno, porque uno a veces tiene un familiar y lo tiene bien en la casa, y pelea con ellos y tiene

discusiones y cuando está en ese momento, uno dice Dios mío, muchas veces pude dar más, pude

En la figura 1, se presenta la triangulación analítica de los resultados entre los enfoques

Figura 1. Triangulación analítica de los resultados

TRIANGULACION DE ANALISIS					
ENFOQUE CUALITATIVO		MODELO TEORICO	ENFOQUE CUANTITATIVO	ANALISIS	
Categorías	Sub. y relaciones	Modelo de incertidumbre percibida frente a la enfermedad	Dimensiones de la escala de incertidumbre		
<b>INCERTIDUMBRE</b>				La incertidumbre se encuentra enmarcada en las vivencias, emociones y sentimientos experimentados por los padres durante la hospitalización del hijo enfermo.	
<b>EXPERIENCIA UNICA</b>	IMPREVISIBILIDAD	CA: conocimientos	MARCO DE LOS ESTIMULOS Tipología de los síntomas Familiaridad de los hechos Coherencia de los hechos ILUSION (oportunidad -peligro)	IMPREVISIBILIDAD 83% regular 17% alto	Se evidencia en los dos enfoques que la incapacidad de predecir el desenlace de la situación y constante necesidad de información promueven la vivencia de emociones negativas que se tornan repetitivas formando creencias basadas en la incertidumbre
	EXPERIENCIA DIFICIL			AMBIGUEDAD	
	CALIDAD DE LA ATENCION	Conocimientos Esperanza	CAPACIDADES COGNITIVAS	AMBIGUEDAD 90% regular 10% alto FALTA DE INFORMACION FALTA DE CLARIDAD	Se encuentra que el nivel de información con el que cuentan los padres se relaciona directamente con la capacidad de comprensión del contexto, su transición y desenlace; además es un reflejo de sus habilidades y capacidades para procesar la misma.
	APOYO	CA: Comunicación conocimientos	FUENTES DE LA ESTRUCTURA (+) (-) Autoridad creible Apoyo social Educación	FALTA DE INFORMACION 3% bajo 86% regular 11% alto FALTA DE CLARIDAD 4% bajo 77% regular 19% alto	Una relación (+) o (-) de los padres con el personal de salud y sus fuentes de apoyo aumenta o disminuye la percepción de incertidumbre
			Apoyo entre padres Apoyo del personal de salud Esperanza	INFERENCIA (oportunidad -peligro)	AMBIGUEDAD IMPREVISIBILIDAD
	ESPIRITUALIDAD		ILUSION (oportunidad -peligro)	No se encuentra relación con las dimensiones de la escala de valoración	Las creencias (+) o (-) desarrolladas por la situación promueven la espiritualidad y el vínculo parental a través de estrategias de afrontamiento
	VINCULO PARENTAL				
ESPERANZA					
<b>CONCLUSION: (META)INFERENCIAS)</b> La incertidumbre significa para los padres una vivencia enmarcada por sentimientos y emociones que generan una nueva perspectiva de la vida siendo esta delineada por factores como la ambigüedad, conceptos asociados al estado de salud, la imprevisibilidad, la falta de claridad e información respecto a los hechos experimentados.				La vivencia de los padres en la UCIN-P es vista como una experiencia única enmarcada por emociones y sentimientos entorno al estado de salud del niño y el contexto en el cual se encuentra inmerso, modificando e comportamiento biopsicosocial de los mismos, por medio de estrategias de afrontamiento, bien sea para reducir la incertidumbre vista como un peligro o como una oportunidad, desarrollando a una nueva perspectiva de vida	
<b>Fuente:</b> desarrollado a partir de Hernández Sampieri, Fernández, Baptista <sup>(24)</sup> y de Anías <sup>(65)</sup> <b>convenciones:</b> CA: calidad de la atención <b>Nota:</b> los porcentajes solo se enuncian una vez ya que estos no varían					

darle un abrazo a esa persona y no se

y el modelo teórico de la incertidumbre frente a la enfermedad.

lo di, y ahora que se encuentra así quisiera dársela, entonces esto le ayuda a uno mucho a recapacitar y a darse cuenta que hay muchas cosas y que uno cambia, ya uno empieza a demostrar más el cariño, el amor, sin necesidad de que este enfermo, si no teniéndolo ahí al lado”

## DISCUSIÓN

En los estudios de: Bolívar (2015), Parra (2012) y Gallegos (2010), el sexo femenino prevalece sobre el masculino. De igual forma los estudios de Parra (2012), Rubiños (2012), Pincheira (2007) y

Cárdenas, Lozano y Uparela (2014), reflejan que la edad promedio de los cuidadores se encontraban en el rango de 24 a 40 años, aspecto que concuerda con lo encontrado en la presente investigación. El nivel socio económico bajo, fue mayoritariamente encontrado en los estudios de: Bolívar (2015), Rubiños (2012), y Cárdenas, Monte, Lozano y Uparela (2014); aspecto que es concordante con los resultados, (correspondiente a los estratos (1 y 2)) del presente estudio.

En la procedencia de los participantes, se encontró que el 97,2% vive en el área urbana, resultado similar a lo reportado en las investigaciones, de: Barrientos y Figueroa (2012) y Bolívar (2015), el caso contrario, correspondió a la investigación de y Cárdenas, Montes, Lozano y Uparela (2014); en la cual predominó la procedencia rural con un 55,56%. La ocupación el 47,4% de los encuestados es de empleados/as, caso contrario a lo hallado en los estudios de: Bolívar (2015), Barrientos y Figueroa (2012) y Pincheira (2007); que reportan que la principal ocupación; son las labores domésticas. La religión con mayor incidencia fue la católica seguida de la cristiana, esto es similar a lo evidenciado por Bolívar (2015).

El nivel de incertidumbre general se ubicó con un 57% en el nivel regular, seguido de alto con un 36%, diferente a lo encontrado en la investigación de Bolívar (2015), donde el índice global de incertidumbre en madre y padre fue “alto”;

similar a lo hallado por Brevis y Silva (2011); así mismo en una investigación realizada por Pirilla, Amaro, Martínez, Torres y Jaimes (2012), se encontró que el nivel “alto” de incertidumbre presentó la mayor prevalencia seguido del nivel regular, allí, un gran número de participantes enunció que la comunicación brindada es regular. Estos niveles pueden variar dependiendo del conocimiento del diagnóstico de la enfermedad del menor, tal como lo expresa Madeo, O'Brien, Bernhardt & Biesecker (2012), en su investigación con padres de niños con diagnósticos desconocidos, afirmando que estos antes de conocer el diagnóstico atraviesan por momentos de gran incertidumbre.

Parra (2012), encontró que: la hospitalización de un hijo representa para los padres un momento de tensión enmarcado por sentimientos negativos como el dolor, la tristeza, el estrés, la angustia, ansiedad y la rabia desarrollados a partir del contexto propio de la unidad, las manifestaciones visuales de dolor del niño, los procedimientos, equipos o aditamentos biomédicos que este tiene para su tratamiento, los cuales son asociados con el sufrimiento del menor. En Pincheira (2007), los informantes manifestaron que la internación de su hijo es un suceso muy doloroso que aflora múltiples sentimientos negativos.

En este estudio, la vivencia de los padres es una situación nueva e inimaginable, que nunca pensaron tener que atravesar, para los autores: Parra (2012),

Pincheira (2007), y Herrero y Fernández (2014), los padres sienten que es una situación inesperada, nueva y desconcertante que les genera sentimientos de tristeza, rabia, impotencia, sensación de culpa, angustia, tensión e incertidumbre. Contrasta con Cartuche y Lalaleo (2014), donde el 56 % de los padres de niños hospitalizados en la UCIN se sienten culpables por la actual situación del niño, buscando en sus recuerdos actos que pudieron desencadenar la misma.

El apoyo puede ser manifestado por la familia a través del acompañamiento, soporte emocional y económico como lo menciona Gallegos, Reyes y Silvan (2007) “el Apoyo familiar viene a ser una fortaleza para afrontar la situación por la que atraviesan esos padres” (p.1). El apoyo del conyugue es crucial, estimulando aún más el vínculo y generando seguridad en los padres. Aspecto que, difiere en Herreros (2015),: “la internación de un hijo en la UCIN puede hacer que se desarrolle un tipo de vida estresante que aumentará la tensión en la pareja, llevando a problemas familiares, e incluso riesgo de separación”. En el presente estudio se identificó que, el vínculo entre padre y madre se aumentaba.

La vinculación como el centro del desarrollo de la vida, se desarrolla en el momento del nacimiento, se fortalece con la cercanía del niño; cuando este proceso se afecta de manera abrupta e inesperada crea en los padres una serie de emociones y sentimientos que generan estrés y

preocupación constante, tal como lo sustenta Herrero (2014) “los hechos que mayor frustración y decepción generan son el tener que separarse de su hijo/a, dejarle solo, el hecho de no poder alimentarle y que sea el personal sanitario el que se ocupe y esté más tiempo con él” (p.10).

La ausencia de respuestas por parte del personal médico, (sobre evolución y laboratorios), genera dudas e incertidumbre, difiere en lo encontrado por Lin (2010), donde el mayor nivel de incertidumbre es por el desconcierto sobre las consecuencias de la enfermedad y seguido por la falta de información dada por el personal médico, ya que no siempre dan respuestas confiables referente al tratamiento o procedimiento a realizar, aumentando de esta forma la incertidumbre percibida. Es importante destacar que los padres, de este estudio afirmaron haber recibido información, ayuda y mensajes correspondientes al estado de salud y en ocasiones pronóstico del menor, lo que ayudaba a darles alivio y tranquilidad y que refleja la calidad de la atención recibida.

El sentimiento religioso aflora de forma semejante a lo expresado por Parra (2012), el cual relata como el poseer la fe en un ser supremo actúa como generador de expectativas. Adicional a esto, en la teoría de Mishel la ilusión se refiere a las creencias que nacen de la incertidumbre. Es importante ilustrar la esperanza que es entendida como el estado de ánimo optimista basada el futuro tal como lo menciona



Rosales (2013), “los padres de los pacientes ingresados en la UCI experimentan emociones positivas, relacionadas con la esperanza de mejoría de su familiar” (p.43), como lo expresan los padres en el presente estudio.

El peligro es enfrentado con estrategias de control, como pensamientos probabilísticos y emociones negativas constantes que no permiten una completa estabilidad, Mishel (citado por Mercado, 2017), sostiene que “una exposición prolongada a la incertidumbre valorada como si se tratase de un peligro puede llevar a pensamientos molestos, a la anulación y a trastornos emocionales” (p.33), aspecto que los participantes de este estudio enuncian como la vivencia de una experiencia única.

## CONCLUSIONES

Se concluye que los padres cuidadores en su mayoría son mujeres madres que se encuentran en el rango de edad comprendido entre 24 a 30 años, ubicándolas en la etapa vital de adulto joven, cuyo estado civil corresponde a unión libre, con un nivel socioeconómico 2, donde la principal ocupación es empleada (a), de procedencia urbana, que profesan la religión católica y su nivel de compromiso con la misma es moderado.

Se determinó que el nivel de incertidumbre de los padres de niños entre 0 a 14 años hospitalizados en la UCIN y UCIP es regular y significa la vivencia de una experiencia única, que desencadena

múltiples sentimientos y emociones, que es moldeada por los factores propios del contexto hospitalario crítico y la situación del menor, que da pie a la formación de una nueva perspectiva de la realidad. Lo anterior está evidenciando por la influenciada de factores como la ambigüedad, la falta de claridad e información y la imprevisibilidad, dichas dimensiones presentaron un nivel regular, esto podría estar relacionado con el nivel educativo de los encuestados o la comunicación brinda por el talento humano que labora en las unidades; debido a que estos son aspectos que modifican de forma positiva o negativa la percepción de la situación.

Los resultados obtenidos por medio de cada método permitieron ampliar y dilucidar la incertidumbre como un factor o sensación que moldea y modifica la experiencia de los padres durante la hospitalización de su hijo en la unidad, que cuando es tomada como una oportunidad, se crean estrategias de afrontamiento, en este caso amortiguadoras, como lo es la espiritualidad, donde lo que se busca es la intervención y protección de un ser divino que cambie su situación. Se pudo evidenciar, que el modelo teórico se representa en la población de estudio frente a los factores que inciden en la incertidumbre, los cuales se potencializan por la experiencia vivida, permitiendo el afrontamiento y adaptación, a la situación; destacándose en este caso el papel de enfermería a lo largo del proceso como autoridad creíble y cercana en el apoyo.

**Limitaciones del estudio:**

Principalmente estuvo relacionada con la compaginación de los métodos utilizados, dada la relevancia del tema abordado, que permitirá en lo posible nuevos y futuros estudios que complementen la presente indagación

**Conflicto de Intereses:** Los autores declaramos que en la realización de la investigación no existen conflictos de intereses.

**Financiación:** La presente investigación fue financiada con recursos propios de los investigadores.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Anna, M., Kerr, M. y Stephen, M. (2014). Parental Uncertainty in Illness: Managing Uncertainty Surrounding an "Orphan" Illness. *Journal of pediatric Nursing* 29(5), 393-400. Recuperado de [http://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963\(14\)00010-4/abstract](http://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963(14)00010-4/abstract).
- Barrientos, T. y Figueroa, D. (2013). *Percepción de madres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso al nacer y del equipo de salud, en relación con la educación brindada durante el periodo de hospitalización en la unidad de neonatología del hospital clínico regional Valdivia, periodo 2012*. (Tesis de grado). Facultad de medicina. Universidad Austral de Chile. Valdivia, Chile.
- Blas, F. (2010). *Nivel de satisfacción de los familiares de pacientes críticos acerca de la comunicación brindada por la enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital San Juan de Lurigancho*. Trabajo de investigación. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- Bolívar, L. (2015). *Factores asociados a la incertidumbre en padres de recién nacidos pretérmino hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatal*. Cartagena. Trabajo de grado. Facultad de enfermería. Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia.
- Brevis, I. y Silva, P. (2011). Creencias, Sentimientos e Incertidumbre frente a la enfermedad en familiares de pacientes ingresados a UCI. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*, 26(1): 27-34; Recuperado de <http://www.medicina-intensiva.cl/revistaweb/revistas/indice/2011-1/5.pdf>
- Brown, D. (2011). *The Lived Experience of Family-Centred Care by Primary Caregivers of Critically Ill Children in the Pediatric Intensive Care Unit*. (Tesis de grado). Facultad de enfermería. Universidad de Manitoa. Manitoba, Canadá.
- Camponogara, S., Dos Santos, T., Lencina, I., Frota, L., Amaro, D. y Turra, M. (2013). Percepções e Necessidades de Familiares de Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva. *Journal of Research: Fundamental Care*, 5(4):622-34. Recuperado de [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2309/pdf\\_971](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2309/pdf_971)
- Cañas, E. y Rodríguez, Y. (2014). La experiencia del padre durante la hospitalización de su hijo recién nacido Pretérmino extremo. *Revista Aquichan*, 14(3), 336-350. Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view>
- Cárdenas, C; Montes, D; Lozano, S. y Uparela, Y. (2014). *Necesidades de los familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatal*. (Tesis de grado). Facultad de medicina. Universidad del Sucre. Sincelejo, Colombia.
- Cárdenas, C., Montes, D., Lozano, S. y Uparela, Y. (2014). *Necesidades de los familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos*

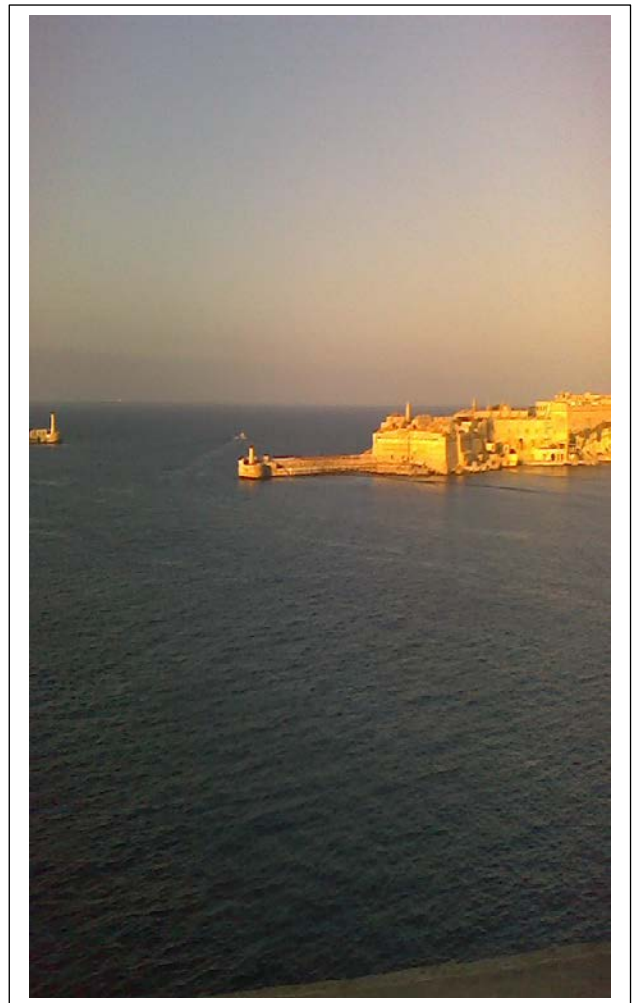
### Cultura de los Cuidados

- neonatal. (Tesis de grado). Programa de enfermería. Universidad del Sucre. Sincelejo, Colombia.
- Cartucho, K. y Lalaleo, G. (2014). *Respuestas emocionales de los padres de niños hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales del hospital materno infantil*. Trabajo de grado. Facultad de ciencias médicas. Universidad de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador.
  - Díaz, A. y Díaz, N. (2004). "Ampliando horizontes: Una experiencia sobre las vivencias de los familiares de pacientes críticos". Recuperado de <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/200/183>.
  - Duran, L. (2012). *Incertidumbre de los padres frente a la hospitalización de los neonatos en la UCIN*. Trabajo de grado. Facultad de enfermería. Universidad de la Sabana. Bogotá, Colombia.
  - Escando, J. (2013). *Teoría de la incertidumbre. Teorías intermedias*. Recuperado de <http://teoriasintermedias2013.blogspot.com.co/2013/06/merle-h-mishel-teoria-de-la.html>
  - Escobar, A. (2013). La literatura filosófica: una aventura íntima en miguel de unamuno the philosophical literature: an intimate adventure in miguel de unamuno a literatura filosófica: uma aventura íntima em miguel de unamuno. *Revista Escritos*, 21(47), 517-531. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/esupb/v21n47/v21n47a10.pdf>
  - Fernández, Z. (2015). *Humanizar la atención en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos: La implicación de los padres en los cuidados*. Trabajo de grado. Universidad de Cantabria. Cantabria, España.
  - Gallegos, J., Reyes, J. y Silvan, C. (2013). El neonato prematuro hospitalizado: significado para los padres de su participación en la Unidad Neonatal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 21(6):1360-6. Recuperado de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n6/es\\_0104-1169-rlae-21-06-01360.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n6/es_0104-1169-rlae-21-06-01360.pdf)
  - Gallegos, M. (2010). *An Examination of Parental Stress and Coping in the Pediatric Intensive Care Unit (PICU)*. Recuperado de [http://repository.unm.edu/bitstream/handle/1928/11987/FINALGallegos\\_Dissertation\\_11-14.2010%5b1%5d1.pdf?sequence=3&isAllowed=y](http://repository.unm.edu/bitstream/handle/1928/11987/FINALGallegos_Dissertation_11-14.2010%5b1%5d1.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
  - García, S., Duarte, L. y Mejía, P. (2014). Afrontamiento de la familia ante el nacimiento de un hijo prematuro. *NURE INV*, 11(69). Recuperado de <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/43/34>
  - González, G., González, L. y Malpica, C. (2004). *Evaluación del comportamiento de las madres de los niños hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico de la F.C.I, a través de un instrumento de valoración basado en la teoría (incertidumbre de la enfermedad)*. (Tesis de grado). Facultad de enfermería. Bogotá, Colombia.
  - Guerra, J. y Ruiz, C. (2008). Interpretación del cuidado de enfermería neonatal desde las experiencias y vivencias de los padres. *Revista Avances de Enfermería*, 16, 80-90. Recuperado de <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12901>
  - Hernández, R. (2007). *Ampliación y fundamentación de los métodos mixtos*. Recuperado de: <https://es.slideshare.net/wbulege/enfoques-cuantitativo-cualitativo-y-mixto-de-la-investigacin>
  - Herrero, N. (2014). *Hospitalización Infantil: El Niño y su Familia*. Trabajo de grado. Universidad de Cantabria. Cantabria, España.
  - Herreros, M. (2015). *La respuesta psicosocial de padres y madres de recién nacidos prematuros ingresados*

- en una unidad de cuidados intensivos neonatales y los cuidados de enfermería.* Trabajo de grado. Universidad del País Vasco. Barcelona, España.
- Informe de Belmont. (1979). *Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación, Comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento.* Recuperado de: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
  - Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander. (2013). *Morbilidad específica en menores de cinco años. Análisis de situación de salud-departamento de norte de Santander.* Recuperado de: [http://salasituacionalidsnds.weebly.com/uploads/1/0/7/1/10714324/asis\\_norte\\_de\\_santander\\_2013.pdf](http://salasituacionalidsnds.weebly.com/uploads/1/0/7/1/10714324/asis_norte_de_santander_2013.pdf)
  - Kerman, J. (1999). *Investigación y acción del currículum.* Madrid: Morata
  - Lin Lin. (2007). *Living with uncertainty: The psychological adjustment and coping by parents of children with cancer in Taiwán, faculty of the university of North Carolina at chapel hill. carolinadigitalrepository 2010-10-19.* Recuperado de: <https://cdr.lib.unc.edu/record/uuid:76f7436e-0db1-4643-b1c9-092182d11508>
  - Madeo, A., O'Brien, K., Bernhardt, B. y Biesecker, B. (2012). Factors Associated with Perceived Uncertainty among Parents of Children with Undiagnosed Medical Conditions. *Am J Med Genet A.* 15(8), 1877–1884. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3402688/>
  - Marrine, A. y Raile, M. (2015). *Modelos y teorías en enfermería.* Barcelona; El Sevier.
  - Martinez, M. (2010). *Eficacia de una breve intervención temprana basada en la evaluación del desarrollo del neonato prematuro: efecto sobre el estrés, la depresión y las percepciones maternas.* (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, España.
  - Martinez, M. (2010). *Eficacia de una breve intervención temprana basada en la evaluación del desarrollo del neonato prematuro: efecto sobre el estrés, la depresión y las percepciones maternas.* (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, España.
  - Mercado, J. (2017). Incertidumbre frente a la enfermedad: aporte teórico de Merle H. Mishel a la enfermería. *REVISALUD Unisucre*, 3(1): 31–35.
  - Ministerio de Salud y Protección Social. (2004). *Ley 911 de 2004 por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones.* Bogotá: El Ministerio.
  - Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Análisis de situación de salud (ASIS).* Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2015.pdf>
  - Ministerio de Salud. (1993). *Resolución N° 008430 de 1993. “Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”.* Bogotá: El Ministerio.
  - Ocampo, M. (2013). El hijo ajeno: vivencia de las madres de niños prematuros hospitalizados. *Revista Aquichan*, 13(1), 69-80. Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2104>
  - Organización Mundial de la Salud. (2016). *Reducción de la mortalidad en la niñez.* Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>
  - Parra, F. (2012). *Vivencia de los padres y las madres con hijos(as)*

## Cultura de los Cuidados

- hospitalizados(as) en la unidad de alto riesgo neonatal (uarn): un aporte para su cuidado.* (Tesis doctoral). Facultad de ciencias de la salud. Universidad de Carabobo. Valencia. Venezuela.
- Pérez, M. (2016). *Intervenciones enfermeras para el manejo del estrés en padres de niños prematuros en UCIN.* Trabajo de grado. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, España.
  - Pincheira, P. (2007). *Experiencia de las madres frente a la hospitalización de un hijo menor de un año, por Infección Respiratoria Aguda, en la Unidad de Lactantes del Hospital Clínico Regional Valdivia. Un Enfoque Fenomenológico.* (Tesis de grado). Facultad de medicina. Universidad Austral de Chile. Valdivia, Chile.
  - Pirilla, E., Amaro, Z., Martínez, J., Torres, I. y Jaimes, M. (2012). Incertidumbre percibida en cuidadores de niños enfermos. *Cuidado y ocupación humana*, 1(1), 55-62. Recuperado de [http://revistas.unipamplona.edu.co/ojs\\_viceinves/index.php/COH/article/view/91](http://revistas.unipamplona.edu.co/ojs_viceinves/index.php/COH/article/view/91)
  - Ramírez, M., Navarro, S., Clavería, C., Molina, Y. y Cox, A. (2018). Estresores parentales en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Revista chilena de pediatría*, 89(2), 182-189. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/s0370-41062018000100185>.
  - Rosales, K. (2013). *Necesidades psicoemocionales de los familiares de pacientes ingresados en cuidados intensivos Hospital Hermilio Valdizan Huanuco.* Recuperado de [http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4950/1/Rosales\\_Tarazona\\_Kely\\_Regner\\_2015.pdf](http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4950/1/Rosales_Tarazona_Kely_Regner_2015.pdf).
  - Rubiños, A. (2012). Estrés, Ansiedad y Estilos de Afrontamiento de Padres con Hijos Internos en Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista electrónica en Ciencias Sociales y Humanidades Apoyadas por Tecnologías*, 1(1), 15-34. Recuperado de <http://cexpe.iztacala.unam.mx/cshat/index.php/cshat/article/view/34/29>
  - Ruiz, C. (2008). Interpretación del cuidado de enfermería neonatal desde las experiencias y vivencias de los padres. *Revista Avances de Enfermería*, 16, 80-90. Recuperado de <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12901>
  - Tarquino, L. (2014). *La familia del paciente en unidad de cuidado intensivo (UCI).* Bogota: Universidad del Rosario.
  - Ulin, R. (2006). *Investigación aplicada en salud pública: métodos cualitativos.* Washington: OPS.



## Evaluación del riesgo de pie diabético en pacientes de edad avanzada con diabetes mellitus

Risk assessment for diabetic foot in elderly with diabetes mellitus

Avaliação de risco para pé diabético em idosos com diabetes mellitus

Mariana Campos de Sousa<sup>1</sup>, Quenia Cristina Gonçalves da Silva<sup>2</sup>, Joyce Mara Gabriel Duarte<sup>3</sup>, Adriana Feliciano Melo<sup>4</sup>, Elisabete Aparecida Mantovani R. de Resende<sup>5</sup>, Álvaro da Silva Santos<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestranda em Atenção à Saúde, pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de São Paulo-USP. Enfermeira assistencial no HC-UFTM. Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutoranda em Atenção à Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde da UFTM. Docente no Centro de Educação Profissional (CEFORES) da UFTM. Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestre em Atenção à Saúde pela UFTM. Enfermeira assistencial no HC- UFTM. Uberaba, Minas Gerais, Brasil

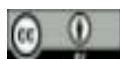
<sup>5</sup> Médica. Doutora em Patologia Clínica pela UFTM. Endocrinologista no HC-UFTM. Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

<sup>6</sup> Enfermeiro. Pós-Doutorado em Serviço Social. Professor Adjunto de Graduação e do Mestrado em Atenção à Saúde da UFTM. Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

Cómo citar este artículo en edición digital: Sousa, M. C., Silva, Q. C. G., Duarte, J. M. G., Melo, A. F., Resende, E. A. M. R. & Santos, A. S. (2019). Evaluación del riesgo de pie diabético en pacientes de edad avanzada con diabetes mellitus. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 23 (55) Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.55.23>

Correspondencia: Mariana Campos de Sousa. Endereço: Rua Célia Misson Pinti, 135 – CEP 38037-525 - Uberaba, MG, Brasil.

Correo electrónico de contacto: [mariana\\_camposdesousa@hotmail.com](mailto:mariana_camposdesousa@hotmail.com)



Recibido:12/09/2019

Aceptado:18/11/2019

### ABSTRACT

This is a quantitative epidemiological study carried out with secondary data that aimed to evaluate the self-care practices and the degree of risk for diabetic foot in the elderly with DM

accompanied in a Diabetic Foot Ambulatory of a municipality in the interior of Minas Gerais General. The data sheet for elderly people with DM was used, considering the period from August 2015 to August 2016. It was considered 46 people in care in the period, of which, 54.3% were men; 52.2% living with partner; With averages of: age 68.2 years (SD = 6.3) and DM diagnosis

time of 16.76 years (SD = 8.04). In the use of biguanides (69.6%), with diseases of the circulatory system (89.1%), with prominence for arterial hypertension. The most important neuropathic symptoms were: burning, numbness and tingling (84.6%), and the common deformities were: callosities (37%), dryness (34.8% %) And thick nails (32.6%). The study shows the need to improve the monitoring of the elderly with DM, as well as the expansion of health education actions that may be significant towards better self-care of the feet, in order to avoid complications and maintain quality of life.

**Keywords:** diabetic foot, aged, diabetes mellitus, health education.

## RESUMEN

Este es un estudio cuantitativo, de abordaje epidemiológico, realizado con datos secundarios, que objetivó evaluar las prácticas de autocuidado y el grado de riesgo para el pie diabético en ancianos con diabetes mellitus cuyo caso es seguido con un Ambulatorio de pie diabético de un municipio del interior de Minas Gerais. Se utilizó al formulario de atendimento de ancianos con DM, considerando el período de agosto de 2015 a agosto 2016. Se consideraron 46 participantes. De ellos, 54.3% eran hombres; 52.2% vivían con pareja; la media de edad fue 68.2 años (de=6.3), y tiempo de diagnóstico de 16.76 años (de=8.04). La mayoría de los participantes utilizaba biguanidas (69.6%), tenía enfermedades del sistema circulatorio (89.1%), especialmente la hipertensión arterial. 47.8% no pasaron por exámenes en los pies y los síntomas neuropáticos más importantes fueron: quemazón, adormecimiento y hormigueo (84.6%), así como las deformidades comunes eran: callosidades (37%), ressecamiento 934.8%) y uñas gruesas (32.6%). Este estudio muestra la necesidad de mejorar el monitoreo de ancianos con DM, así como ampliar las acciones de educación en salud que se pueda direccionar significativamente a la mejoría en el autocuidado de os pies, para evitar complicaciones y mantener la calidad de vida.

**Palabras-clave:** pie diabético, anciano, diabetes mellitus, educación en salud.

## RESUMO

Este é um estudo quantitativo, de abordagem epidemiológica, realizado com dados secundários, que objetivou avaliar as práticas de autocuidado e o grau de risco para o pé diabético em idosos com DM acompanhados em um Ambulatório de Pé Diabético de um município do interior de Minas Gerais. Utilizou-se a ficha de atendimento de idosos com DM, considerando o período de agosto de 2015 a agosto de 2016. Considerou-se 46 pessoas em atendimento no período, das quais, 54,3% eram homens; 52,2% morando com companheiro (a); com médias de: idade 68,2 anos (dp=6,3) etempo de diagnóstico de DM de 16,76 anos (dp=8,04). Em uso de biguanidas (69,6%), com doenças do aparelho circulatório (89,1%), com destaque para hipertensão arterial. A falta de exame dos pés alcançou 47,8% e dos sintomas neuropáticos os mais importantes foram: queimação, dormência e formigamento (84,6%), assim como as deformidades comuns eram: calosidades (37%), ressecamento (34,8%) e unhas grossas (32,6%). O estudo mostra a necessidade de se melhorar o monitoramento dos idosos com DM, bem como, a ampliação de ações de educação em saúde que possam ser significativas direcionadas ao melhor autocuidado dos pés, com vista a evitar complicações e manter a qualidade de vida.

**Palavras-chave:** pé diabético, idoso, diabetes mellitus, educação em saúde.

## INTRODUÇÃO

As doenças crônicas têm ganhado maior destaque diante dos problemas de saúde da população. Dentre essas, o diabetes mellitus (DM) constitui-se em prioridade de atendimento no Brasil e 22,1% dos idosos tem esta doença. O número de indivíduos com DM está

relacionado ao crescimento e envelhecimento populacional, aumento da prevalência de obesidade e sedentarismo, processo de urbanização e acesso ao diagnóstico. (Brasil, 2014; World Health Organization [WHO], 2002).

Quando o indivíduo com DM não adere ao tratamento ou possui outras alterações na sua saúde, podem ocorrer algumas complicações, dentre elas, o pé diabético. Assim, vê-se a necessidade da conscientização da população quanto ao controle da doença e dos cuidados com os pés (Caiafa et al., 2011).

O desenvolvimento do pé diabético está relacionado a diversos fatores de risco, como, história pregressa de tabagismo, etilismo, história familiar para DM, presença de comorbidades, como hipertensão arterial e/ou dislipidêmico, descontrole glicêmico, e fatores socioculturais (tipo de alimentação, prática de exercícios físicos e ter convívio social), ter sido orientado em consultas de rotina quanto aos cuidados com os pés e a possibilidade do paciente de cuidar dos seus pés adequadamente (Guimarães, 2011). Apesar da importância da avaliação dos pés no atendimento ao paciente diabético, percebe-se que essa avaliação ainda é pouco realizada nos serviços de saúde, principalmente no âmbito da atenção primária. Consequentemente, o grau de risco para desenvolvimento do pé diabético não é identificado em tempo hábil para que ações preventivas sejam

desenvolvidas (Guimarães, 2011).

Esta pesquisa justifica-se pela importância do profissional de saúde realizar avaliação dos pés dos pacientes, verificando a sensibilidade, presença de calos ou lesões e presença de outras alterações, além de realizar atividades educativas e reforçar a prática do autocuidado.

O estudo teve como objetivo avaliar as práticas de autocuidado e o grau de risco para o pé diabético em idosos com DM acompanhados no Ambulatório de Pé Diabético de um hospital de ensino de um município do interior de Minas Gerais.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional e transversal, de abordagem epidemiológica.

O estudo consistiu em uma pesquisa com dados secundários, relacionados à Ficha de Avaliação de idosos com DM que frequentam um Ambulatório de Pé Diabético de Uberaba – MG, atendidos no período de Agosto de 2015 a Agosto de 2016, totalizando 59 fichas.

Realizou-se amostragem por conveniência. Na coleta de dados, utilizaram-se todas as fichas de avaliação dos idosos atendidos no ambulatório, sendo elegíveis para participarem da pesquisa os idosos que atenderam aos critérios de inclusão (ter idade igual ou superior à 60 anos; diagnóstico médico de



DM tipo 2; ter sido avaliado na consulta de enfermagem e médica no Ambulatório de Pé Diabético e aceitar participar do estudo e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)). Foram excluídas do estudo as fichas de avaliação incompletas e fichas de avaliação subsequentes.

Utilizou-se um instrumento elaborado pelos autores, baseado nos dados encontrados na Ficha de Avaliação Pé Diabético do ambulatório e evidências científicas. O instrumento apresentava dados sociodemográficos e de saúde, autocuidado com os pés, exame físico dos pés, entre outros. Este foi preenchido pelos pesquisadores através de consulta à ficha de avaliação, numa sala reservada no ambulatório.

Os dados foram inseridos em uma planilha eletrônica do programa *Excel*®, validados por dupla digitação e exportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0, no qual foi realizada a análise dos dados.

Realizou-se análise estatística descritiva, as variáveis qualitativas foram analisadas por meio de frequência simples e relativa, variáveis quantitativas foram apresentadas por medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (valor mínimo, máximo e desvio padrão). Os resultados foram apresentados na forma de tabelas e/ou gráficos.

A coleta somente foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da UFTM (CEP-

UFTM), sob o parecer de número 1.773.211/2016. Foi garantido o caráter confidencial da identidade das fichas, bem como o compromisso de manter este caráter na divulgação dos resultados do trabalho.

## RESULTADOS

A população deste estudo foi de 59 idosos. Destes 13 (22,0%) foram excluídos, sendo seis (10,2%) estavam com o endereço e telefone errados/incompletos dificultando a abordagem para a assinatura no TCLE, quatro (6,8%) moravam fora da cidade de Uberaba, dois (3,4%) foram a óbito e um (1,7%) apresentava ficha de avaliação incompleta, totalizando amostra de 46 (78,0%) pacientes investigados.

Quanto às características socioeconômicas, obteve-se que 25 (54,3%) eram do sexo masculino; com média de idade de 68,52 anos (mínima de 60anos e máxima de 93 anos) (DP=6,30), 24 (52,2%) moravam com companheiro; 30 (65,2%) eram aposentados e 41 (89,1%) procedentes de Uberaba. Com relação às características de saúde, 45 (97,8%) apresentavam DM tipo 2, com média de tempo de diagnóstico de 16,79 anos (DP=8,04). Os medicamentos hipoglicemiantes mais utilizados foram biguanidas (69,6%). Quanto aos hábitos de vida, 34 (73,9%) relataram não ser tabagistas, 40 (87%) relataram não serem etilistas e 40 (87%) disseram não praticar nenhuma atividade física (Tabela 1).

se citar a hipertensão arterial sistêmica (HAS) como a mais comum entre os idosos, e nas doenças geniturinárias,

**Tabela 1. Distribuição da frequência das variáveis sociodemográficas e de saúde (n=46), Uberaba-MG, 2015-2016.**

Variáveis		n°	%	M	DP
Sexo	Masculino	25	54,3		
	Feminino	21	45,7		
Idade				68,52	6,30
Estado Civil	Mora com companheiro	24	52,2		
	Viúvo	12	26,1		
	Separado, desquitado ou divorciado	5	10,9		
	Nunca morou com companheiro	04	8,7		
Ocupações	Aposentado	30	65,2		
	Dona de Casa	5	10,9		
	Outras	11	23,9		
Procedência	Uberaba	41	89,1		
	Outras cidades	5	10,9		
Tempo de DM (anos)				16,79	8,04
Medicamentos para DM	Biguanidas	32	69,6		
	Insulina de Ação Intermediária	24	52,2		
	Sulfoniluréias	11	23,9		
	Gliptinas (inibidor da DPP-4)	8	17,4		
	Insulina de Ação Rápida	7	15,2		
	Insulina de Ação longa	1	2,2		
Tabagismo	Insulina de Ação ultrarrápida	1	2,2		
	Sim	2	4,3		
	Não	34	73,9		
Etilismo	Ex-tabagista	10	21,7		
	Sim	1	2,2		
	Não	40	87,0		
Atividade Física	Ex-etilismo	5	10,9		
	Sim	6	13,0		
Úlcera prévia	Não	40	87,0		
	Sim	21	45,7		
Amputação prévia	Não	25	54,3		
	Sim	9	19,6		
	Não	37	80,4		

M: média; DP: desvio padrão; DM: diabetes melitus.

Quanto às comorbidades, 89,1% apresentavam doenças do aparelho circulatório 80,4% doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e 28,3% doenças do aparelho geniturinário. Dentre as doenças do aparelho circulatório pode-

destacam-se as complicações renais decorrentes do DM. Os medicamentos mais utilizados foram: anti-hipertensivo (89,1%), antilipêmico (67,4%), antiagregante plaquetário (56,5%), diurético (56,5%) e vitaminas e minerais

### Cultura de los Cuidados

(34,8%).

Quando questionados sobre o acompanhamento nutricional, 43,5% fizeram acompanhamento antes e 41,3% nunca fizeram. Quanto à dieta, 58,7% não faziam dieta conforme orientado, no entanto 60,9% fracionavam as refeições.

A média das medidas antropométricas foram: altura 1,64 m (DP=8,8); peso corporal 73,8 Kg (DP=11,8); IMC 27,6 Kg/m<sup>2</sup> (DP=4,0). A média da pressão arterial foi 138x81 mmHg (DP=24,5x11,6); e da glicemia capilar 198 mg/dl (DP=96,2), realizada após jejum (pós-prandial) na maioria dos participantes (63%).

O Questionário de Autocuidado com os Pés permitiu verificar que 52,2% dos idosos não receberam orientações sobre o cuidado com os pés; dos que receberam orientações, 40,9% foi orientado por profissionais médicos. Quanto à higienização dos pés, 82,6% estavam com higienização adequada e 76,1% não realizavam escalda pés. A maioria usava sapato inadequado no dia da consulta (76,1%), sendo que 80,4% eram calçados comuns. Quanto aos cuidados com o calçado, 65,2% verificavam o calçado antes de utilizá-lo, à procura de objetos que possam ferir e 76,1% colocavam o calçado para arejar e/ou faziam sua limpeza frequentemente. A maioria dos idosos não tinha o hábito de andar descalço (80,4%), sendo que 63,0% tinham costume de hidratar os pés e 60,9% utilizavam meia com sapato fechado e a

meia de algodão foi a usada com maior frequência (43,5%). Dos participantes, 52,2% examinavam os pés frequentemente, em busca de fissuras, machucados, calos, e outros; 80,4% secavam entre os dedos dos pés após o banho e 50% cortavam as unhas dos pés de forma arredondada, sendo que a pessoa que cortava era o próprio idoso (34,8%), o (a) filho (a) (30,4%) e esposo (a) (15,2%).

A Escala de Sintomas Neuropáticos (ESN) evidenciou que 84,8% dos participantes sentiam dor ou desconforto nas pernas, sendo que a sensação que mais incomodava era a queimação, dormência ou formigamento (84,6%). Em 66,7% dos participantes os sintomas eram localizados nos pés e aumentavam durante a noite (43,6%). Quanto à classificação na escala, 32,6% apresentou Sintomas Neuropáticos (SN) moderados. O Escore de Comprometimento Neuropático (ECN) permitiu verificar que 60,9% não apresentaram sinais de comprometimento neuropático e 26,1% tinham sinais leves. Sendo assim, com a avaliação através dessas duas escalas, 76,1% dos idosos não apresentaram neuropatia periférica diabética (Tabela 2).

Quanto às deformidades e anormalidades nos pés, as mais encontradas no pé direito foram: 37% calosidades, 34,8% ressecamento na pele, 32,6% unhas grossas, 28,3% úlcera, 26,1% onicomicoses e 23,9% micose interdigital, fissura interdigital e edema. No pé

esquerdo foram: 34,8% calosidades, (47,8%) apresentou risco 3 onicomicoses e unhas grossas, 32,6% (úlceras/amputação prévia) na classificação de risco do pé diabético (Tabela 3). ressecamento na pele, 26,1%, dedos em garra e 23,9% fissura interdigital.

Quanto à presença de úlceras e amputações, 80,4% dos participantes não apresentaram amputações prévias nos pés

## DISCUSSÃO

No presente estudo, o maior percentual de homens foi divergente na

**Tabela 2 – Escores de avaliação dos sintomas e comprometimento neuropáticos (n=46), Uberaba-MG, 2015-2016.**

Variáveis	nº	%	Variáveis	nº	%	Variáveis	nº	%
ESN			ECN			NPD		
Ausência SN	8	17,4	Ausência CN	28	60,9	Ausente	35	76,1
<b>SN leves</b>	<b>12</b>	<b>26,1</b>	<b>CN leve</b>	<b>12</b>	<b>26,1</b>	<b>Presente</b>	<b>10</b>	<b>21,7</b>
SN moderados	15	32,6	CN moderado	5	10,9	Não respondeu	1	2,2
SN graves	11	23,9	CN grave	0	0			
			Não respondeu	1	2,1			

DP: desvio padrão; ESN: Escore de sintomas neuropáticos; SN: sintomas neuropáticos; ECN: Escore de comprometimento neuropático; CN: comprometimento neuropático; NPD: neuropatia periférica diabética.

e 54,3% não tiveram ferida aberta no pé e/ou perna anterior à consulta (tabela 1).

No exame físico, o pulso pedioso do pé direito e do pé esquerdo estavam presentes na maioria dos participantes (56,5%; 65,2% respectivamente). A média do Índice tornozelo-braquial (ITB) do membro inferior direito foi 0,92 (DP=0,27), e do membro inferior esquerdo foi 0,96 (DP=0,23). A maioria dos idosos

maioria dos estudos encontrados (Santos et al., 2015; Smanioto, Haddad, & Rossaneis, 2014; Ferenz, Stuani, & Brandalise, 2013), sendo semelhante em dois estudos realizados com pessoas adultas e idosas diabéticas, ambos realizados em Ribeirão Preto (SP), com 53,3% e 62,9% de homens pesquisados (Martin, Beraldo, Passeri, Freitas, & Pace, 2012; Gomides, Villas-Boas, Coelho, & Pace, 2013). Isso pode ser devido ao fato dos homens, de uma forma

**Tabela 3. Classificação de risco para pé diabético (n=46), Uberaba-MG, 2015-2016.**

Variáveis	Risco	nº	%
Neuropatia ausente	0	8	17,4
Neuropatia presente	1	8	13,0
Neuropatia presente, doença vascular periférica e/ou deformidades nos pés	2	10	21,7
Amputação/úlceras prévias	3	22	47,8

Fuente; Elaboración propia

geral, não frequentarem as unidades de atenção primária para promoção da saúde e prevenção de doenças, buscando atendimentos na maioria das vezes em

serviços de média e alta complexidades, quando a doença já está instalada e possivelmente com complicações (Brasil, 2008).

O predomínio de idosos que moram com companheiro também foi observado em pesquisas com idosos com DM de Chapecó-SC (51%). Nesse mesmo estudo o percentual de viúvos também foi expressivo (40%) (Ferenz et al., 2013). A presença do companheiro poderia ajudar os idosos com doenças crônicas, considerando que o mesmo pode incentivar o autocuidado e representar um suporte ao idoso. Nesse sentido, a enfermagem deve buscar a inclusão do parceiro no tratamento e cuidado dos idosos com DM (Sousa, Dias, Nascimento, & Tavares, 2016).

Com relação à média de idade (68,52 anos) faixa etária e ocupação (aposentado), foram encontrados resultados semelhantes em outra pesquisa (Ferenz et al., 2013).

Estudos realizados em Florianópolis-SC e Ribeirão Preto-SP corroboraram os resultados encontrados na presente pesquisa, em relação ao predomínio de DM tipo 2 na população pesquisada, 74,1% e 90%, respectivamente. A média de tempo de diagnóstico do DM também foi semelhante nos estudos citados, sendo 15 anos e 12,5

anos, respectivamente (Santos et al, 2015; Martin et al., 2012). O longo tempo de duração do DM, associado ao mau controle da glicemia, não seguimento da dieta e não realização de atividade física favorecem a instalação e o desenvolvimento de complicações crônicas (Martin et al., 2012).

A presente investigação mostrou que muitos usuários têm dificuldade em manter o controle da glicemia e aderir ao tratamento proposto, evidenciado pelo valor da glicemia capilar alterada, resistência em seguir a dieta orientada e praticar atividade física. Essas dificuldades foram semelhantes a outro estudo realizado em Florianópolis-SC (Boell, Ribeiro, & Silva, 2014).

No presente estudo a média do IMC foi 27,6 Kg/m<sup>2</sup>. Esse valor de IMC indica sobrepeso para idosos (Brasil, 2011). Em outra pesquisa, a maioria das pessoas relatou fazer a dieta na maioria das vezes (42,86%) (Boell, Ribeiro, & Silva, 2014), entretanto, isso nem sempre representa a realidade, pois quando se leva em conta o peso e IMC, geralmente está acima do indicado.

Neste estudo, a maioria disse não realizar nenhuma atividade física, o que corrobora com outra investigação (Boell, Ribeiro, & Silva, 2014). O tratamento não medicamentoso, associando dieta adequada e prática de atividade física ajuda no controle da glicemia e na prevenção do pé diabético, e de outras complicações do DM.

Em relação ao uso de medicações hipoglicemiantes, observou-se percentual maior de uso de hipoglicemiante oral, como biguanidas, do que o uso de insulina, fato semelhante ao estudo realizado em Florianópolis-SC, no qual o uso de hipoglicemiante oral foi encontrado em 82,85% das pessoas (Boell et al., 2014). Já em outro estudo com indivíduos com DM tipo 2, o uso de insulina foi superior (94,3%) (Gomides et al., 2013).

Quanto às comorbidades, estudos verificaram que a doença mais presente é a HAS, dislipidemias e doenças renais (Ferez et al., 2013; Silva, Haddad, & Rossaneis, 2013; Martin et al., 2012), dados semelhantes ao presente estudo. Apesar dos participantes da pesquisa relatarem apresentar HAS, a média aferida da pressão arterial estava normal/limítrofe (138x81 mmHg; DP=24,5x11,6), que pode indicar mais facilidade em controlar a pressão arterial do que a glicemia.

Quanto aos hábitos de vida, estudo realizado em Chapecó-SC mostrou que 47,0% dos entrevistados nunca fumaram, percentual inferior ao encontrado na presente pesquisa (Ferez et al., 2013). Em outro estudo, os ex-fumantes expressaram 30,2% da população, apresentando, em média, 11,56 (DP:8,9) anos que parou com o vício (Cardoso et al., 2013). Quanto ao uso de bebida alcoólica, em estudo de Chapecó-SC, 85,5% dos participantes afirmaram nunca terem feito uso (Ferez et al., 2013). A interrupção desses hábitos é

muito importante para a prevenção de complicações e outras doenças, além de permitir hábitos saudáveis de vida.

Referente aos cuidados com os pés observou-se que os maus hábitos e a falta de avaliação os pés podem expor o paciente a riscos. Estudo realizado em Londrina-PR encontrou que 62,2% dos participantes tinham o hábito de secar entre os espaços interdigitais dos pés; 16,9% auto avaliavam os pés diariamente, este percentual foi inferior ao encontrado na presente pesquisa, na qual 52,2% relataram examinar os pés. O hábito de andar descalço diariamente ou às vezes foi encontrado, respectivamente, em 6,9% e 20,9% dos entrevistados em Londrina, percentual acima do encontrado no presente estudo. Dos indivíduos examinados, 39,4% se apresentaram com calçado inadequado no momento da entrevista, dado diverso com o encontrado na presente pesquisa, onde 76,1% usavam sapato inadequado (Smanioto et al., 2014). Outro estudo trouxe que quanto ao corte das unhas, houve leve diferença entre os cortes quadrado e redondo, 52,5% e 47,5%, respectivamente, o que corrobora com o presente estudo (Cubas et al., 2013).

Em relação à ESN, estudo realizado com indivíduos com DM em Florianópolis-SC obteve dados discrepantes à este estudo, onde a maioria (42,2%) apresentou sintomas neuropáticos graves. Quanto ao ECN, este mesmo estudo verificou que 61,2% dos avaliados

teve ausência de comprometimento neuropático, semelhante ao presente estudo (Santos et al., 2015).

Com relação às deformidades nos pés, estudo as identificou em 43,1% dos avaliados, sendo que a calosidade plantar foi a mais frequente (31,9%). Em relação ao acometimento dos pés, este mesmo estudo viu que 7,8% tinham história de amputação e 6,0%, de úlcera (Santos et al., 2015). Outro estudo, realizado em Recife-PE, verificou que os pacientes que não tiveram os pés examinados durante as consultas, não receberam orientação sobre os cuidados com os pés, não faziam uso de medicamento para DM conforme prescrição médica e com valores de glicemia superiores a 126mg/dl à admissão apresentaram maior probabilidade de sofrerem uma amputação (Santos, Sobreira, Nunes, & Morais, 2013). Outro estudo verificou que a onicomiose foi identificada em 64,1% dos diabéticos e a micose interdigital em 16,8%, aumentando o risco de ulceração nos pés (Smanioto et al., 2014).

Estudo de Ribeirão Preto-SP identificou que as principais causas referidas para a úlcera, foram calosidades (23,3%), fissuras (20%) e bolhas (16,7%). Destaca-se ainda que o não reconhecimento da insensibilidade plantar e do mau controle metabólico são fatores que colocam os indivíduos em maior risco para recorrências das úlceras e amputações (Martin et al., 2012).

Quanto às alterações vasculares,

estudo constatou a diminuição e ausência dos pulsos pediosos respectivamente em 25,9% e 6,0% dos indivíduos (Santos et al., 2015). Outro estudo verificou que o pulso pedioso estava diminuído em 13,0% dos diabéticos e ausentes em 5,5%, dados que corroboram com a presente pesquisa. A diminuição e a ausência de pulsos estão diretamente relacionadas ao aumento do risco de ulceração dos pés (Smanioto et al., 2014). Os valores encontrados para o ITB (0,92 e 0,96) neste estudo são considerados normais (0,91 a 1,30) segundo a literatura (Kawamura, 2008).

Em relação à Classificação de Risco para o pé diabético, no presente estudo, observou-se risco 3, o qual indica maior ocorrência de úlceras e amputações prévias na população estudada. Resultado diferente foi encontrado no estudo realizado em Florianópolis-SC, no qual verificou-se que a maioria dos indivíduos (80,0%) apresentou risco 0 (Boell et al., 2014).

Desta forma a avaliação do pé em indivíduos diabéticos torna-se importante por possibilitar prevenir os agravos e afecções, além de promover um acompanhamento do usuário no serviço, permitindo que este tenha suas dúvidas esclarecidas e se necessário seja encaminhado aos profissionais que precisar. Neste contexto o trabalho multiprofissional permite uma assistência integral à saúde do indivíduo diabético e pode melhorar sua qualidade de vida.

Enquanto limitações tiveram-se o fato de ser estudo secundário, podendo apresentar problemas nos registros, entretanto permitiu conhecer a realidade local dos usuários.

## CONCLUSÃO

Este estudo mostrou que os pacientes eram na maioria do sexo masculino, moravam com companheiro, aposentados, idosos jovens (idade média de 68,52 anos) e com média de tempo de diagnóstico do DM de 16,79 anos. A média da pressão arterial apresentou-se na normalidade, a glicemia capilar estava alterada e o IMC indicou sobrepeso para idosos.

Percebeu-se deficiência no autocuidado, bem como, a falta de ações de educação em saúde acerca dos cuidados com os pés. A maior parte dos idosos apresentou risco 3 (úlceras/amputação prévia) na classificação de risco do pé diabético.

Por sua vez, o sedentarismo elevado, as doenças do aparelho circulatório, a presença de sintomas neuropáticos e idosos com mais de 15 anos com DM, se apresentam como indicadores importantes para que o serviço pesquisado possa intervir de forma mais intensa para a preservação da saúde dos pés e da qualidade de vida destes usuários.

## REFERÊNCIAS

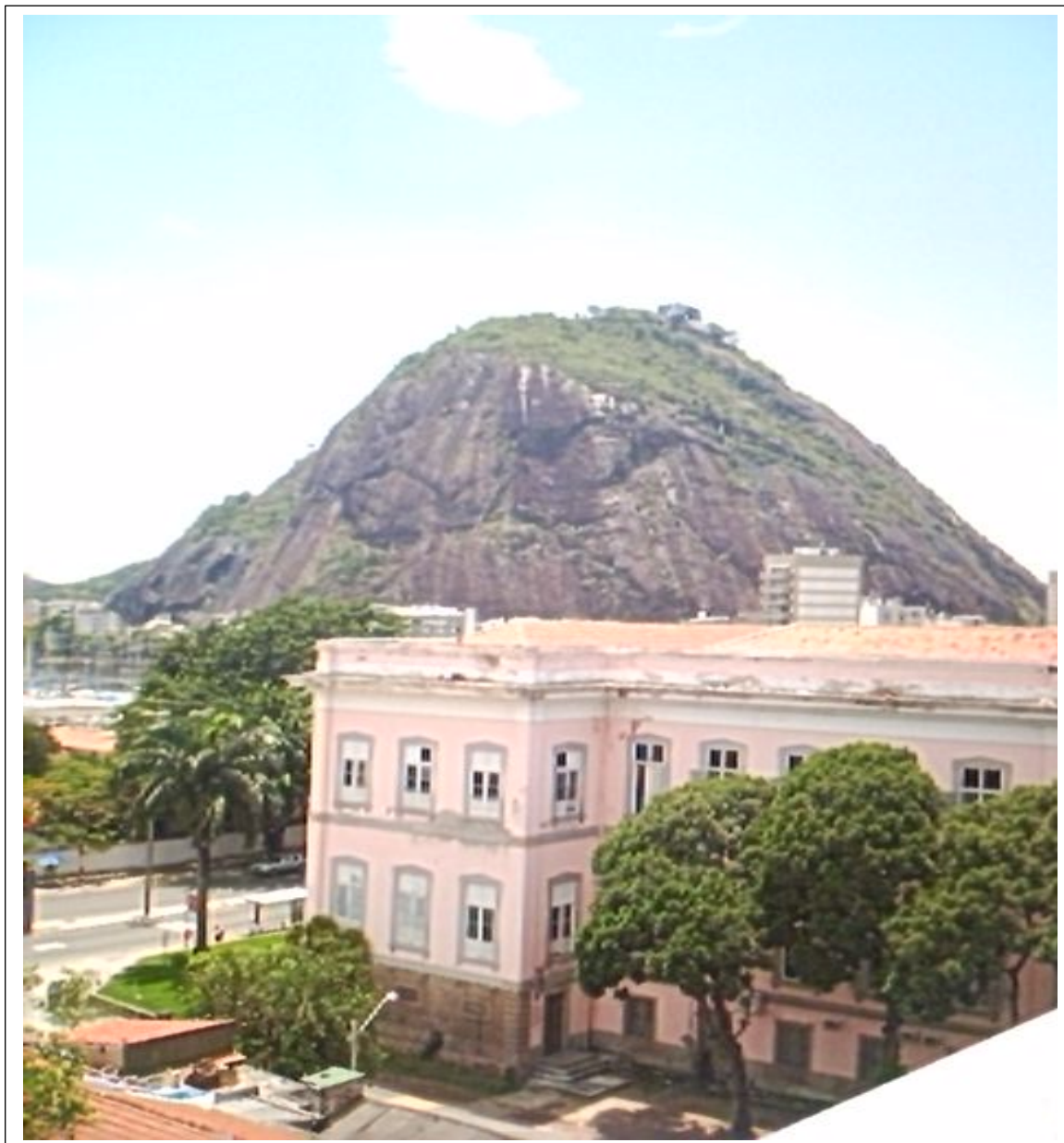
- Boell, J. E. W., Ribeiro, R. M., &Silva, D. M. G. V. (2014). Fatores de risco para o desencadeamento do pé diabético. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 16(2), 386-93. Recuperado de <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/20460/17255>
- Brasil. (2008). Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_saude\\_homem.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf)
- Brasil. (2011). *Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes\\_coleta\\_analise\\_dados\\_antropometricos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf)
- 
- Brasil. (2014). *Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde. Seção 1, 1-120. Recuperado em <https://biavati.files.wordpress.com/2014/05/vigitel-2013.pdf>
- Caiafa, J.S., Castro, A.A., Fidelis, C., Santos, V.P., Silva, E.S., & Sitrângulo JR, C.J. (2011). Atenção integral ao portador de pé diabético. *J. vasc. bras.*, 10(4), 1-32. Recuperado em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1677-54492011000600001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1677-54492011000600001&script=sci_arttext)



- [t&tln=es](#) [03.pdf](#)
- Cardoso, V. S., Magalhães A. T., Silva, B. A. K., Silva, C. S., Gomes, D. B. C., & Silva, J. C. A. (2013). Avaliação funcional dos pés de portadores de diabetes tipo II. *Rev. bras. promoc. saúde (Impr.)*, 26(4). Recuperado de [http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/2013.4\\_artigo14.pdf](http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/2013.4_artigo14.pdf)
  - Cubas, M. R., Santos, O. M., Retzlaff, E. M. A., Telma, H. L. C., Andrade, I. P. S., Moser, A. D. L., & Erzinger, A. R. (2013). Pé diabético: orientações e conhecimento sobre cuidados preventivos. *Fisioter Mov*, 26(3), 647-55. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/fm/v26n3/a19v26n3.pdf>
  - Ferenz, A. M., Stuani, D. L. L. I., & Brandalise, V. (2013). Características clínicas dos pés de idosos portadores de diabetes mellitus tipo II. *Revista FisiSenectus*, 1(2), 3-13. Recuperado de <https://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/fisisenectus/article/view/1545/855>
  - Gomides, D. S., Villas-Boas, L. C. G., Coelho, A. C. M., & Pace, A. E. (2013). Autocuidado das pessoas com diabetes mellitus que possuem complicações em membros inferiores. *Acta Paul Enferm*, 26(3), 289-93. Recuperado de [http://www.redalyc.org/pdf/3070/307027354014\\_5.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/3070/307027354014_5.pdf)
  - Guimarães, J.P.C. (2011). *Classificação de risco para pé diabético em pessoas idosas com diabetes mellitus tipo 2* (Tese de Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/BUOS-8QCPFA>
  - Kawamura, T. (2008). Assessing ankle-brachial index (ABI) by using automated oscillometric devices. *Arq Bras Cardiol.*, 90(5), 322-326. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/abc/v90n5/en>
  - Martin, I. S., Beraldo, A. A., Passeri, S. M., Freitas, M. C. F., & Pace, A. E. (2012). Causas referidas para o desenvolvimento de úlceras em pés de pessoas com diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm.*, 25(2), 218-24. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/a10v25n2>
  - Santos, H. D. C. D., Ronsoni, M. F., Colombo, B. D. S., Oliveira, C. D. S. S., Hohl, A., Coral, M. H. C., & van de Sande-Lee, S. (2015). Escores de neuropatia periférica em diabéticos. *Rev. Soc. Bras. Clín. Méd.*, 13(1). Recuperado de <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2015/v13n1/a4768.pdf>
  - Santos, I. C. R. V., Sobreira, C. M. M., Nunes, E. N. S., & Morais, M. C. A. (2013). Prevalência e fatores associados a amputações por pé diabético. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 3007-3014.
  - Silva, E. C., Haddad, M. C. L., Rossaneis, M. A. (2013). Avaliação de um programa sistematizado de cuidados com os pés na perspectiva dos pacientes com Diabetes mellitus. *UNOPAR Cient. Ciênc. Biol. Saude*, 15(1). Recuperado de <http://www.pgskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/view/770/737>
  - Smanioto, F. N., Haddad, M. C. F. L., Rossaneis, M. A. (2014). Autocuidado nos fatores de risco da ulceração em pés diabéticos: estudo transversal. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 13(3), 343-352. Recuperado de [http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/4680/pdf\\_178](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/4680/pdf_178)
  - Sousa, M. C., Dias, F. A., Nascimento, J. S., & Tavares, D. M. S. (2016). Correlation of quality of life with knowledge and attitude of diabetic elderly. *Investigación y Educación en Enfermería*, 34(1), 180-188. Recuperado de

<http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v34n1/v34n1a20.pdf>

- World Health Organization [WHO]. (2002). *The World Health Organization Report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. Geneve: WHO. Recuperado de <http://www.who.int/whr/2002/en/>



## El modelo Tidal: Una alternativa para la enfermería psiquiátrica

The Tidal model: An alternative for psychiatric nursing

O modelo das Marés: Uma alternativa para a enfermagem psiquiátrica

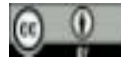
Douglas C. Nance<sup>1</sup>

<sup>1</sup> MSN. Profesor-Investigador Asociado C, Tiempo Completo. Universidad de la Sierra Sur, Instituto de Investigación Sobre la Salud Pública. Correo electrónico: biggato9@yahoo.com

Cómo citar este artículo en edición digital: Nance, D.C. (2019). El modelo Tidal: Un alternativo para la enfermería psiquiátrica. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 23 (55) Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.55.24>

Correspondencia: Universidad de la Sierra Sur, C/Guillermo Rojas Mijangos s/n, esq. Av. Universidad, col. Universitaria. Miahuatlán de Porfirio Díaz, Oaxaca, México. CP 70800.

Correo electrónico de contacto: [biggato9@yahoo.com](mailto:biggato9@yahoo.com)



Recibido: 29/08/2019

Aceptado: 07/11/2019

**Agradecimiento:** Agradezco la Dra. Oliva López Sánchez de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México por sus siempre sabios críticas y comentarios.

### ABSTRACT

Nursing has lacked a theoretical model specifically for the specialty of psychiatric nursing and mental health. This lack occurs worldwide, not only in Mexico, and may limit the development of the independent practice of psychiatric nursing. It can also limit the ability of nursing to work in the multidisciplinary team in a joint manner on an equal basis. In the XVI century Mexico had a model of psychiatric nursing of the Brothers of Charity, based on love for neighbor and respect for the person in need of nursing. Currently there is a theoretical model specifically for psychiatric nursing and mental health. The Tidal Model, with its metaphors about life and its crisis as a ship

at sea, focuses on respect for the history and experience of the person in need of nursing.

**Keywords:** Nursing theory, psychiatric nursing, mental health, theoretical framework

### RESUMEN

La enfermería ha faltado un modelo teórico específicamente para la especialidad de enfermería psiquiátrica y salud mental. Este falta se da a nivel mundial, no solo en México, y puede limitar el desarrollo de la práctica independiente de la enfermería psiquiátrica. También puede limitar la habilidad de la enfermería a trabajar en el equipo multidisciplinaria en una manera

conjunta en condición de igualdad. En el siglo XVI México tuvo un modelo de enfermería psiquiátrica de los Hermanos de la Caridad, basado en el amor al prójimo y respeto a la persona con necesidad de la enfermería. Actualmente existe un modelo teórico específicamente para la enfermería psiquiátrica y salud mental. El Modelo *Tidal*, con sus metáforas sobre la vida y sus crisis como un barco en el mar, tiene un enfoque sobre el respeto para la historia y la experiencia de la persona con necesidad de la enfermería.

**Palabras clave:** teoría de la enfermería, enfermería psiquiátrica, salud mental, marco teórico.

### RESUMMO

A enfermagem carece de um modelo teórico específico para a especialidade de enfermagem psiquiátrica e saúde mental. Essa falta ocorre em todo o mundo, não apenas no México, e pode limitar o desenvolvimento da prática independente de enfermagem psiquiátrica. Também pode limitar a capacidade de enfermagem de trabalhar na equipe multidisciplinar de maneira conjunta em igualdade de condições. No século XIV, o México tinha um modelo de enfermagem psiquiátrica dos Irmãos da Caridade, baseado no amor ao próximo e no respeito pela pessoa necessitada de enfermagem. Atualmente existe um modelo teórico específico para enfermagem psiquiátrica e saúde mental. O Modelo das Marés, com suas metáforas sobre a vida e sua crise como navio no mar, tem como foco o respeito pela história e experiência da pessoa que necessita de enfermagem.

**Palavras-chave:** Teoria de enfermagem, enfermagem psiquiátrica, saúde mental, referencial teórico.

#### **El modelo *Tidal*: Un alternativo para la enfermería psiquiátrica**

“Todos son simplemente mucho más humanos que de lo contrario.”

Harry Stack Sullivan

La práctica de la enfermería implica hacer algo que parece bastante "normal", en los entornos y circunstancias extraordinarias. Las enfermeras atienden a las personas que, por diferentes razones, no cuidan, o no pueden, cuidar de sí mismas. La disciplina profesional es muy diferente de la del cuidado ordinario proporcionado por un amigo o un pariente. La diferencia está en el contexto, el cuidado de un amigo o un pariente es un deber u obligación moral donde el cuidador y el cuidado están unidos por lazos de sangre o amor.

La enfermería psiquiátrica tiene un contexto más problemático. A menudo las enfermeras están obligados a atender a las personas que han sido abandonados por todos los demás, o que pueden ser difíciles de cuidar. Por lo general, las enfermeras cuidan a más de una persona a la vez, hacen frente a demandas y prioridades a menudo rápidamente cambiantes. Tales desafíos contextuales transforman la ley ordinaria de la bondad humana en la extraordinaria disciplina del cuidado humano (Barker, 2009).

En la época virreinal, México fue vanguardista en el cuidado a los enfermos mentales. Se fundó el primer hospital para enfermos mentales en las Américas y una orden de enfermeros religiosos encargados para cuidarlos, con un modelo religioso basado en el amor al prójimo para el cuidado a los que sufren. Después de este época la enfermería psiquiátrica mexicana carece de un modelo teórico específico para su

implementación. Este ensayo pretende hacer una contribución a la búsqueda de un modelo moderno de la enfermería psiquiátrica, basado en el respeto para los que sufren, o tienen el riesgo de “sumergirse” en mares turbulentos mentales.

### REVISIÓN DE LA LITERATURA

Actualmente, la enfermería psiquiátrica en México es una *rara avis*. El sistema de salud mexicano no ha contemplado los recursos humanos para hacer frente a este problema de salud pública. Con sólo 2.62 enfermeras psiquiátricas por cada 100,000 personas, México tiene una de las proporciones más bajas del mundo de enfermeras psiquiátricas por población y está en uno de los últimos lugares en el mundo de programas para el atención a la salud mental (OMS, 2016). A medida que el modelo actual asistencial burocrático bio-médico está lejos de atender cabalmente la salud mental, otros modelos pueden ser más útiles. Los pocos recursos en materia de salud mental pone en duda el éxito del tratamiento de los trastornos psiquiátricos y la invisibilidad de la problemática en salud mental también impide identificar la necesidad de más enfermeras psiquiátricas.

Hay una ausencia de obras teóricas sobre enfermería psiquiátrica en México. No hay modelos propios, y muchas escuelas están utilizando el modelo teórico de Virginia Henderson (Belmont Molina, 2011). Su teoría de las “necesidades de la

enfermería” (Henderson, 1991) es una compilación bio-médica de las necesidades del paciente y el papel de la enfermería en el cuidado. Hay una falta de vinculación conceptual entre lo fisiológico, el espiritual y lo socio-cultural sin el concepto de la naturaleza holística del ser humano. Como un modelo conceptual de enfermería psiquiátrica resulta insuficiente. La “necesidad de la enfermería” con la relación entre la persona quien tiene la necesidad, y la persona quien van a atenderlo, puede ser desarrollado con más profundidad. Otros modelos pueden proporcionar una atención más humanística.

Los principios humanísticos tiene antecedentes en México. En 1566 Fray Bernardino de Álvarez fundó el Hospital de San Hipólito y el orden de los Hermanos de la Caridad para cuidar los enfermos mentales. La Congregación estaba "en el ejercicio y practica tanto del amor de Dios, cuanto por el mismo, del Próximo". En el enfermo y en el necesitado, el Hermano de la Caridad debía ver una imagen viva del mismo Cristo, y por tanto mirarlo con un amor digno de Él. Pero no un amor pasivo, las constituciones lo dicen bien claro: "practica y ejercicio de amor", actividad amorosa frente al prójimo, que según se define, es un "tener los brazos de la caridad abiertos para admitir a todos los Enfermos, aun siendo su enfermedad, necesidad" (Muriel, 1990). Los enfermos fueron tratados con el respeto debido a su dignidad de personas. Este puede ser visto en términos

seculares como la necesidad de atención de la enfermería expresada por la persona-cuidada.

San Hipólito fue cerrado en 1910 y el Manicomio Nacional, conocido como La Castañeda, fue inaugurado para el centenario de la independencia. Desde entonces, el modelo biomédico sigue dominando los servicios de salud mental (Menéndez, 1990) y el enfoque psico-educativo asume una base orgánica de la enfermedad mental y consolida la concepción hegemónica de la enfermedad como una función de un cerebro dañado o desordenado y en gran medida irrecuperable. El modelo biopsicosocial y otros modelos psicosociales representan esfuerzos para desarrollar propuestas de enfermería psiquiátrica con base amplia de tratamiento incorporando diversas disciplinas.

Las teorías de enfermería no han sido bien recibidas por las enfermeras, posiblemente debido a su formación y orientación pragmática. Tal pragmatismo - predicada sobre la aceptación de las explicaciones biológicas y control de la conducta - corre el riesgo de dañar las relaciones de la enfermería con las víctimas de estigmatización o alienantes y la creación de una fuerza de trabajo distanciadas y potencialmente opresivos. La enfermería, a diferencia de la medicina - con su relación con las ciencias físicas - ha sido vista con desdén en términos intelectuales, con un fondo de investigación limitada y sin hogar

verdadero, ya sea en la salud o las ciencias sociales (Barker, 1997).

Algunas enfermeras han explorado las posibilidades de modelos de la enfermería establecidas para la práctica de salud mental (Flaskerud, 2000). Sin embargo, a pesar de una crítica constante de los modelos biomédicos y biopsicosociales de enfermedades mentales muchas enfermeras parecen satisfechos por tener un papel subordinado que siguen reproduciendo su función tradicional de apoyo (Barker y Stevenson, 2000). El énfasis en el trabajo multidisciplinario y en los modelos como el biopsicosocial podrían facilitar dicho trabajo en equipo. Sin embargo, el modelo biomédico es más fuerte que nunca en psiquiatría clínica (Antai-Otong, 2000). Del mismo modo, los teóricos de las ciencias sociales no muestran signos de abandonar su desarrollo de varios modelos psicológicos y sociales que podrían iluminar alternativas al tratamiento bio-médico psiquiátrico tradicional.

Estos acontecimientos sugieren que cualquier modelo de enfermería de salud mental debe enfatizar no sólo la “necesidad de la enfermería” (Henderson, 1991) pero debe ser congruente con las respuestas de otras disciplinas a las necesidades de la persona para otros intervenciones terapéuticas, incluyendo el de la bio-medicina.

El Modelo Tidal (*tidal*, marea del océano) (Barker, 2000) tiene como metáfora

central el mar; la experiencia humana es como un barco en el mar; a veces hay marea alta, otras veces la marea baja, y otras más hay naufragios. Es un acercamiento respetuoso para hacer frente a la vivencia de la persona y sus seres queridos. El modelo supone que el tipo de ayuda que necesitan las personas en su gran angustia mental es similar a desarrollar una forma de aumento de la conciencia o la educación superior, que no se puede llevar a alguien a un nivel de comprensión personal, si aún no lo han llegado a ellos mismos.

El Modelo Tidal tiene un enfoque filosófico en el descubrimiento de la salud mental. Mediante el uso de su propia lengua, las metáforas y las historias personales, las personas comienzan a expresar algo de sentido en sus vidas y no solamente síntomas que confirman la patología. Este es el primer paso para recuperar el control de sus vidas. El modelo proporciona un marco para la exploración de la necesidad del paciente de cuidados de enfermería y la prestación de los planes individuales de atención. Las personas (no “pacientes”), sus familias y las personas cercanas a ellos necesitan que se les ayude a concebir el ingreso al hospital como consecuencia de las dificultades de la persona y las de su entorno que han encontrado en sus vidas, y no como el resultado de una enfermedad misteriosa desarrollado como un individuo fuera de su contexto social.

Para comenzar el proceso de compromiso con el Modelo Tidal, la

enfermera debe aceptar que la recuperación del enfermo mental es posible y el cambio es inevitable. El paciente sabe lo que es mejor para él o ella y posee todos los recursos que necesita para iniciar el viaje de recuperación. Las enfermeras tiene que ser creativo y curioso para aprender lo que se necesita para ayudar a la persona.

El Modelo Tidal (Barker, 1998, 2000) fue desarrollado por la Universidad de Newcastle en un estudio investigando la Necesidad de la Enfermería lo que generó una teoría sustantiva de la práctica de la enfermería en salud mental (Barker, 1996). El estudio trató de aclarar los papeles y funciones discretos de la enfermería dentro de un proceso de atención y tratamiento multidisciplinario. Al traducir la teoría en la práctica el Modelo Tidal desarrolló muchas de las afirmaciones sobre la importancia de las relaciones interpersonales para la práctica de la enfermería y incorporó los principios sobre el proceso de empoderamiento. Como en Peplau (1952), el trabajo fundamental de los procesos interpersonales de la enfermería es cuidar y tener su enfoque singular en las reacciones del paciente a las circunstancias de su problema de salud.

Al asumir que la enfermería se basa en las relaciones interpersonales, se puede suponer que el enfoque adecuado de la enfermería es la “necesidad” expresada por la persona-cuidada. Lo que la gente pueda necesitar de la enfermería varía de persona a persona y de momento a momento. Este

enfoque no será más de lo que la persona-cuidada necesita de la enfermería. Lo que la persona-cuidada realmente necesita de las enfermeras es indeterminada. Sólo se puede definir como función de la relación entre una persona-con-la necesidad para la enfermería y la persona que puede cumplir con esa necesidad.

El Modelo Tidal originalmente se introdujo en los centros de atención psiquiátricos en 1997. Desde entonces el concepto de un cuidado continuo se ha desarrollado con hincapié en la necesidad de la persona en tres formas de atención; crítica, de transición y de desarrollo. El cuidado continuo construye el puente, cerrando la brecha del hospital a la comunidad, haciendo hincapié en que la necesidad debe ser el enfoque principal de la atención más que el entorno en el que se entrega la atención (Barker, 2000). Este modelo fundamental y inclusivo de la enfermería psiquiátrica se centró en los procesos de atención fundamentales para la práctica de la enfermería en salud mental para cualquier entorno de atención y cualquier población. Aunque centrado en identificar los procesos necesarios de los cuidados de enfermería, las prácticas están destinadas a ser complementarias a la atención y el tratamiento ofrecido por otras disciplinas.

Sills (1994) consideró que la teoría del caos es de particular relevancia para la enfermería ya que el enfoque de la práctica es la descripción y la gestión de patrones y variabilidades. Teniendo en cuenta este

enfoque, la salud va a ser conceptualizada como un patrón determinado por movimientos complejos y caóticos. El resultado de variables físicas, psicológicas y sociales, la no-linealidad utiliza un proceso de retroalimentación para regular dentro de los parámetros acotados. La enfermedad es vista como una estabilidad, un patrón que no responden a la retroalimentación, de manera que la trayectoria es atraída a un punto, que, sin corregirse, en la última instancia puede conducir a la muerte. La teoría del caos refuerza el mensaje anti-clásica de la teoría cuántica, compartiendo con la relatividad algunas de las implicaciones revolucionarias. Tomando de la teoría del caos, Barker (1996) reconoció la naturaleza fluida de la experiencia humana que se caracteriza por el cambio incesante y la imprevisibilidad. Esta fluidez proporciona la base de la metáfora central del Modelo Tidal: La vida es un viaje realizado en un océano de experiencia. Todo el desarrollo humano, incluyendo la experiencia de la enfermedad y la salud, implica descubrimientos realizados en el viaje a través del océano de la experiencia. En los puntos críticos en el viaje de la vida, la persona experimenta tormentas (crisis), o ataques de piratas (asaltos, violaciones); en otras ocasiones, el buque puede naufragar y la persona puede enfrentar la posibilidad de ahogamiento o naufragio (descomposición) y puede requerir ser guiado a un lugar seguro (puerto) para llevar a cabo las reparaciones o para recuperarse del trauma (rehabilitación).



## *Cultura de los Cuidados*

Una vez que la persona ha recuperado el equilibrio necesario, el buque puede zarpar de nuevo, con el objetivo de ponerlo de nuevo en su curso de la vida (recuperación).

A diferencia de los modelos normativos psiquiátricos, el Modelo Tidal tiene pocos supuestos sobre el curso apropiado de la vida de una persona. La atención se centra en el tipo de apoyo que necesitado para rescatarlos de la crisis o para ayudar a volver a ponerlos en el curso de la vida (desarrollo). Las experiencias de vida son descritas en términos metafóricos. Las personas que sufren crisis de la vida están metafóricamente en aguas profundas con el riesgo de ahogamiento o se sienten como si hubieran sido arrojados a las rocas. Los que han experimentado un trauma (como lesiones o abuso), o problemas de la vida más duraderas, puede tener pérdida del sentido de sí mismo similar a un naufragio o de ataque de piratas. Tales personas necesitan salvavidas (rescate psiquiátrica) seguido a intervalos por el trabajo de desarrollo necesario para engendrar una verdadera recuperación. Esto puede tomar la forma de intervención en crisis en la clínica o en el "puerto seguro" de una hospital. Una vez que se haya completado el rescate (psiquiátrica) el énfasis se cambia a la ayuda para que la persona esté "de nuevo en el camino", volviendo a una vida significativa en la comunidad (salud mental).

La "necesidad de la enfermería" no puede estar de sí o no, de la comunidad o del hospital, en el servicio general o de

especialista, de atención de urgencias o de atención externo, sino que fluye a través de estas fronteras artificiales ya que la naturaleza de las necesidades de la persona cambia. Este enfoque basado en la continuidad de la atención tiene como objetivo promover el cuidado sin fronteras. La respuesta de cuidar, expresada por la enfermería, necesita fluir como el agua, adaptándose a las necesidades cambiantes. Si mantenemos un enfoque en las necesidades de la persona para los cuidados críticos, de transición o de desarrollo, la interdependencia de los diferentes servicios para satisfacer diferentes necesidades se hace evidente.

Una serie de evaluaciones holísticas, exploratorios y enfocadas en riesgos se han desarrollado dentro del modelo. Estos facilitan un enfoque centrado en la persona y generan intervenciones que hacen hincapié en sus recursos y capacidades existentes para buscar de soluciones. Los procesos de evaluación e intervención están destinados a apoyar la práctica y permite la enfermera a tener una mejor visión de la persona y proporcionan el espacio creativo necesario para responder a alguien en crisis (Barker, 2000). Al reconocer la necesidad de una respuesta continua y flexible, también reconoce la naturaleza caótica de la experiencia humana y de su conducta (Barker, 1996).

## **DISCUSIÓN**

El Modelo Tidal emplea una construcción de cuidar que tiene como su objetivo efectuar el cambio en la presentación de la persona que es el paciente. En lugar de enganchar con el trastorno o la enfermedad, se centra en el contacto con la persona (Barker, 1997). El objetivo de este compromiso es entender la situación actual de la persona que incluye su relación con la salud y la enfermedad. La enfermera expresa la curiosidad acerca de la persona en la búsqueda del conocimiento de lo que está sucediendo dentro de la experiencia de la persona con su mundo, el yo y sus relaciones y lo que podría significar en los términos del cuidado esencial. Hay hincapié en la experiencia de angustia de la persona, que se entiende por la enfermera y en el apoyo para vivir una vida “normal”.

Hay tres dimensiones de representar la personalidad; el Mundo, el Uno Mismo y los Otros. En la dimensión Mundo, la atención se centra en las necesidades de ser entendido, y la necesidad de tener la experiencia personal del sufrimiento, enfermedad o trauma validado por otros. La Evaluación de Enfermería Holística es para documentar en la propia voz de la persona, los eventos significativos que ocurren en ese momento y lo que la persona percibe como que sea necesaria con el fin de responder a estos eventos.

En la dimensión del Uno Mismo, se hace hincapié en la necesidad para la seguridad emocional y física. El Plan de Seguridad es para identificar el tipo de apoyo

necesario para garantizar la seguridad personal y para compensar el riesgo de daño a sí mismo o los demás a través de la acción directa o la negligencia. Cuando la persona no puede cuidar de sí mismo o garantizar su propia seguridad, las enfermeras deben hacerlo en manera temporal hasta la persona puede recuperar sus habilidades.

En la dimensión de los Otros, se hace hincapié en la necesidad de apoyo que pueda necesitar a vivir una vida normal, como intervenciones médicas, farmacológicas, psicológicas o sociales específicas, incluyendo áreas vitales de la vida cotidiana como la vivienda, las finanzas, el trabajo y el ocio.

Dentro de cada una de estas dimensiones, la enfermera tiene como objetivo de explorar la construcción de la experiencia de la persona a través de la narrativa empleando el concepto de la alianza terapéutica. En cada dimensión de la evaluación y la intervención, el énfasis se da a la persona de participar plenamente en el proceso de determinar y cuando sea posible, contribuye a las intervenciones que podrían satisfacer sus necesidades. La atención requerida por la persona será un equilibrio o fusión entre las diferentes construcciones de la persona y sus seres queridos. La base del modelo es la narrativa y el empoderamiento. Este reconoce que lo que hay que hacer será determinado en gran medida por el individuo. Se basa principalmente en los enfoques sistémicos y orientadas a las soluciones, que hacen hincapié en la

resolución de problemas personales, la revelación y el empleo de recursos personales. Al reconocer la importancia central de la narrativa como el medio de sí mismo, el énfasis se da a mantener la integridad de la narrativa a través de la investigación colaborativa. El sentido de la persona de uno mismo, el mundo de sus experiencias y las experiencias con otros, está unido inseparablemente a sus historias de vida y sus significados.

El enfoque narrativo no se ocupa de desentrañar el curso causal de los problemas de la vida actuales, sino que pretende utilizar la experiencia del viaje de la persona y sus significados a trazar el paso que debe ser tomada en su camino de la vida. Como parte de esta exploración conjunta del mundo de la experiencia de la persona, el registro de evaluación está escrito en la propia voz de la persona en lugar de traducirse en tercera persona o de la lengua profesional. Esto es la co-creación de una narrativa de la experiencia que incluye lo que la persona cree que necesita de la enfermería.

Al dar prioridad a la historia de la persona, reconoce que la narrativa es el lugar para la promulgación de su vida. El proceso de cuidar comienza y termina aquí, ya que la gente desea desarrollar y crear una explicación coherente de lo que ha ocurrido y lo que está sucediendo en su experiencia de la angustia mental. En este contexto, la investigación sobre la historia de las dificultades de la persona y la historia emergente de los cambios que se han

producido tiene que ser un proceso riguroso y paciente.

La experiencia de la mala salud mental es fundamentalmente una de desempoderamiento. Cuando estos problemas perduran o se repiten, la familia o la comunidad pueden ver a la persona como discapacitado. A pesar de se ofrece un servicio a la persona, a menudo esto se centra sólo en la limitación de los daños personales e interpersonales que pueden ser causados por los problemas de la vida, llamada enfermedades mentales (Barker & Stevenson, 2000). Los procesos de atención y tratamiento psiquiátrico puede agregar a la falta de autonomía. Esto puede ser desde las restricciones impuestas por el confinamiento a las limitaciones más sutiles promulgadas por ser bajo observación o consideradas como inconforme. La forma más común de pérdida de poder consiste en el hecho de no prestar atención adecuada a las experiencias de los problemas de la vida de la persona. El modelo bio-médico ha servido como un medio de desviar la atención de la experiencia vivida de la persona, con la traducción de esta cuenta única y subjetiva a el para-lenguaje de la bio-medicina. La historia de la persona se reduce al nivel de sus partes con el diagnóstico psiquiátrico, esta forma particular de representación de la experiencia humana con los problemas de la vida.

Las tres dimensiones del Modelo Tidal tienen como objetivo a evitar la reducción de la persona a un fenómeno del

paciente, al tiempo que reconoce la imposibilidad de desarrollar cualquier cosa más que una cuenta provisional de las experiencias de vida de la persona y la necesidad inmediata de la persona para la enfermería (Barker, P., 2000).

## CONCLUSIÓN

El Modelo Tidal asume que las enfermeras tienen que acercarse a las personas a su cuidado para que puedan explorar juntos la experiencia de la salud y la enfermedad. La atención de la salud es cada vez más técnica y emocionalmente distante mediante el uso de tecnología y las personas están pidiendo atención y tratamiento a volver a insistir en las relaciones entre ellos y sus cuidadores.

El Hospital de San Hipólito, en 1566, fue el primero que se recibían enfermos mentales. Estos enfermos fueron alojados en un sanatorio y tratados con el respeto debido a su dignidad de personas por los Hermanos de la Caridad. La atención y cariño con que se trataba dimanaba de ese modo sobrenatural cómo Bernardino de Álvarez los consideraba. Él fue quien hizo que el pueblo pensase en ellos como en los más desvalidos hijos de Dios. Veía en los “locos” un ejemplo que debía mover a los hombres a ordenar la vida y oponía la locura insana de sus enfermos a la locura consciente del mundo (Muriel, 1990).

La práctica de salud mental todavía se basa en una especie de confesión, de los traumas y la vulnerabilidad física y

emocional dentro de una conversación íntima (entrevista/evaluación/diálogo o terapéutico/confesión/oración). Sólo nuestra sociedad secular postmoderna se siente incómoda por reconocer que este proceso es espiritual, ya que implica una exploración de los significados que las personas han atribuido a las experiencias en sus vidas. El Modelo Tidal y el modelo de los Hermanos de la Caridad comparten el respeto para la persona, la atención, el cariño, y la necesidad de atención de la enfermería expresada por la persona-cuidada. El Modelo Tidal reconoce que los problemas de la vida, que se apoderan y amenazan con ahogar a las personas, pueden ser interpretadas, en un nivel fundamental, como crisis espirituales en el sentido de que la perturbación consiste en una alteración de los diversos significados atribuidos a y por la persona, en relación con la experiencia de ser humano y ser vivo (Thomas, 1997). También reconoce que el tipo de atención que las enfermeras tienen que entregar para responder eficazmente a este tipo de crisis puede aparecer ordinario, pero dado el contexto, puede representar actos de extraordinario valor y compasión.

Las averías raras veces sucede de repente. De la misma manera, la recuperación no se produce de repente, sino que se desarrolla en el propio ritmo de la persona, dependiendo de las circunstancias. Como resultado, estamos como la gente limpiando después de una gran inundación. Sabemos que van a necesitar mucho

esfuerzo de nosotros mismos y tal vez de otros. A menudo, sospechamos que nada volverá a ser lo mismo otra vez. Estamos limpiando y estamos en la reconstrucción de nuestras vidas que han casi fueron destruidas por la inundación. Esto se convierte en nuestro trabajo más importante. A través de este trabajo reclamamos lo que es más querido para nosotros - nosotros mismos. Si podemos hacer eso, bien podemos recuperar las vidas que pensamos que habíamos perdido (Barker & Barker, P. J., 2016). En el tratamiento de una persona que sufre, el terapeuta debe mostrar a la persona que puede alcanzar una vida con un propósito, y mejorar su sentido de identidad, señalando el sentido que está esperando para ser cumplido por él, a pesar de su trastorno mental y sus efectos (Frankl, 1986). Esperamos que estos principios pueden dar un puerto seguro para las personas quienes, como barcos en una mar tormentosa, sufren de trastornos mentales.

## BIBLIOGRAFÍA

- Antai-Otong, D. (2000). The neurobiology of anxiety disorders: Implications for psychiatric nursing practice. *Issues in Mental Health Nursing*, 21, 71–89.
- Barker, P.J. (1996). Chaos and the way of Zen: psychiatric nursing and the 'uncertainty principle'. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 3, 235-243.
- Barker, P. (1997). *Assessment in psychiatric and mental health nursing: In search of the whole person*. Cheltenham: Stanley Thornes.
- Barker, P. (2000). *The Tidal Model: from theory to practice*. Newcastle: University of Newcastle.
- Barker, P. (2001). The Tidal Model: developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(3), 233-240.
- Barker, P. (2009). *Psychiatric and mental health nursing: The craft of caring*. London: Edward Arnold.
- Barker, P. & Barker, P.J. (2016). *Tidal: Recovery and reclamation*. Obtenido de [www.tidal-model.com](http://www.tidal-model.com)
- Barker, P. & Stevenson, C. (2000). *The Construction of Power and Authority in Psychiatry*. Oxford: Butterworth Heinemann.
- Belmont Molina, A. (2011) La evolución de la enfermería psiquiátrica. *Enfermería Neurológica*, 10 (1), 53-55
- Flaskerud, J.H. (2000). Shifting paradigms to neuropsychiatric nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 21, 1–2.
- Frankl, V. (1986). *The doctor and the soul: From psychotherapy to logotherapy*. New York: Vintage Books.
- Henderson, V. (1991). *The nature of nursing: a definition and its implications for practice, research, and education: Reflections after 25 Years*. New York: National League for Nursing Press.
- Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol: Saber y hegemonía médica*. México: Alianza Editorial Mexicana.
- Muriel, J. (1990). *Hospitales de la Nueva España. Tomo I. Fundaciones del siglo XVI*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Organización Mundial de Salud (2016). Obtenido de

- [www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/profiles/mex\\_mh\\_profile.pdf?ua](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles/mex_mh_profile.pdf?ua)
- Peplau, H.E. (1952). *Interpersonal relations in nursing*. New York: Putnam.



### Reseña

**Onã Silva (2019). *El fantástico viaje de Cordel a través de la historia de la enfermería*. Brasilia: Editorial Cuidarte**

### Review

**Onã Silva (2019). *The Fantastic Cordel Journey Through Nursing History*. Brasilia: Editorial Cuidarte, pp.304**

### Resenha

**Onã Silva (2019). *A viagem fantástica em cordel pela história da enfermagem*. Brasilia: Editora Cuidarte, pp. 304**

**Apoio: Fundo de Apoio à Cultura, Secretaria de Estado de Cultura e Economia Criativa do Distrito Federal, Brasil**

### Onã Silva

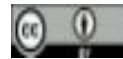
Enfermeira, cordelista, escritora, atriz, artista plástica, figurinista e poetisa do cuidar de rima forte, Onã Silva é arretada nos versos e trocadilhos em linguagem de cordel. A enfermeira-artista já lançou incontáveis obras literárias, que englobam o universo dos leitores: pequenos, adolescentes, adultos e a terceira idade.

Cómo citar esta reseña en edición digital: Onã Silva (2019). Reseña de “El fantástico viaje de Cordel a través de la historia de la enfermería”. Editorial Cuidarte. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 23(55).

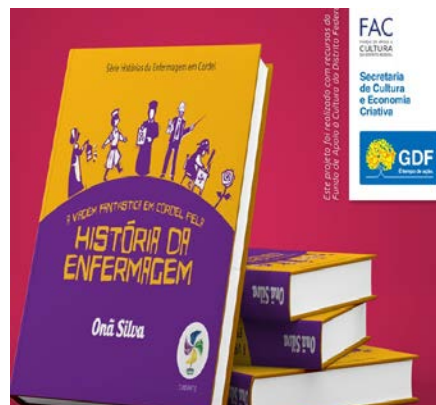
Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.54.25>

Correspondencia: Remitirse al correo electrónico.

Correo electrónico: [onatil.silva@gmail.com](mailto:onatil.silva@gmail.com)



*Recibido/ Aceptado: Reseña Invitada.*



## RESUMEN

*El fantástico viaje de Cordel a través de la historia de la enfermería, constituye una nueva incursión de Onã Silva en el género de la literatura de cordel y lo hace, de nuevo, con fines didácticos para facilitar la enseñanza de la historia de la enfermería.*

**Palabras clave:** Literatura de cordel, enfermería, historia de la enfermería.

## ABSTRACT

The fantastic journey of Cordel through the history of nursing, constitutes a new incursion of Onã Silva in the genre of string literature and does it, again, with didactic purposes to facilitate the teaching of the history of nursing.

**Keywords:** String literature, nursing, history of nursing.

## RESUMO

A viagem fantástica em cordel pela história da enfermagem constitui uma nova incursão de Onã Silva no gênero literatura de cordas e, novamente, com objetivos didáticos para facilitar o ensino da história da enfermagem.

**Palavras-chave:** Literatura de cordel, enfermagem, história da enfermagem.

**Tema:** histórias da enfermagem: das profissões e suas personalidades, da antiguidade à atualidade

**Gênero:** literatura de cordel

**Livro:** apresentação, 7 capítulos de histórias da enfermagem, capítulo sobre o projeto Histórias da Enfermagem em Cordel, Biografia da autora, referências

O mais recente livro de autoria de Onã Silva, intitulado *A viagem fantástica em cordel pela história da enfermagem* foi publicado com apoio do Fundo de Apoio à Cultura, Secretaria de Estado de Cultura e Economia Criativa do Distrito Federal, e faz

parte da Série Histórias da Enfermagem em Cordel. Nesta edição, objetiva-se contar, em linguagem de cordel, uma viagem fantástica pela história da enfermagem, da antiguidade até a atualidade, destacando algumas práticas de cuidar, conquistas, personalidades brasileiras e de outros países, marcantes na construção histórica da profissão.

A literatura de cordel é uma linguagem popular, sonora, criativa, que permite criar, divulgar e dialogar saberes, e alcançar um público significativo. Pela sua importância, a literatura de cordel foi reconhecida pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (Iphan) em 19 de setembro de 2018, como patrimônio cultural imaterial do Brasil.

Sem dúvida que pesquisas e publicações na temática são importantes no campo do ensino, educação em saúde e prática da enfermagem. Porém são escassas as literaturas cordelizadas sobre histórias da enfermagem. Desse modo, a motivação deste trabalho foi por considerar que as narrativas de histórias – das profissões e suas personalidades – contribuem com profissionais, pesquisadores, docentes, alunos, escritores e leitores em geral. A literatura de cordel possui riqueza de fatos, personagens, cenários e outros elementos narrativos.

Ressalta-se que a autora tem trabalhado temas de enfermagem em cordel. Em 2009, idealizou o projeto visando desenvolver pesquisas em cordel, publicando, em 2012, o livro *Histórias da Enfermagem no Universo de Cordel*. Conduzida nesse pensar, a partir de 2013 foi dada continuidade à Série Histórias da Enfermagem em Cordel. Em 2014, os cordéis criados sobre as histórias de vida de alguns pesquisadores foram apresentados a



eles, ou seja, aos professores doutores Almerinda Moreira, Fernando Porto, Osni Claudiano, Wellington Mendonça de Amorim. Doravante, de 2015 a 2017, ampliou-se a pesquisa de acordo com eixos temáticos criando novos cordéis. Posteriormente, apresentou ao FAC/SEC a proposição deste projeto – A viagem fantástica em cordel pela história da enfermagem –, contendo várias histórias da profissão e profissionais. Quanto à narrativa cordelizada no livro, foi subdividida nos seguintes eixos temáticos: *Introdução – Viagem ao início da história da prática de enfermagem; Histórias fantásticas de uma enfermeira guerreira; Histórias fantásticas das enfermeiras pioneiras; Histórias fantásticas das enfermeiras teóricas; Histórias fantásticas de enfermeiras e enfermeiros da atualidade; Histórias fantásticas dos pesquisadores que pesquisam história de enfermagem; Histórias fantásticas de enfermeiros que deixaram saudade em nossos corações; Histórias fantásticas do projeto e da série “Histórias da enfermagem em cordel”;* *Breve história da cordelista: Onã Silva, a enfermeira-artista; Referências.*

Desenvolveu-se uma pesquisa alinhada ao campo da história, de forma criativa, cujos dados da enfermagem foram ressignificados pela arte e narrados em literatura de cordel. Foram analisadas fontes inspiradoras às histórias cordelizadas: biografias, artigos, dissertações, teses, vídeos, currículos disponíveis na Plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Citam-se também as fontes complementares: dicionários de rimas e vocabulário nordestinês, fotografias as mais diversas, desde que despertassem inspiração para historiar em cordel. A maioria das referências estava escrita na língua portuguesa.

Trabalhamos nos dados considerando as seguintes fases: coleta, análise, inspiração poética geral, criação das histórias em cordel e a organização dos poemas criados na presente obra. Explicando melhor a fase de criação das histórias em cordel: por meio de processo criativo e no campo da arte, escrevemos versos livres das histórias pesquisadas. A etapa seguinte foi mediada pela criatividade e complexidade, pensar refletido e poético com ressignificação de saberes. A inspiração é um elemento próprio do artista, mas esclarecemos como ocorre nosso processo criativo durante a pesquisa: envolve a criatividade, imaginação e demais elementos inspiradores. Relativo à etapa posterior, ocorreram: composição, leitura, organização dos versos das histórias em forma de cordéis e a finalização das criações.

Sendo assim, o projeto tem relevância ao utilizar o cordel como gênero literário nas narrativas de histórias fantásticas da enfermagem, e mostrar na publicação da obra os fatos de importância cultural, literária, histórica, profissional e social. Referente aos benefícios, esta literatura visa: promover a cultura à sociedade, que conhecerá fatos e personalidades que se destacam na enfermagem; referenciar o ensino e estudos no campo da história da enfermagem; incentivar a leitura, releitura e mediação de leitura; proporcionar que os produtos literários do projeto – livro (impresso, braile e audiolivro) – tenham acesso democrático aos profissionais de saúde e à sociedade em geral.

Registramos também, como benefício, que este projeto cumpre o objetivo de alinhar-se às políticas públicas, envolvendo as áreas de cultura, literatura e saúde; complementarmente, sendo benefício às pessoas com deficiências que também terão acesso ao material, por meio do audiolivro e transcrição em braile da presente obra.

Ressalta-se também que a autora foi envolvida pela literatura de cordel e inspirada para escrever nas páginas deste livro, as histórias fantásticas de: Florence Nightingale, Wanda Horta, Edith Fraenkel, Taka Oguisso, Elíoenai Dornelles Alves, Almerinda Moreira, Fernando Porto, Osniir Claudiano, Wellington Mendonça, Nalva Pereira, Nébia, Josete Luzia, Jane da Fonseca Proença, Marília Viterbo e outras personalidades fantásticas! Dedicou versos a pesquisadores da história da enfermagem, tais como José Siles González, Óscar Ferreira e Helga Rafael (Portugal) e mais pesquisadores. Citam-se alguns nomes de vultos da história da enfermagem que inspiraram histórias em cordel. Mas nas páginas do livro têm mais histórias fantásticas.

Portanto, nesta obra *A viagem fantástica em cordel pela história da enfermagem* a autora – que é enfermeira, poetisa do cuidar, cordelista, escritora de literaturas, agente literária, Presidente da Academia IPÊ e membro de academias literárias, pesquisadora do Laboratório de História do Cuidado e Imagem em Enfermagem (Lacuiden) e do Centro de Memória do Curso de Enfermagem da UnB, filiada à Academia Brasileira de História de Enfermagem (ABRADHENF) – com grande satisfação apresenta seus novos cordéis de histórias da profissão e profissionais, nesta edição da Série Histórias da Enfermagem em Cordel.



**Reseña**

**Ana María Marcos y Javier de la Torre (editores) (2019). Y de nuevo la eutanasia. Una mirada nacional e internacional. Madrid: Dykinson**

**Review**

**Ana María Marcos y Javier de la Torre (editors) (2019). Again, the euthanasia. A national and international glance. Madrid: Dykinson**

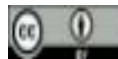
**Revisão**

**Ana María Marcos y Javier de la Torre (editores).(2019). E mais uma vez a eutanásia. Um olhar nacional e internacional. Madrid: Dykinson.**

Sergio Ramos Pozón: Doctor en Filosofía. Profesor asociado. Universidad de Barcelona. Escola Universitària. Departament d'Infermeria Fonamental i Medicoquirúrgica.

Cómo citar esta reseña en edición digital: Ramos Pozón, S. (2019). Reseña de "Y de nuevo la eutanasia. Una mirada nacional e internacional". *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 23(55). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.54.26>

Correspondencia: Sant Boi de Llobregat (Barcelona). C/ Girona, 21b. 3º 4ª.  
Correo electrónico: [sergioramos@ub.edu](mailto:sergioramos@ub.edu)



*Recibido/ Aceptado: Reseña Invitada.*



## RESUMEN

En este libro, los autores realizan una exposición sobre el suicidio asistido y la eutanasia en los distintos países y estados en los que se han despenalizado. Se desea exponer la realidad ética y legal, y cuáles son los desafíos y peligros de estas prácticas clínicas.

**Palabras clave:** Eutanasia, suicidio asistido, derecho y ética

## ABSTRACT

In this book, the authors make a presentation on assisted suicide and euthanasia in the different countries and states in which they have been decriminalized. We want to expose the ethical and legal reality, and what are the challenges and dangers of these clinical practices.

**Keywords:** Euthanasia, assisted suicide, law, and ethics

## RESUMO

Neste livro, os autores fazem uma apresentação sobre o suicídio assistido e a eutanásia nos diferentes países e estados em que foram descriminalizados. Queremos expor a realidade ética e legal e quais são os desafios e perigos dessas práticas clínicas.

**Palavras-chave:** Suicídio assistido, eutanásia, direito, ético

La cultura de los cuidados al final de la vida pasa, necesariamente, por la reflexión de la eutanasia, el suicidio médicamente asistido y los cuidados paliativos. Un buen conocimiento de las distintas realidades legales de aquellos países y estados que los han debatido y despenalizado permitirá saber cuáles son los desafíos, oportunidades y peligros entorno a qué hacer en peticiones eutanásicas o de ayuda al suicidio.

Este es el objetivo de la excelente obra de los editores Marcos y De la Torre:

analizar de forma pormenorizada y crítica la legislación y/o casuística de muchos de estos países (incluido España) y estados. Y lo hace mediante argumentación teórica (aspectos éticos), legal (marco constitucional, legislativo y jurisprudencial) y casuística (datos empíricos de las aceptaciones y/o rechazos de estas prácticas).

El texto comienza delimitando los argumentos y razones que, a juicio del autor, son la base para la comprensión y debate sobre la legitimidad de la eutanasia y el suicidio asistido. En este sentido se esgrime el argumento de la pendiente resbaladiza que implica que abrir una excepción para la aplicabilidad de la eutanasia y/o el suicidio asistido puede suponer la aceptación de otras excepciones parecidas que conllevan riesgos y peligros no contemplados en la primera excepción. Por ejemplo, que se practiquen a personas que tienen un sufrimiento psíquico, a niños o incluso en pacientes sin su consentimiento expreso. Pero también porque la solicitud sea debido a las consecuencias sociales, sanitarias y/o familiares en las que se encuentre la persona.

Otro argumento utilizado es el de las consecuencias que acarrearía para la profesión médica. Podría darse la falsa idea de que la relación asistencial pasaría de tener la función de “sanadora” a la de “matadora”, con sus correspondientes repercusiones psicológicas en los profesionales sanitarios.

Por último, el autor se decanta por potenciar los cuidados paliativos antes que legalizar la eutanasia, apostando entonces

por el derecho a la vida, en lugar del derecho de disponer de la propia vida, sosteniendo que los conceptos de solidaridad y cuidado deberían tener un papel básico en estas cuestiones.

El segundo capítulo se ciñe a la *Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia, 21 de mayo de 2018* que se está debatiendo en España. Ana María Marcos analiza críticamente los conceptos básicos que componen la definición de eutanasia: quién es el *sujeto activo* y el *sujeto pasivo*, pero también por qué motivo debería tener un papel primordial el concepto de *requerimiento*, en lugar de *consentimiento*. A continuación, aboga por unos valores ético-políticos, a saber: vida humana, autonomía individual y dignidad humana, los cuales han de poderse jerarquizar para decantarse por una despenalización o no de la eutanasia. Por un lado, quienes son partidarios de legalizarla, suelen apelar al principio de autonomía, el cual la propia autora se encarga de exponer las críticas a dicho principio. Por otro, las miradas en contra de la legitimidad jurídica de la eutanasia residen en la intangibilidad de la vida humana, lo cual supone un paternalismo injustificado.

En suma, nuestra autora se decanta por una humanización del proceso de morir (cuidados paliativos) y no de una “prestación de ayuda a morir” (eutanasia).

Los siguientes capítulos tratan de exponer la situación de distintos países y estados sobre la eutanasia y/o el suicidio asistido.

El contexto holandés es examinado por Fernando Pinto. Su reflexión se centra en la ley vigente del 2002 (Ley “Korthals/Borts”), la cual admite la eutanasia en mayores de 18 años que se encuentren conscientes o lo hayan anotado en unas voluntades anticipadas; menores entre 16-18 años que estén conscientes y si sus padres han participado en la decisión; y menores entre 12-16 con suficiente madurez con el consentimiento de los padres.

Como requisitos se indica que el médico ha de estar convencido de que la petición es voluntaria, que su paciente tiene un sufrimiento insoportable sin mejoría ni ninguna solución razonable, y que ha estado informado de su situación clínica. Y todo ello habiendo sido consultado con otro médico independiente, el cual ha de emitir un informe que certifique su idoneidad.

Del análisis de los datos se observa un ligero aumento de casos de eutanasia, lo que denota una permisividad total de la vida. No obstante, también se alerta sobre la pendiente resbaladiza. En este caso, el de pasar de la enfermedad terminal al del “cansancio vital”. Este autor sostiene que la actual regulación legal posibilita la pendiente (eutanasia neonatal, trastornos mentales, “cansancio vital”, etc.), por la dificultad de valorar de manera objetiva el “sufrimiento”, o por el procedimiento por el cual se ha de realizar la eutanasia.

El cuarto capítulo es desarrollado por Ana Ylenia Guerra y trata sobre las situaciones de Bélgica y Luxemburgo. El análisis sobre Bélgica comienza con unos

datos históricos para enmarcar la temática. Su legislación tiene la peculiaridad de que desde el 2014 se convirtió en el primer país del mundo en autorizar la eutanasia infantil, sin límites de edad, en casos de sufrimiento físico constante e insoportable debido a enfermedades incurables. El médico ha de valorar al menor para ver si es capaz de adoptar la decisión, previa consulta con un psiquiatra, sin presiones familiares y de amigos. La decisión del niño ha de ser apoyada por sus padres o representantes quienes tienen derecho de veto.

Luxemburgo comparte, sin ninguna novedad notoria, los criterios clásicos de la gran mayoría de legislaciones (mayor de edad y consciente, no es consecuencia de presiones externas, se observa un sufrimiento físico o psicológico, etc.).

Maro Botica presenta el panorama sobre el suicidio asistido en Suiza, comenzando por el papel que tienen algunas sociedades (EXIT) que ayudan a defender y promover el derecho a la muerte. Se permite el suicidio asistido (incluso por personal no sanitario), mientras que está penalizada la eutanasia directa y a petición expresa. No se ciñe solo a que el paciente padezca una enfermedad terminal, sino basta con tener plena capacidad para tomar y ejecutar sus decisiones. Los diagnósticos clínicos más frecuentes son los de cáncer, enfermedad neurodegenerativa, cardiovascular o trastorno musculoesquelético, aunque también se reportaron casos de demencias o depresión.

A su vez, llama la atención que dos organizaciones (Dignitas y Lifecircle) acepten a extranjeros que quieran suicidarse si cumplen con los requisitos legales; no obstante, se exige que el paciente padezca una patología terminal o una enfermedad sin mejoría. Botica alerta de que en Dignitas no haya ningún psicólogo que evalúe a las personas que acuden pidiendo ayuda, algo que de nuevo abre la puerta a la “pendiente”.

El posterior capítulo sintetiza la situación de Estados Unidos, en particular Oregón. Aquí, Federico de Montalvo explica cómo la muerte asistida autoadministrada es permitida y, sin embargo, la eutanasia es ilegal. El criterio es la terminalidad (máximo 6 meses de vida), y no el de cronicidad. En todo caso, se excluye la aplicabilidad cuando se trata de pacientes psiquiátricos. La carencia de estudios que muestren los casos llevados a cabo en Oregón no constatan que siempre se respetaron los criterios exigidos por ley (terminalidad o consentimiento explícito).

El contexto canadiense lo desarrolla Borja Sánchez. Se admite tanto el suicidio asistido como la eutanasia. Aunque parece ser una legislación sólida, se muestran algunas lagunas como, por ejemplo, ¿qué pasaría en demandas de “menores maduros” o con personas con patología mental?; o ¿qué sucede con las peticiones anticipadas antes de que la persona cumpliera con todos los criterios exigidos por la ley?

El siguiente capítulo explica el morir dignamente y la eutanasia en Colombia.

Desde 1997 se despenaliza el “homicidio por piedad” en pacientes terminales, con intenso dolor y sufrimiento, solicitado libre e informado, y llevado a cabo por un médico. Esta decisión está fundamentada en la dignidad, el respeto por la autonomía y el deber de solidaridad. No obstante, no se creó una legislación específica, sino solo se marcó la inconstitucionalidad del artículo 326 del Código Penal que penalizaba estos actos, de modo que actuando conforme al “homicidio por piedad”, y respetando los requisitos, se aceptan dichas prácticas clínicas. Pese a que se instó a una regulación por parte del Congreso, ésta no llegó y se creó una inseguridad clínica debido a la carencia de un marco regulatorio claro. Por esta razón, el Ministerio de Salud y Protección Social solicitó la elaboración de una guía clínica para especificarse cómo debía prestarse este servicio: cuál debería ser el proceso para solicitar la eutanasia, cómo crearse los comités científicos que lo valorasen, e incluso se reconoció el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios. Pero, de nuevo, no quedó claro qué hacer ante las peticiones de pacientes pediátricos, lo cual provocó sentencias proferidas por la Corte Constitucional para salir del paso.

Un siguiente contexto analizado es el de Francia, en el que está prohibido tanto la eutanasia como el suicidio asistido; sin embargo, su legislación permite la posibilidad de que la persona adulta rechace tratamientos, aunque eso implique la muerte. Pues bien, el texto hace un recorrido

pormenorizado por el Código de Salud Pública y las causas y acontecimientos que provocaron su reforma en 2016. Para ello, se explican casos paradigmáticos como el de Chantal Sébire o el de Vicent Lambert. Nos explica el autor que la reforma potencia el derecho a recibir cuidados paliativos, a que el paciente deba ser informado sobre el proceso terapéutico, a que elabore un documento de voluntades anticipadas y que pueda rechazar cualquier tipo de tratamiento. Pero también se insertan dos nuevos derechos, a saber: el de no sufrir y el de la sedación profunda y continuada. Finaliza el texto de modo crítico con esta reforma, haciendo especial alusión a ese supuesto derecho a la sedación y a la poca claridad conceptual de algunos términos como el de “sufrimiento insoportable”, “afección grave e incurable” o a que el “pronóstico vital esté comprometido a corto plazo”.

La situación en Alemania respecto a la eutanasia está condicionada por la experiencia vivida por el régimen nacionalsocialista, nos explican Montalvo y Sánchez. Hay un cierto miedo a que su despenalización ponga en duda el valor inherente de la propia vida y de la dignidad. Con ello, aunque no hay una ley específica para regular tanto la eutanasia como el suicidio asistido, hay disposiciones penales y administrativas que los evalúan. El Código Penal tipifica los supuestos de homicidios a petición de la víctima. El Código Civil consiente legítimamente que una persona redacte un documento de voluntades

anticipadas en el que establezca el rechazo a un tratamiento clínico o que se niegue a la prolongación de su vida de manera artificial. Y la Ley de Estupefacientes prohíbe la prescripción de sustancias con el objetivo de cooperar en un suicidio.

Ahora bien, en 2015 se introdujo una actualización del Código Penal que tipificaba la facilitación “comercial-repetida” del suicidio, con la excepción de que aquellos que no lo realizaran “de forma comercial-repetida” y fuesen familiares o personas cercanas de la víctima; sin embargo, esto contribuyó a una inseguridad legal debido a la poca clarificación conceptual respecto a dichos términos.

Simone Penasa aborda el final de vida en Italia. El marco constitucional, jurisprudencial y legislativo avala el legítimo derecho del paciente al consentimiento informado y al rechazo de tratamientos; y que decida anticipadamente sus decisiones y que éstas sean consideradas como vinculantes para los profesionales sanitarios. En cuanto al suicidio asistido, el Código Penal lo tipifica y castiga con penas de 6 a 15 años de prisión a quien cause la muerte de otro a petición expresa.

Por último, se expone, por parte de Javier de la Torre, la experiencia de Uruguay y Australia. Al igual que sucede en Italia, las personas tienen derecho a rechazar tratamientos y anticipar sus decisiones, pero no a recibir eutanasia o suicidio asistido. En Australia sí cabe la posibilidad de que una persona mayor de 18 años, con patología

terminal con una esperanza de vida inferior a 6 meses solicite un medicamento letal. De este modo, desde 2017 disponen de una Ley de Muerte Asistida Voluntaria que legitima la eutanasia y el suicidio asistido. Se descarta la posibilidad de que el motivo de dicha solicitud sea por enfermedad mental o discapacidad.

En resumen, estamos ante una obra necesaria para una correcta comprensión de la problemática de las demandas eutanásicas y suicidio asistido. Ya no tanto por su detallada exposición de la fundamentación ética, sino por sus actualizados datos sobre la situación de diversos países y estados, así como su nítida exposición de los aspectos legales, los cuales son presentados de manera crítica. Por todo ello, hace que todos los implicados por estas cuestiones se puedan hacer una idea muy clara sobre los muchos retos, desafíos, promesas y/o incertidumbres que se avecinan; y más si tenemos en cuenta que en la actualidad en España hay una *Propuesta de Ley Orgánica*.



**Reseña****Vacío habitado de André Cruchaga o la poesía como búsqueda de un lenguaje aprehensor del sentido/ sin sentido de la existencia****Review****Emptiness lived by André Cruchaga or poetry as a search for an apprehensive language of meaning / nonsense of existence****Resenha****Vácuo habitado por André Cruchaga ou poesia em busca de uma linguagem apreensiva de significado / absurdo da existência**

José Siles es escritor y catedrático de la Universidad de Alicante

Cómo citar esta reseña en edición digital: 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* (Edición digital), 23(55). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.54.27>

Correspondencia: Departamento de enfermería. Universidad de Alicante. 03080 Alicante  
Correo electrónico: [jose.siles@ua.es](mailto:jose.siles@ua.es)



*Recibido/ Aceptado: Reseña Invitada.*

**RESUMEN**

El poeta salvadoreño nos vuelve a sorprender con una nueva y extensa obra editada por Teseo e integrada por nada menos que 111 poemas. Una de las características primordiales de esta nueva entrega consiste, de nuevo, en una radicalidad (de raíz, de profundidad, de ignota trascendencia) que confiere un gran calado al conjunto de la obra.

**Palabras clave:** vacío existencial, poesía, Cruchaga.

**ABSTRACT**

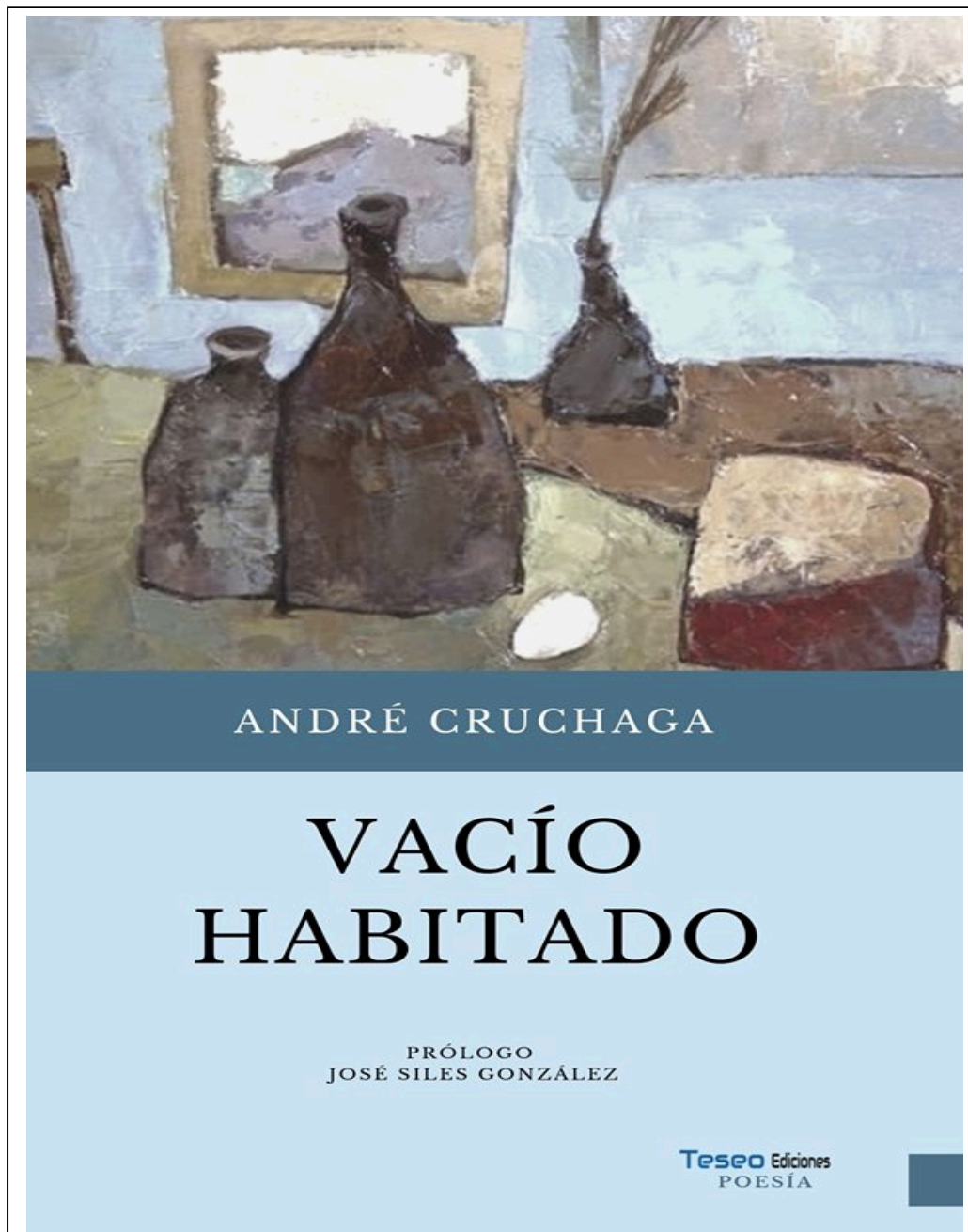
The Salvadoran poet surprises us again with a new and extensive work edited by Theseus and integrated by no less than 111 poems. One of the main characteristics of this new installment consists, again, of a radicalism (root, depth, of unknown transcendence) that gives a great draft to the whole work.

**Keywords:** Existential emptiness, poetry, Cruchaga.

**RESUMO**

Neste livro, os autores fazem uma apresentação sobre o suicídio assistido e a eutanásia nos diferentes países e estados em que foram descriminalizados. Queremos expor a realidade ética e legal e quais são os desafios e perigos dessas práticas clínicas.

**Palavras-chave:** vazio existencial, poesia, Cruchaga.



André Cruchaga es un poeta salvadoreño que nació en Nueva Concepción (Chalatenango, 1957). Cruchaga se inició en la poesía allá por la década de los noventa empezando a compatibilizar su actividad lírica con su trabajo como docente y gestor educativo. Su amplia obra ha sido traducida a varios idiomas llegando a obtener un

importante reconocimiento internacional: “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), etc.

André se incorporó al universo poético ante la necesidad de dar rienda suelta a su humanismo sensorial..., una faceta que explica en gran medida la insaciable transversalidad sensitiva de sus poemas; tal vez eso tenga que ver con su infatigable actividad creativa y con la repercusión internacional que han tenido sus poemas que han atravesado fronteras geográficas, lingüísticas y culturales. Sin duda, una muestra de esta proyección internacional la constituyen la aparición de “Memoria de Marylhurst” en Estados Unidos, “Caminos cerrados” en Méjico y “Poeta en Barataria” en Cuba.

El poeta salvadoreño nos vuelve a sorprender con una nueva y extensa obra: “Vacío habitado” editada por Teseo e integrada por nada menos que 111 poemas. Una de las características primordiales de esta nueva entrega consiste, de nuevo, en 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. Respeta porque ante todo se esfuerza por mantener la complejidad de su naturaleza. Cruchaga es un poeta sinestésico abierto al polisensualismo y esto lo convierte en alguien que busca casi obsesivamente la trascendencia de cada acto perceptivo yendo siempre al mismo fin: despertar la conciencia del ser humano ante la fatal incomprensión de una realidad tan confusa y aplastante como la misma muerte” (Siles, 2017: 246).

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 nítidamente en el trabajo de Cruchaga. Huidobro equiparaba el arte poético al ejercicio divino pues éste rezumaba la libertad y la pulsión creadora que le permitía escribir poemas como “Ella”<sup>3</sup> en cuyos

<sup>3</sup> Fuente: <https://www.zendalibros.com/5-poemas-vicente-huidobro/>

versos, como en una barrena que atraviesa las paredes de habitaciones donde todo es “Vacío habitado”..., se aprecia el potencial sintetizador de la sinestesia<sup>4</sup>

“Tenía una boca de acero  
Y una bandera mortal dibujada entre los labios  
Reía como el mar que siente carbones en su vientre  
Como el mar cuando la luna se mira ahogarse  
Como el mar que ha mordido todas las playas”.

Ya en la Biblia y en la poesía clásica se encuentran antecedentes del enfoque poético sinestésico: Cantar de los Cantares (oleum efusum nomen tuum), Homero (voces color lirio), Platón (oscuro oír), Virgilio, los barrocos españoles, el simbolismo francés decimonónico los románticos ingleses y alemanes, los modernistas, especialmente Rubén Darío y Juan Ramón (Schrader, 1975; Ynduráin, 1969; Córdoba, et al, 2012). Pero la amplitud del enfoque sinestésico desborda los límites de los ismos y las generaciones. Así podemos ver como Vicente Alexandre, representante de la generación del 27, integra en su universo poético la visión “fundidora” de los sentidos tanto a través de la mística de San Juan de la Cruz y Fray Luis de León como en los románticos decimonónicos ingleses. En definitiva, como Cruchaga, se trata de un poeta afincado en la necesidad de fusionarse con el cosmos para

huir de la soledad, de la condena a la mortalidad. Por eso Alexandre también está influenciado por la sinestesia de los románticos ingleses que buscan una trascendencia emocional que los rescate de la nimiedad del ser : “Yo en estas tardes leo Shelley, hermano cuya luminosidad me deslumbra. ¿Qué naturaleza dorada, melancólica o estática, ebria de luz o de tristeza y de amor(…)” (López Martínez, 1991: 284).

En Cruchaga encontramos esa misma poesía saturada de dinamismo y síntesis en la que la que el cosmos, la naturaleza y el ser humano aparecen simultáneamente tan luminosos, ebrios de luz y amor como melancólicos, dorados por atardeceres declinantes y profundamente hundidos en una amarga y triste melancolía, tal como se muestran los sentimientos del poeta en “Transparencia”: Mirar la gota en el ojo que la ansía./La gota solamente en lo profundo./—Pero, no mires la claridad, en la claridad misma,/sino en la salida de los rostros y los nombres;/todo tiene su ritmo, el fuego y la muerte, el tiempo que nos alcanza y nos deja, el grano de mostaza en la estatura, la roca fiel al río/en su propio espejismo./No mires los colores volcados en el arcoíris,/sino en la rama disuelta del designio,/que la palabra compartida es silencio (...)” (Cruchaga, 2020:27).

<sup>4</sup> Se puede interpretar la sinestesia como la fusión de diferentes sentidos en la percepción de diferentes estímulos.

Esta estética pan-sensorial y sinestésica en la que el poeta traspasa el límite impuesto por la lógica ordenada de la realidad transformándose en un creador (creacionismo) sin ambages a imagen y semejanza de un dios, se aprecia en muchos de los poemas de Cruchaga y en “Vacío habitado” nos encontramos con varios poemas en los que la visión fractal de la realidad se viste de poesía como en “Invocación a la saliva” (Cruchaga, 2020: 159).

“En la boca, la saliva brama sus litorales.  
¿De qué estás hecha para morder los crepúsculos  
el pulso claro de las palabras,  
los peces del fuego?  
Gira alrededor la ráfaga de los minutos  
Deambula la ebriedad de los sótanos,  
los superhombres de la ficción (...)”.

En definitiva, se encuentran en Cruchaga, algunas reverberaciones esenciales del creacionismo que lideró el poeta Chileno Vicente Huidobro, que consideraba la poesía como una divinidad creadora de realidades dinámicas que fluyen a través del tiempo en un inaparente y desconcertante equilibrio en el que la muerte juega un papel organizador crucial. En este sentido, André Cruchaga dedica varios poemas de su “Vacío habitado” a la muerte y a sus manifestaciones: *Cada día la muerte, Fosa, Féretros, Cada día nuestra fosa, Cadáver*; porque conoce la sordida necesidad de muerte que tiene la existencia para que prevalezca cierto orde, tal como afirma Siles en *Paradoja*: La muerte/ esa fulana maldita/con fama de puta/es la asalariada

peor retribuida/ por la vida/ causa y fin de su existencia/...y su principal explotadora (Siles, 2014:16).

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 prensapapel 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.

Pero sería poco ajustado a la realidad centrar la estética de Cruchaga en el creacionismo porque, en el fondo, lo que busca el poeta no es sino el entendimiento de la realidad, el tan traído y llevado “sentido de la vida”. El problema para Cruchaga como para otros grandes poetas, es la enorme impotencia que el ser humano tiene para detectar el auténtico sentido de la existencia, tal vez porque, en el fondo, no existe tal sentido..., al menos dentro de los límites del lenguaje convencional que sigue subordinado a una realidad ordenada con una lógica incontrovertible. Sí, el lenguaje y sus limitaciones para expresar la complejidad

contradictoria y múltiple de la realidad constituye una de las constantes y obsesiones de Cruchaga que, como Sísifo, emprende una y otra vez la fatigosa tarea de empujar la enorme piedra de la poesía montaña arriba en una búsqueda incesante de sentido...a pesar de que tal vez es una tarea imposible; así lo expresa en “Césped en el ansia”: Nunca supe,/ qué cosa es el destino;/ y sin embargo, entendí los tiestos de ceniza alrededor de los zapatos,/ sobre la joroba de la pesadumbre,/ en la voz desmembrada de la espuma con toda su pureza de sal,/ salmos galopantes de las sombras (...)” (Cruchaga, 2020:10).

En esta pundonorosa y continua búsqueda de una nueva forma de expresión, de adaptación del lenguaje a las raíces ignotas de la realidad, hay que interpretar el denominado lenguaje fractal en cuyo territorio se adentra el poeta salvadorano. En este sentido, Jiménez Simón (2018) sostiene que Cruchaga concilia su obra en un universo ético donde impera el caos, pero solo aparentemente, porque en el fondo de su poesía persiste una geometría matemática cuyo orden es tan fundamental como inaparente.

Con los descubrimientos de la física cuántica se reconoce, por fin, la impotencia del lenguaje para conciliar la realidad emergente con una nueva lógica diametralmente opuesta a todo lo preexistente, a todo el entramado previamente interpretado. Y se llega admitir que la existencia de una realidad y su contraria (el famoso gato que

puede estar vivo y muerto simultáneamente según vengan dadas) forma parte de una verdad tan esencial como inaccesible al entendimiento y a su expresión mediante el lenguaje neopositivista. Emily Dickinson escribió un poema a mediados del XIX, *Posibilidad*, “(...) que bien podría haber sido esgrimido por Bohr o Heisenberg para ilustrar lo esencial de la realidad cuántica (...)” (Durán, 2017): “(...)Habitó la posibilidad,/una casa más bella que la prosa,/más numerosa de ventanas/y más rica de puertas (...)”.

Así Cruchaga sostiene en “Trama” la incidencia del cromatismo en la plasmación de una realidad que tan sólo es una muestra diminuta de todas las opciones, de todas las situaciones posibles: “Realidad,/ — ¿Cuántas bocas encantadas en tu nombre?/¿Cuánta saliva en tu cuerpo?/(...)/—La realidad, ¿es sólo una aventura del cromatismo, acaso la oscuridad/enardecida, o la polea que nos provoca los sueños,/o el estatuto del caos que se rearma en el horizonte?” (Cruchaga, 2020: 98). No en vano poetas y hasta narradores como Michel Houellebecq ya se han posicionado sobre esta cuestión y en “El mundo como supermercado” el novelista francés apuesta por la necesidad de que la ciencia acepte la poesía como herramienta imprescindible en la construcción de un nuevo lenguaje que asimile y facilite la digestión intelectual de las contradicciones propias del universo cuántico (Cervantes, 2013). Leer los poemas de Cruchaga facilita,

sin duda, una gestión diferente de la percepción del mundo y esto, en sí mismo, creo que transgrede el ámbito poético; así, en “Fermentos”, nos encontramos con el carácter invertebrado de toda certidumbre: “(...) En la pira del extravío,/ lo fugitivo de las certezas,/el hilillo del ansia como huella de piedra mientras existimos./Algo quedará en las estrofas del horizonte,/quizás el horizonte mismo/con sus aguas revestidas, el barullo o la muerte de nuestras horas,/el lindero o el obelisco de la espuma... (Cruchaga, 2020:59).

Pero más allá del lenguaje fractal, los avances de la ciencia cuántica, el creacionismo o la sinestesia empleada por diferentes *ismos* a los que ya hemos aludido, tal vez lo crucial en la poesía de Cruchaga radique en algo que es mucho más elemental y compartido por el universo poético: la falta de sentido de la vida. Ya Heidegger recurrió a la poesía para lamerse las heridas provocadas por su lacerante 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 (Siles y Solano, 2007). En *El salto*, Heidegger reincide en su desesperanza por hallar un significado a la existencia: Toma, arroja y abriga/ Y el salto sea/Desde el más amplio recuerdo/Hacia un infundado circuito (...)” (Heidegger, 2008).

Cruchaga anda envuelto en una búsqueda existencial donde aparece una y otra vez el *salto* hacia el absurdo, calificativo que ha dado lugar a un “ismo” que va más allá del creacionismo: el “asbsurdismo” que surge

como toma de conciencia del poeta de la imposibilidad de encontrar un sentido a la vida y que acaba convenciéndose de que la postura menos indecorosa consista en asumir ese hecho. El absurdismo hunde sus raíces en el existencialismo donde destacan Sartre y Camus, pero tal como afirma Cohen la poesía, aunque rompe la cadena causal para aprovechar el impacto desintegrador de la irracionalidad, no es en absoluto absurdo (solo es un absurdo en apariencia), porque mediante la creación poética vinculada al absurdismo se construye el sentido de la existencia que resulta inalcanzable por otros medios. Soní Soto (2009) analizando el absurdismo del peruano César Vallejo sostiene que el absurdo es la consecuencia de la reacción contra el orden normal para transmitir la propia concepción de la realidad que deviene de sus vivencias y sensaciones. ¿Nos suena esto en la obra de Cruchaga? En definitiva, siguiendo a Jean Cohen, los esfuerzos de Cruchaga se centran en lograr una convergencia entre la criptica realidad y el lenguaje: “La misión propia de la poesía es ofrecer a lo más sólido del lenguaje y a lo más misterioso del mundo un lugar para una misteriosa coincidencia” (Cohen, 1973; Cervantes, 2013).

En definitiva, en “Vacío habitado” el lector encontrará los hermosos, intensos y dramáticos poemas de un poeta irreductible en su complejidad que resulta difícil de etiquetar, y que utiliza la sinestesia para cruzar a nado la existencia..., una existencia poética en la que Cruchaga transita sin

renunciar en ningún momento a su sensualismo sinestésico desde un creacionismo “sui generis”, en el que la percepción de la realidad es tan radical como la raíz de una secuoya milenaria, a una poética insurgente creadora de un metalenguaje que se rebela pacíficamente desde el aburdismo lírico contra el absurdo de la existencia; y en medio de todo, los versos como instrumento para cambiar el mundo..., aunque sólo sea en la entrañable e irrenunciable órbita del universo íntimo.


### BIBLIOGRAFÍA

- Cervantes, J. (2013). *El absurdo creador* (por Michel Houellebecq en ‘El mundo como supermercado’). Recuperado de <https://amanecemetropolis.net/el-absurdo-creador-por-michel-houellebecq-en-el-mundo-como-supermercado/>
- Cohen, J. (1973). *Estructura del lenguaje poético*. Madrid: Gredos.
- Córdoba, M.J. (et. al.) (2012). *Sinestesia. Los fundamentos teóricos, artísticos y científicos*. Granada: Ediciones Fundación Internacional Artecittà.
- Cruchaga, A. (2020) *Vacío habitado*. El Salvador: Teseo.
- Durán, A.J. (2017) *Poesía del mundo cuántico (Emily Dickinson)*. Píldoras. Recuperado de <https://institucional.us.es/blogimus/2017/04/poesia-del-mundo-cuantico/>
- Heidegger, M. (2008) *Meditación*. Madrid: Biblos.
- López Martínez, M. I. (1991). Sinestias en la poesía de Vicente Aleixandre. *Anuario de Estudios Filológicos*, 14, 283-299
- Martínez Simón, J.R. (2018). *El realismo fractal de la palabra*. Recuperado de
- Schrader, L. (1975). *Sensación y sinestesia*. Madrid: Gredos.
- Siles, J. (2017). Cielorraso, la poesía sinestésica de André Cruchaga. *Cultura de los Cuidados*, 21(48), 245-246. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.48.27>
- Siles, J., & Solano, C. (2007). El origen fenomenológico del “cuidado” y la importancia del concepto de tiempo (...). *Cultura de los cuidados*. 11(21) 19-27
- Ynduráin, F. (1969). *Sinestesia en la poesía de Juan Ramón*. Madrid: Gredos.



El poeta André Cruchaga



 Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante  
Facultad de Ciencias de la Salud

